

Université Lille 2
Université Paris 13
APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille
CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire
« Santé mentale dans la communauté »

Année 2014

Regards croisés sur les représentations sociales
autour de la santé mentale,
à travers l'étude de l'hôpital de jour itinérant du secteur 59G02,
implanté dans la cité.

Jean-Baptiste MARTIN.

Tutorat : Aude CARIA.

Je tiens à remercier :

-Aude Caria, pour ses nombreuses suggestions dans la conception, l'élaboration et la rédaction de ce mémoire,

-les différents enseignants du DIU, notamment le Docteur Jean-Luc Roelandt, pour leur qualité d'intervention et la force qu'ils déploient en faveur d'une psychiatrie citoyenne,

-la promotion étudiante 2013/2014, pour sa diversité et son esprit de solidarité,

-les acteurs de la communauté qui ont accepté de participer à cette enquête,

-les patients ou usagers, pour ce qu'ils nous apprennent de leur vécu.

SOMMAIRE

I. Introduction.....	5
II. Concepts fondamentaux en santé mentale communautaire.....	6
II.1 Stigmatisation, discrimination et représentations sociales.....	7
II.2 Discrimination anticipée et estime de soi.....	12
III. Etat des lieux des structures de soins et profil des usagers du secteur 59G02.....	14
III.1. Organisation globale du secteur.....	14
III.2 Profil des usagers et activité annuelle de secteur.....	15
III.3 Présentation du dispositif de soins de la Roulotte.....	16
III.3.1 Introduction.....	16
III.3.2 Présentation.....	16
III.3.3 « Philosophie » et particularités conceptuelles.....	16
III.4 Population berguoise : analyse démographique.....	20
III.5. Enquête SMPG.....	21
IV. Méthode.....	25
IV.1 Outils : questionnaires semi-structurés.....	25
IV.2 Echantillons.....	26
IV.3 Considérations éthiques.....	26
V. Résultats.....	27
V.1 le fou.....	27
V.2 le malade mental.....	27
V.3 le dépressif.....	28
V.4 comportement.....	28
V.5 reconnaissance.....	29
V.6 étiologies.....	29
V.7 conscience des troubles- responsabilité- souffrance.....	30
V.8 exclusion.....	30

V.9 souffrance.....	30
V.10 guérison.....	31
V.11 rapport au fou, au malade mental et au dépressif.....	31
V.12 moyens thérapeutiques et lieux de soins.....	31
V.13 accueil.....	35
V.14 analyse de l'existant sur le plan local – Pistes de réflexion.....	35
VI. Discussion.....	38
VI.1 reprise des résultats principaux.....	38
VI.1.1 La représentation sociale du fou, du malade mental, du dépressif.....	38
VI.1.2 Analyse de l'accès aux soins et de leur qualité.....	39
VI.2 intérêts/limites.....	40
VI.3 perspectives.....	43
VII. Conclusion.....	46
VIII. Références bibliographiques.....	47
IX. Annexes.....	50

I. Introduction

L'hôpital de jour itinérant « La Roulotte », développé depuis 2008 sur notre secteur, est un dispositif innovant offrant un espace transitionnel pour favoriser, « au-delà des murs », la réintégration citoyenne de patients souffrants de handicaps psychiques sévères.

Les soins de réhabilitation s'articulent autour de différentes unités de soins de secteur. Le caractère ambulatoire de cette unité a été envisagé dans un contexte initial de contraintes économiques. Ce dispositif dispose de plusieurs lieux d'accueil dont un situé dans la ville de Bergues.

Le fort caractère historique de Bergues en fait un terrain d'expérimentation privilégié en termes de lutte contre la stigmatisation. Comment un dispositif de soins aussi singulier a-t-il pu s'implanter *intramuros* ? Quelles sont les spécificités de cet hôpital de jour ? Quel bilan en faire après 6 années de fonctionnement ? L'approche humaniste développée a-t-elle influencé le regard porté sur la maladie mentale ?

Afin de répondre à ces questions, j'exposerai différents concepts nécessaires à la compréhension de la problématique. Je présenterai ensuite les résultats d'une enquête que j'ai réalisée sur le terrain auprès de plusieurs figures clés, emblématiques de la cité de Bergues. Cette enquête permettra d'apprécier le regard actuellement porté sur la maladie mentale au sein de la cité et d'évaluer la stigmatisation perçue par les usagers ou anciens usagers, souffrant ou ayant souffert de troubles psychiques, à travers un questionnaire validé et adapté (enquête Santé Mentale en Population Générale).

Cette étude qualitative a également pour finalité d'approfondir les intérêts à développer des soins innovants et créatifs dans la cité auprès de notre établissement de santé et d'en faire une expérience constructive et utile pour les projets à venir.

Enfin, ce travail doit également permettre de renforcer les liens existant entre le dispositif soignant et les différents acteurs de la communauté.

II. Concepts fondamentaux Santé Mentale Communautaire

Actuellement et probablement pour la prochaine décennie, plusieurs grands dangers guettent les professionnels œuvrant dans le champ de la santé mentale. Ces dangers sont autant de problématiques qui devront être résolues.

Parmi celles-ci, « le cloisonnement qui se dessine entre les disciplines, les écoles de pensée et les secteurs d'activité de la psychiatrie (psychiatrie biologique, sociale, neurosciences, approche humaniste, etc.) fait craindre une balkanisation de la discipline, un émiettement d'un savoir d'hyper-spécialistes qui ne parviendraient plus à échanger. Une autre préoccupation concerne l'épuisement des soignants, extrêmement sollicités et responsabilisés dans une société exigeante, épuisement qui n'est pas sans lien avec l'effondrement de la démographie médicale et infirmière et la perte d'attractivité des carrières.

Un troisième problème et non des moindres pour les professionnels en santé mentale (et pour les patients dont ils s'occupent) réside dans l'intolérance dont fait preuve la société vis-à-vis des maladies mentales. »(1)

Il s'agit là de la stigmatisation et de la discrimination des personnes souffrant de pathologie psychiatrique.

Car il faut rappeler que la stigmatisation n'est pas seulement une conséquence pernicieuse de la maladie mentale, mais elle représente également un facteur de risque pour la santé et est une cause directe d'incapacité et de handicap. L'OMS dans son rapport « La Santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs » (2001)(2) signale déjà le poids très important des troubles de santé psychique et rappelle aussi que des moyens thérapeutiques performants, qu'ils soient pharmacologiques ou relationnels, sont à la disposition des professionnels de santé. Malgré l'accroissement des connaissances, il n'existe que peu de répercussion de cette évolution dans le domaine des soins. En effet, de nombreuses personnes relevant de ces traitements n'en bénéficient toujours pas à ce jour.

Dans ce contexte, le tabou de la santé mentale semble constituer un obstacle majeur de l'accès aux soins pour une grande partie de la population.

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme met en valeur que les personnes atteintes de maladies mentales doivent pouvoir exercer tout leurs droits (civiques, politiques, économiques, sociaux, culturels, etc.)(3) et rappelle que ces mêmes personnes ont le droit de vivre et de travailler dans la communauté dans toute la mesure du possible.

Depuis une vingtaine d'années, la lutte contre la stigmatisation des malades psychiques s'inscrit comme une des priorités dans les programmes de santé mentale (rapport de l'OMS de 2001, 2005, programme Stigma de la World Psychiatric Association, rapport Couty)(4-7). Cette lutte contre les préjugés doit constituer un des vecteurs essentiels dans la nouvelle organisation des soins. Le rapport remis par Couty en janvier 2009 aborde cette question primordiale : « Changer le regard de la société vis-à-vis des psychotiques, cela suppose de s'engager dans un processus particulier, inscrit dans la durée. Il s'agit de concevoir et mettre en place une démarche dans le but de favoriser l'insertion dans la cité des malades psychotiques et de protéger leurs droits fondamentaux [...] Cette lutte contre la discrimination se doit d'être conçue comme un axe permanent d'attention structurant les activités de soins et de prévention, la formation initial et continue de tous les acteurs de la santé mentale[...] »(4).

II.1 Stigmatisation, discrimination et représentations sociales

Depuis son origine grecque (*stizein*) puis latine (*stigmata*), les racines de la stigmatisation ont toujours renvoyé à la marque, une marque qui permettait à tous de savoir, à tous de reconnaître. Une marque déposée sur le corps d'une personne afin que puissent être connues de tous l'opprobre, l'ignominie de celui qui la porte. Ces marques peuvent revêtir des formes très variées (brûlures, tatouages, scarifications, etc.) mis ont en commun de révéler l'infamie de celui qui est ainsi désigné. Rappelons que, même si cette distinction a pu revêtir un caractère glorifiant (les stigmates du corps du Christ crucifié indiquant une vie remarquable de sainteté pour certains), cette marque a rapidement revêtu un aspect péjoratif. Dès la fin du Moyen Age, ce mot a pris le sens d'une diffamation publique. On peut ici faire référence à la marque au fer rouge faite aux criminels pour les rendre reconnaissables de tous, la marque des bagnards, la crécelle des lépreux, etc. Il s'agit donc à la fois d'un insigne de la honte, d'une marque d'infamie ou de disgrâce et d'une désapprobation sociale grave.

Progressivement, cette notion de stigma a infiltré le champs de la santé et a été associée à certains diagnostics. Il est, par exemple, fait référence aux marqués indélébiles laissées sur la peau par une maladie (variole), une plaie ou une brûlure cicatrisée. Il s'agit donc d'un indice apparent, repérable par tous, qui révèle un passé considéré comme dégradant. Depuis la lèpre, d'autres maladies ont été fortement stigmatisées : la tuberculose, le cancer, le sida, les maladies mentales et parmi celles-ci, la schizophrénie(8).

D'après Goffman, « le stigmate est l'attribut qui rend l'individu différent de la catégorie dans laquelle on voudrait le classer. Il y a donc stigmate lorsqu'il existe un désaccord entre l'identité sociale réelle d'un individu, ce qu'il est, et l'identité sociale virtuelle d'un individu, ce qu'il devrait être. »(9) On retrouve l'idée que tout membre d'une société est doté d'une identité sociale et que tout individu qui rencontre un autre va le catégoriser. Toute personne classe les individus qu'il rencontre dans différentes catégories. Lorsque l'on rencontre un inconnu, cette classification se fait sur la première impression, en ne connaissant que ce que l'individu laisse voir. Cela explique l'existence de deux identités sociales, l'une réelle et l'autre virtuelle. On peut dire que les situations de normal ou de stigmatisé ne sont finalement pas des attributs mais les résultats qui vont provenir de l'interaction. La situation dépend de comment l'individu est perçu à travers ces interactions. Ce n'est pas le stigmatisé, mais le rapport à l'autre qui occasionne la difficulté. Le stigmate naît de la représentation qu'on va s'en faire, il est lié à des stéréotypes. Un individu affligé d'un stigmate est donc un stigmatisé, qui s'oppose aux autres que Goffman appelle « les normaux ».

Il s'agit donc d'une attitude générale, de l'ordre du préjudice, induite par la méconnaissance ou l'ignorance d'une situation ou d'un état. Cette méconnaissance ou ignorance va générer des conduites et des comportements de discrimination. Il s'agit ainsi de toute parole ou toute action qui viserait à transformer le diagnostic d'une maladie en une marque négative pour la personne ayant cette affection.

De nos jours, il est manifeste que la stigmatisation concerne très singulièrement les personnes présentant des troubles psychiques. Elle détermine, pour ces personnes, une discrimination quasi constante dans leur vie quotidienne et constitue fréquemment un obstacle majeur à leur intégration dans la communauté. Les nombreuses études ayant pour objet la stigmatisation ont amené des résultats homogènes : Il n'y a pas de société ou de culture où les personnes atteintes de maladies mentales sont traitées à l'égal des autres(1). Les maladies mentales se manifestent par des symptômes qui témoignent d'une souffrance de l'individu et qui souvent, engendrent une souffrance chez les proches. Mais la méconnaissance par la société de cette maladie, par la stigmatisation et la discrimination qui en découlent, constitue ce qu'A. Finzen a qualifié de « seconde maladie », directement liée à la réaction de l'environnement social(10).

De nombreuses études ont confirmé l'existence de liens directs et étroits entre les représentations sociales de la maladie mentale (de la folie), et les attitudes et les

comportements à l'égard des personnes ayant des troubles psychiques.

Les représentations sociales sont « des élaborations groupales, produits de la pensée, qui reflètent, à un moment donné, le point de vue prévalent d'un groupe ou d'une communauté. Il s'agit d'une image qui s'impose à chacun (à l'interface de l'individu et du collectif) ont une valeur prédictive ou prédicative. Ces opinions, croyances, superstitions, fantasmes, concernant des faits, des situations, des personnes vont être à la base des codes de vie de la communauté. Beaucoup plus ancrées dans le domaine affectif que dans le domaine intellectuel, elles infiltrent les comportements collectifs et individuels et survivent largement à l'expérience et au savoir. Leur impact est d'autant plus fort qu'elles sont en partie inconscientes et véhiculées insidieusement par l'ensemble du corps social »(11).

Il apparaît que « la stigmatisation des malades psychiques repose sur 3 types de représentations : en premier lieu, on retrouve les notions de violence et de dangerosité, opinions dominantes dans la plupart des enquêtes en population générale. Une autre représentation concerne le caractère « hors norme » du malade psychique. Le malade mental est perçu comme un être incapable de se conformer à des conventions sociales, à des règles de vie, à des lois. Il est alors considéré comme imprévisible, et son incapacité à se soumettre aux contraintes et aux exigences de la vie en société en fait un sujet irresponsable.

La troisième représentation du malade psychique est celle d'une personne ayant une perception infantile du monde, le réduisant en quelque sorte, à un benêt, l'idiot du village.

Ces trois types de représentations sont de nature à générer trois types d'attitudes de la part de la communauté. Ainsi, la crainte et la peur vont amener à la ségrégation et à l'exclusion du groupe social. L'irresponsabilité supposée du malade mental peut aussi amener à une attitude autoritaire et dirigiste, la société s'arrogeant alors le devoir de mettre des limites à des sujets n'ayant pas le sens des convenances sociales. Enfin, on peut parfois observer des attitudes de bienveillance, de protection nécessaire à des personnes infantiles, régressées, non suffisamment autonomes »(11).

Il existe ainsi de nombreux préjugés relatifs aux personnes ayant une maladie psychique de type schizophrénique : cette maladie serait incurable ; elle s'aggraverait progressivement et fatalement ; Les schizophrènes seraient violents et dangereux ; La promiscuité avec des malades schizophrènes serait susceptible de compromettre l'équilibre psychique de chacun et ces personnes pourraient contaminer les autres par leur folie ; De plus, leur inaptitude à toute

activité serait totale, les personnes atteintes de schizophrénie sont perçues comme paresseuses. Leur maladie même est le résultat d'un manque délibéré de volonté et de motivation ; Ces personnes ne sont pas fiables et ne peuvent se voir confier la moindre responsabilité. Elles ne sont pas capables de travailler, en particulier en raison de leur imprévisibilité ; Elles ne sont pas crédibles dans leurs propos et leurs allégations. Tout ce qu'elles disent n'a pas de sens ; Les schizophrènes auraient un faible quotient intellectuel, ils souffriraient de retard mental ; Ces personnes seraient totalement incapables de prendre des décisions rationnelles dans leur vie, etc.

Les malades mentaux eux-mêmes acceptent les préjugés négatifs qui les affectent et les conditions qui leur sont faites(12). Le plus souvent, ils partagent les mêmes opinions négatives que l'ensemble de la population. Giovannoni a même illustré que « les malades ont une attitude de rejet encore plus marquée de la maladie et des autres malades que leurs proches »(13).

A la fin des années 1990, des enquêtes ont montré un bien meilleur niveau d'information de la population que dans les années 1950. Incontestablement, les personnes interrogées savaient mieux reconnaître les différentes maladies et étaient capables de distinguer les états morbides des manifestations non pathologiques simples. Cependant, elles révèlent que la perception selon laquelle les malades mentaux sont susceptibles d'être dangereux est plus affirmée. De la même façon que par le passé, les citoyens se mobilisent pour éloigner de leur voisinage les lieux de prise en charge thérapeutique, voire leur logements lorsque les personnes ne sont pas hospitalisées.

Parmi les aspects essentiels de la vie des personnes malades psychiques, il convient d'évoquer le travail avec de sérieuses difficultés à l'embauche. Les malades témoignent facilement des problèmes rencontrés pour trouver ou conserver un emploi. Le retentissement de la stigmatisation sur l'accès au travail est indéniable(14,15).

Une autre dérive a été observée récemment. Pour plusieurs patients suivis ou anciennement suivis par notre Hôpital de Jour, cette attitude de discrimination a pu être entrevue au sein même d'établissement spécialisé d'aide par le travail et à l'encontre spécifiquement de malades psychiques au profit d'autres formes de handicaps (discrimination positive), malgré les conventions officiels existantes entre nos établissements.

Cet impact est également très prégnant en ce qui concerne l'accès à un logement. L'illusion d'une amélioration de ce problème par la garantie que représentaient une mesure de protection de biens et le rôle d'intermédiaire joué par le gérant de tutelle (donnant aux propriétaires d'habitation l'assurance d'un règlement régulier des loyers), s'est vu relayé par une grande méfiance vis-à-vis de l'existence d'une mesure de protection qui, par sa présence, confirme l'existence de troubles psychiques chez le demandeur. Ces situations évoluent, à présent, fréquemment, vers un refus aggravant, chez le malade psychique, le sentiment d'échec et l'altération de l'estime de soi. Dans le contexte économique actuel, les malades mentaux qui comptent parmi les plus touchés par la précarité voire la grande pauvreté se retrouvent parfois sans logement.

Stigmatisation et discrimination affectent le champ des relations interpersonnelles. Les malades psychiques témoignent régulièrement de leurs difficultés à se faire des amis, des relations et à les garder(15). Elles disent être fréquemment amenées à cacher le diagnostic porté en raison de leurs troubles et développent des comportements qui s'inscrivent dans une attitude globale de discrimination anticipée ou évitée, que nous décrirons plus loin.

Ainsi, les préjugés négatifs vis-à-vis de la maladie psychique contribuent à un isolement progressif avec réduction des contacts sociaux et appauvrissement du réseau amical.

Ainsi, stigmatisation et discrimination ont, de toute évidence, des effets délétères sur l'évolution de la maladie et sur le pronostic. En premier lieu, il convient d'évoquer l'effet d'entrave à l'instauration et à la conduite d'un traitement, notamment pharmacologique. Le traitement sera d'autant plus efficace qu'il débutera tôt. La notion de DUP (*duration of untreated psychosis* ; délai séparant l'apparition des premiers symptômes et la mise en route d'un traitement) semble être déterminante pour le pronostic fonctionnel de la maladie et le devenir du malade(16). La qualité de l'observance thérapeutique, l'information quant aux conséquences fonctionnelles pour le patient sont, grâce à l'élaboration d'une alliance plus solide, un des objectifs essentiels des soins prodigués à la Roulotte. On peut concevoir, comme précédemment évoquer, que le malade psychique, comme tout autre membre de la communauté à laquelle il appartient, a lui-même de nombreux préjugés négatifs par rapport à la maladie mentale, aux institutions et aux traitements psychiatriques. On peut alors imaginer sa réticence à envisager pour lui-même l'existence d'une maladie psychique en raison de ses opinions et de la conscience qu'il a du sort que fait la société aux personnes réputées malades

mentales. Ainsi, même confronté à un profond malaise, cette personne va différer au maximum la demande de la consultation et la rencontre avec un professionnel de santé interviendra bien plus tard, à l'occasion d'un événement psychopathologique aigu ou subaigu. Il semble que même lorsque des lieux de consultations psychiatriques étaient disponibles et facilement accessibles, moins d'un tiers des personnes qui présentaient des troubles consultaient. Ceci témoigne de l'évitement des dispositifs et des structures de soins psychiatriques.

II.2 Discrimination anticipée et estime de soi.

La discrimination anticipée est celle qui est présagée par le patient en lien avec sa maladie. L'étude internationale INDIGO (International Study of Discrimination and Stigma Outcomes) s'est donnée pour objectif d'aborder plus directement la question de la stigmatisation afin de fournir des réponses préventives concernant le rejet social des personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie(15). Il s'agit de mesurer, via l'échelle DISC (Discrimination and Stigma Scale) l'impact du diagnostic porté et non pas les effets de la maladie sur le comportement. Un aspect majeur réside dans la mise en évidence de l'importance de la discrimination négative anticipée ou évitée qui paraît avoir de graves conséquences sur la vie quotidienne. Quatre items de l'échelle DISC évaluent l'intensité avec laquelle une personne s'est limitée ou s'est empêchée de postuler pour un emploi, de rechercher une relation proche, d'entreprendre une activité importante pour elle, ou encore à chercher à dissimuler la diagnostic de sa maladie. L'étude indigo explore les relations existantes entre discrimination vécue et discrimination anticipée dans 2 domaines particuliers : le travail (trouver et conserver un emploi ou s'empêcher soi-même de rechercher un travail ou une formation) et la vie personnelle (relations intimes et sexuelles, mariage, divorce). Cette étude fait apparaître que plus de la moitié des personnes enquêtées avaient anticipé une discrimination qu'elles n'avaient jamais expérimentée. Cela confirme que les personnes ayant une maladie psychique, qu'elles souffrent de dépression ou de troubles psychotiques, partagent les mêmes représentations du « malade mental » que le grand public et qu'elles ont d'elles-mêmes l'image que s'en fait la société.

Cet aspect a d'importantes implications dans la mesure où il indique la nécessité d'inclure dans les stratégies de lutte contre la stigmatisation, au plan individuel et collectif, des méthodes visant à accroître l'estime de soi et la confiance en soi des personnes malades psychiques.

L'étude des corrélations des expériences de stigmatisation et de discrimination avec les paramètres socio-démographiques des malades inclus ne retient que deux variables : le temps depuis le premier contact avec un service de soins (plus la prise en soins est ancienne, plus la discrimination est marquée) et les antécédents d'hospitalisation sous contrainte.

III. Etat des lieux des structures de soins et profil des usagers du secteur 59G02

En préambule de ce second chapitre, nous allons nous attacher à décrire sommairement le service du secteur 59G02, qui couvre, du point de vue des soins psychiatriques, le territoire de Bergues (Population : 4209), Bierne (Population : 1732 habitants), Cappelle-La-Grande (population : 8613habitants), Coudekerque-Village (Population : 1080habitants), Coudekerque-Branche (Population : 24151 habitants), Hoymille (Population : 3097 habitants), et Petite-Synthe (Dunkerque- population totale : 70736 habitants).

III.1. Organisation globale du secteur

Le secteur 59G02 constitue un des Pôles de psychiatrie adulte de l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) des Flandres desservant donc la Flandre Maritime.

La population totale est de 60205 habitants, essentiellement semi-rurale.

Les unités de soins du pôle de psychiatrie adulte sont réparties entre le Centre de Soins du Nombre d'Or (30 lits dont 14 sur une unité fermée, 16 sur une unité ouverte, + 3 places d'hospitalisation de jour), le CMP/ CATTP de Dunkerque, l'antenne de consultations de Bergues, l'Hôpital de jour « la Roulotte » et les appartements thérapeutiques (ATEMS, Résidence Perspectives). Il existe 2 maisons communautaires, une famille d'accueil thérapeutique.

Le dispositif de soins, caractéristique d'une politique de secteur, s'articule entre les consultations aux Urgences du CH de Dunkerque, une Unité d'accueil et d'Orientation avec 6 lits d'hospitalisation de courte durée située à Bailleul mais en cours de relocalisation sur Cappelle-La-Grande. Il n'y a donc plus de soins s'effectuant sur le site historique de l'EPSM situé à Bailleul, même si l'ensemble des secteurs demeure rattaché à l'Etablissement Public de Santé Mentale.

Les effectifs médicaux sont globalement stables, et permettent de répondre dans un bref délai à la demande de consultation. Une particularité des secteurs du littoral est la très faible présence de la psychiatrie libérale (moins de 3 ETP pour 200000 habitants).

III.2 Profil des usagers et activité annuelle de secteur .

Pour mieux comprendre la dynamique de l'hôpital de jour, il est nécessaire d'analyser l'activité globale de secteur, l'ensemble des unités fonctionnelles interagissant entre elles.

La file active globale est estimée à 1402 patients à partir des données du RIMP, réparti en 594 hommes et 808 femmes, 261 personnes ont été vues une seule fois sur la période 2013. Les plus de 65 ans ont représentés 276 patients. La file active de l'hospitalisation complète a été de 248 patients, ce qui a représenté une proportion de 17.8% de patients hospitalisés au regard de la file active globale. L'objectif qui est de recourir à l'hospitalisation en dernière intention semble se maintenir dans le temps, ce qui du point de vue éthique est tout à fait favorable puisqu'il y a ainsi confirmation d'une offre de soins alternative à l'Hospitalisation pour presque 83 % de la population suivie. La durée moyenne de séjour est de 21.8 jours contre 25.5 jours en 2012. C'est une baisse significative.

A cela s'ajoutent 10 places en appartements thérapeutiques (résidences perspectives, situées à Bergues), ainsi que 3 places en maison communautaire depuis le début de l'année 2011, auxquels sont venus s'ajouter, en décembre 2013, l'ouverture d'une deuxième maison communautaire de 3 places, toujours à Bergues. Le taux d'occupation des appartements thérapeutiques est passé de 75% à 80% de 2012 à 2013. La file active est globalement stable, autour de 20 patients.

L'activité ambulatoire retrouve une file active de 1400 patients environ dont 25% de personnes de plus de 65 ans, reçus à la fois sur le CMP de Dunkerque, les antennes de Bergues et du Centre de soins du Nombre d'Or à Cappelle-La-Grande (prioritairement pour les Cappellois), pour une plus grande proximité pour le public.

Des trinômes opérationnels (secrétaires médicales, infirmiers et médecins de permanence) sont créés pour permettre un accueil rapide des patients se présentant spontanément.

III.3 Présentation du dispositif de soins de la Roulotte

III.3.1 Introduction

L'hôpital de jour, dans son élaboration, n'avait pas pour vocation initiale l'itinérance. Il devait se rapprocher de la structure conventionnelle d'un hôpital de jour, classiquement retrouvé sur les secteurs de psychiatrie. Les contraintes économiques de l'établissement ont eu pour effet de voir émerger un fonctionnement tout à fait particulier s'articulant autour de différents lieux.

L'hôpital de jour s'est développé autour de deux besoins principaux: la nécessité d'offrir un espace transitionnel pour favoriser les sorties des patients hospitalisés au centre de soins du Nombre d'Or, et la nécessité de poursuivre des soins ambulatoires très intensifs qui ne peuvent faire appel aux services proposés par le CATTP.

L'hôpital de jour a pour vocation d'assurer des soins polyvalents individualisés et intensifs prodigués dans la journée.

III.3.2 Présentation

Depuis 2008, l'hôpital de jour itinérant, évolue principalement sur deux structures : l'antenne CMP de Bergues et la salle Georges Duhamel du centre de soins du Nombre d'Or.

Cependant, l'utilisation d'autres lieux est fréquente en fonction des projets élaborés par les patients et les équipes : marché de Bergues, jardins thérapeutiques de Bergues, ateliers bailleulois..

Il est ouvert de 9 h 00 à 16 h 30 du lundi au vendredi. Sa capacité d'accueil actuelle est de 6 places. La participation des patients s'effectue à temps complet ou partiel, en fonction de l'évaluation clinique et du projet de soin développé avec le patient.

Les soins s'adressent essentiellement à des patients souffrants de psychoses chroniques, de trouble de l'humeur, de troubles névrotiques graves, de sévères troubles de la personnalité.

Les patients dans leur parcours de soins proviennent de l'hospitalisation à temps plein ou de jour (Centre de Soins du nombre d'Or) ou d'un projet de soin émanant du CMP.

L'équipe se compose à ce jour de:

- 3 infirmières au quotidien (2.6 ETP),
- 1 cadre de santé,
- 2 médecins (0.2+0.2 ETP),
- 2 psychologues (supervision de l'équipe infirmière),
- 2 assistantes socio-éducative, intervenants à la demande.

En ce qui concerne « La Roulotte » avec 6 places fléchées, nous retrouvons :

- une file active de 15 patients au cours de l'année dont 10 nouveaux patients.
- 950 journées de prise en soins, effectuées en 2012 contre 854 en 2011 soit une augmentation significative de 11%.
- la durée moyenne de séjour est d'environ 38 jours.

III.3.3 « Philosophie » et particularités conceptuelles

Conceptualiser le projet, c'est aussi permettre, à partir de l'expérience actuelle, de définir les perspectives d'avenir d'un hôpital de jour « en dur », mono sectoriel, de 15 places (dont 6 sur « La Roulotte » et 9 sur une nouvelle structure).

Plusieurs concepts émanent particulièrement des soins dispensés à la Roulotte. Ils entretiennent entre eux des liens d'interrelations et créent la spécificité de la Roulotte.

1) Concept d'itinérance, dans l'espace et dans la temporalité

La Roulotte est un espace transitionnel au sens d'un espace potentiel de rencontre et de parole. Il va s'agir dans l'accompagnement soignant proposé de favoriser la possibilité pour chaque patient de se saisir singulièrement de cette offre de rencontre. On pourrait aussi dire, en se référant à D.W. Winnicott, qu'il va s'agir de créer un environnement « suffisamment bon »(17) pour permettre à chaque sujet d'inventer (créativité) ou, en se référant à Jean

Oury(18), de créer un « espace du dire » qui s’articule avec la vie quotidienne permettant au patient de « trouver » une autre manière de faire avec son symptôme.

De ce point de vue, l’hôpital de jour pourrait constituer une *alternative* à l’hospitalisation.

L’expérience de « La Roulotte » nous enseigne que l’itinérance induit une circulation qui permet la rencontre et favorise l’instauration d’un lien social. Elle favorise la fluidité des échanges entre les différentes entités de soins du secteur.

Les activités n’ont pas une visée occupationnelle. Elles sont un prétexte à la communication et à l’échange, et en ce sens nous pouvons les qualifier de médiateurs thérapeutiques. Le repas (et toutes les activités qui en découlent) apparaît alors comme un moment privilégié qu’il est important de laisser à l’initiative des patients.

Ces deux axes que sont la circulation et les activités sont à conserver comme étayage indispensable à la prise en charge de patients psychotiques. La circulation crée l’éventualité d’une rencontre (du côté de *l’ouvert*), les activités inscrivent le sujet dans un *espace* et une *temporalité* qu’il va pouvoir s’approprier. En effet, Jean Oury nous a enseigné que, le psychotique ayant un « transfert dissocié », il était nécessaire de lui proposer des possibilités multiples de transfert par la création de lieux (via les activités) variés(18).

2) Concept de sérendipité (serendipity) :

Le mot anglais « *serendipity* » est un des vingt mots mondiaux les plus difficiles à traduire, à côté de « spam », « kitsch », etc., aussi les traducteurs imaginent-ils des périphrases qui sont toutes plus ou moins des contresens : « heureuse coïncidence », « bonheur fortuit », « rencontre heureuse », « une découverte par mésaventure », « Imprévu créateur ».

La sérendipité est considérée comme la faculté de découvrir, d’inventer, de créer ou d’imaginer quelque chose de nouveau sans l’avoir cherché à l’occasion d’une observation surprenante qui a été expliquée correctement. La sérendipité par définition ne commence pas par une savante hypothèse ou avec un plan déterminé. Elle n’est pas due seulement à un accident ou au hasard. Les milliers de grandes ou petites innovations qui ont jalonné l’histoire de l’humanité ont un élément commun: ils n’ont pu se transmettre que parce qu’un

observateur, un expérimentateur, un artiste, un chercheur à un certain moment a su tirer profit de circonstances imprévues(19).

La sérendipité recouvre ce que les Sophistes disaient déjà cinq siècles avant J-C qu'on ne peut pas chercher ce qu'on ne connaît pas parce qu'on ne sait pas ce qu'on doit chercher. « Pour découvrir quelque chose de nouveau on ne peut pas dériver le nouveau de l'ancien, ni le connu de l'inconnu. Si on était capable de le faire, le résultat ne serait ni inconnu, ni nouveau. Pour une véritable innovation, on a aussi besoin d'un élément imprévisible, comme d'une observation surprenante expliquée ensuite correctement. Le phénomène de sérendipité est soit inconnu soit la cible de nombreuses critiques. Est-ce un concept pertinent pour la recherche? En pratique une vraie découverte, invention, création est toujours la combinaison d'un élément étonnant et d'une vérification pertinente. La recherche systématique et la sérendipité ne s'excluent pas, au contraire elles se complètent et même se renforcent. En science et en général dans l'action, il faut planifier, mais un plan n'est jamais sacré: des milliers d'événements inattendus ou d'effets non anticipés interviennent dans le cours d'une expérience ou d'un projet dont un bon chercheur doit savoir se servir. Il en est de même pour tout type de création. La sérendipité peut aussi s'appliquer à la rencontre entre humains. Il est possible de proposer une vision de la sérendipité qui implique la manière dont elle peut engager le sujet dans une aventure qui donne singulièrement prise à la réflexivité »(19,20).

3) Concept de nourritures affectives, d'identité partagée et de rituels collectifs communs

Les rites non spécifiques, nombreux, sont relatifs à la vie en collectivité. Les temps de préparation et de dispensation du traitement médicament sont à la charge du patient.

La restauration conviviale est une autre caractéristique de l'hôpital de jour. Ce rite, parmi les plus anciens en milieu psychiatrique est en total décalage avec le reste des établissements hospitaliers. À quoi tient sa pérennité ? Il « mélange » soignants et soignés. Il existe une réelle volonté de non-différenciation et de non-éloignement, de cohésion identitaire au sein du groupe. Le repas en commun dépasse la simple satisfaction du besoin de manger(21). Il suppose une mise en jeu de soi et peut être source d'angoisse, de déplaisir et de difficultés pour le patient et le soignant en psychiatrie. Ce moment semble porter en lui un véritable potentiel thérapeutique. Ce constat invite les acteurs à le repenser et à l'intégrer pleinement

dans les soins, d'autant plus qu'il se présente différemment du repas en milieu hospitalier, plus conventionnel et connu du patient.

La capacité d'initiative individuelle et de groupe est également développée par l'élaboration commune des repas et la recherche des aliments au cœur même de la ville, sur la place du marché (tous les lundis matin). Soignants et soignés partagent une expérience commune avec les habitants de la cité. Pendant ce temps, une attention particulière est portée sur la mise en valeur des compétences du patient qui en contact direct de la population, sans interface soignante. Cette démarche favorise la réduction du phénomène d'auto-stigmatisation par les échanges positifs qu'il génère.

Finalement, il y a sans doute, dans le repas thérapeutique qui y succède, la répétition d'un des rites les plus anciens des groupes humains, fondé sur le partage de la nourriture : moment de maîtrise collective de la vie pulsionnelle individuelle la plus fondamentale, et aussi confirmation d'une alliance et d'une appartenance commune(22). Ce temps peut renvoyer à la dimension maternante du soin et semble bien se situer dans l'intemporalité de la pulsion orale et de sa satisfaction. La référence à la pulsion n'est en l'occurrence pas anodine : conçus, comme on l'a vu, pour contrer les mouvements pulsionnels, les rites semblent ainsi dotés de la capacité de s'affranchir de toute considération d'ordre actuel, pratique ou conjoncturel, comme s'ils devaient partager le caractère indestructible et intemporel de la pulsion elle-même et, à l'occasion, de proposer le remplacement de la pulsion inquiétante par une autre, plus acceptable.

III.4 Population berguoise : Analyse démographique.

Bergues (59380) est un Chef-lieu de canton dans le département Nord situé en région Nord Pas de Calais. Elle est rattachée à la Communautés de communes des Hauts de Flandre

Historiquement, la ville et ses alentours ont appartenu au Comté de Flandre et relèvent de la zone linguistique flamande.

Fortifiée depuis 882 puis chef-lieu d'une châtellenie importante, érigeant son premier beffroi

dès le XIII^{ème} siècle, la ville devient rapidement l'une des villes les plus importantes dans la partie Ouest de la Flandre. De nombreuses fois assiégée, prise, brûlée, elle verra ses murailles renforcées par Vauban au XVII^{ème} siècle. Suite à sa reconstruction, Bergues a gardé son caractère de petite ville flamande ...et ses remparts... En intégrant cette perspective historique, l'on comprend aisément qu'à sa création, l'hôpital de jour s'est vu opposé de nombreuses résistances générées par la méconnaissance de la maladie mentale.

Les dernières statistiques démographiques pour la commune de Bergues ont été fixées en 2009 et publiées en 2012(23). Il ressort que la mairie de Bergues administre une population totale de 3992 personnes, avec une densité de 3024,24 personnes par km². A cela, il faut soustraire les résidences secondaires (118 personnes) pour constater que la population permanente sur la commune de Bergues est de 3 874 habitants : 48% d'hommes et 52% de femmes, ce qui est proche de la répartition nationale. Le nombre de célibataires était de : 34% (pourcentage moyen national :36.5 %), dans la population. Les couples mariés représentaient 43,9% de la population (pourcentage moyen national : 48.7 %), les divorcés 7,3%(pourcentage moyen national :7 %),. Le nombre de veuves et veufs était de 14,9% à Bergues (pourcentage moyen national : 7.8%),. Le taux d'activité est de 71,1% en 2013 (taux d'activité des 15-64 ans, population active en France métropolitaine, proche : 70,4%). Le taux de chômage était de 13,1% (taux de chômage de la population active en France métropolitaine : 9.7%). Les retraités et les pré-retraités représentaient 25,9% de la population en 2007 et 18,2% en 1999, proche de la moyenne nationale. Par rapport à la France, il y a plus d'employés et surtout d'ouvriers, moins d'agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise, cadres, professions intellectuelles supérieures sur le site.

Sur le plan de la ligne politique, Bergues est représenté par une maire de tendance politique « divers gauche » depuis mars 2008. Avant ce mandat, la ville soutenait depuis plus de 60 ans une politique assimilée de droite.

III.5. Enquête SMPG

Toute chose, tout événement matériel, psychique ou social, toute expérience individuelle ou collective fait l'objet d'une représentation sociale. Elle prend sens au sein d'un groupe social donné. Ce sens « commun » renvoie aux connaissances que l'on peut qualifier de « naïves » par opposition à celle élaborées et détenues par des experts. Moscovici définit les

représentations sociales comme « des théories ou des sciences collectives sui generis, destinées à l'interprétation et au façonnement du réel »(22). Pour Jodelet, une représentation sociale, « c'est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social »(24,25). « Ce sens et l'image qu'un groupe attribue à un objet social, et qui diffère temporellement et géographiquement, guident les actes des individus. Aborder les maladies sous l'angle des représentations permet ainsi de comprendre les comportements qui y sont associés : peur/ empathie, culpabilité/compassion, rejet/ acceptation du soin(24).

C'est l'objet de l'enquête « Santé mentale en population générale : image et réalités » (SMPG) dont je présente ici les principaux résultats pour le littoral dunkerquois(26).

Il faut rappeler que L'enquête SMPG est une recherche-action internationale multicentrique, descriptive, menée par l'Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique (ASEP) et le Centre Collaborateur français de l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle est née d'une demande de psychiatres malgaches qui souhaitaient connaître la prévalence des troubles psychiques dans leur pays. Cette demande a fait prendre conscience du manque de données épidémiologiques tant en France que dans le monde(1). En effet, il existait essentiellement des données épidémiologiques issues des files actives des établissements psychiatriques mais pas de données concernant la population générale. Plus de 65.000 personnes ont été interrogées : 55.000 en France (dont environ 3000 dans les DOM) et 10.000 pour les sites internationaux. Les données concernant la France constitue le fichier national brut, qui est une agrégation simple de toutes les personnes ayant été interrogées. Le fichier a été redressé afin qu'il soit représentatif des variables sexe, âge, niveau de formation, etc. Les résultats concernant le littoral dunkerquois concernent 900 personnes interrogées. Le recueil des données s'est déroulé sur trois jours sur près de 60 sites, regroupant l'agglomération urbaine de Dunkerque associé à des villes semi-rurales périphériques comme Capelle La Grande, Saint-Pol-sur-Mer et la ville flamande de Bergues. Les données recueillis sont interprétables et pratiques pour une analyse locale des représentations(26).

« Cette recherche action vise à mieux comprendre les représentations sociales de la population vis-à-vis de la santé mentale à travers 3 archétypes fabriqués historiquement, socialement, culturellement et médicalement : le « fou », le « malade mental » et le

« dépressif ». L'hypothèse générale est que ces 3 dénominateurs sont utilisés par les populations dans des stratégies globales de désignation d'une part et d'accès aux soins d'autre part »(27). L'enquête permettait d'étudier en effet les différences de perceptions entre ces « mots » couramment employés par la population et les médias, et d'appréhender par là même quelles implications ces représentations sociales peuvent avoir sur l'accès aux soins pour les personnes qui le nécessitent.

Les objectifs principaux ont concerné 2 axes d'études. L'axe socio-anthropologique permettait de décrire les représentations et les comportements attribués au « fou », au « malade mental » et au « dépressif ». L'axe épidémiologique avait pour objectif d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux dans la population générale. Les objectifs secondaires étaient de former des acteurs de terrain, de sensibiliser les partenaires sociaux, administratifs, sanitaires, associatifs et politiques à l'importance des problèmes de santé mentale ; et de promouvoir l'instauration d'une psychiatrie intégrée dans la cité(1).

Il sera exposé ci-dessous les grandes lignes émanant des résultats principaux de l'enquête sur le dunkerquois.

Depuis l'analyse lexicale de données textuelles (logiciel Alceste) :

- On peut ressortir deux polarités thématiques concernant le « fou » : « celle d'une personne en rupture avec les autres, déconnectée de la réalité, qui a perdu une faculté, le plus souvent pour les personnes interrogées, cette perte est celle de la raison, de la capacité à être dans les limites, avoir des repères. L'autre polarité est celle du danger, de l'anormalité avec le risque d'une violence envisagée pour les autres. Il faut cependant être prudent dans l'interprétation de l'apparition de la notion de violence puisqu'il s'avère que les faits de viols et violence sont très peu observés dans l'analyse lexicale. Le « fou » pour les personnes du littoral dunkerquois est un individu dont les réactions sont jugées incontrôlables et imprévisibles. Il n'est pas noté d'allusion à la crainte, à la peur et au rejet »(26).

-le « malade mental » serait « une personne définie par une atteinte pathologique du cerveau. Cette atteinte organique serait innée, d'après les personnes interrogées, fixée dans les gènes et curables par des soins. La population utilise les mots proposés de l'expression « malade mental » qu'elle tente de définir et d'expliquer. L'emploi de ces termes vient donner des éléments sur une représentation organique, génétique, médicale puisqu'il s'agit d'une

maladie. Le dysfonctionnement de son cerveau perturberait son fonctionnement et ses réactions qui sont différentes »(26).

-le « dépressif » serait identifié comme « une personne qui, à cause d'événements stressants liés à la famille, au travail, doit faire face à une période difficile. Cet état marqué par le renfermement, le pessimisme, le mal-être, la perte du goût à la vie, où l'on « broie du noir », où l'on se renferme, l'on fait preuve de pessimisme, l'on est « mal dans sa peau », est associé à une tristesse, une souffrance psychique, à des idées noires, voir des idées suicidaires qui apparaissent uniquement pour ce corpus. De cette analyse ressort une représentation distincte pour le dépressif pour lequel une explication est avancée, la notion de *période où l'individu se sent mal*, s'oppose aux représentations aux représentations sensiblement proches du « fou » et du « malade mental »(26).

-les comportements violents seraient « principalement attribués au malade mental ou au fou. Les attitudes de pleurs, de retrait, de tentatives de suicide sont principalement attribuées au dépressif.

-ce qui permet d'identifier un fou ou un malade mental pour 50% de la population est le comportement. Les éléments de son apparence vestimentaire ou son regard ne semblent pas discriminants. Seul le discours est envisagé par 1 personne sur 3 comme critère identificateur du fou ou du malade mental. 36% jugent l'apparence et le comportement de la personne comme indiquant son état dépressif. 13% des personnes interrogées ne savent pas ou pensent que l'on ne peut pas reconnaître un dépressif »(26).

Nous percevons ici tout le chemin restant à parcourir par les structures de soins psychiatriques pour changer d'image et se rendre plus accessibles aux populations.

IV. Méthode

J'ai réalisé une enquête qualitative grâce à la passation de questionnaires auprès de 11 acteurs-clé. J'ai ainsi cherché à répondre à plusieurs objectifs :

- évaluer la pertinence de l'implantation dans la Cité de notre Hôpital de jour par son impact sur la déstigmatisation des patients via l'étude des représentations associées aux troubles psychiques (concepts de folie, de maladie mentale, de dépression)

- décrire les spécificités de l'entité Hôpital de jour itinérant

- élaborer des pistes de réflexion pour la création du futur Hôpital de jour (projet de secteur)

- sensibiliser les partenaires politiques, administratifs, sociaux, sanitaires et associatifs à l'importance des problèmes de santé mentale, 8 ans après l'enquête SMPG réalisée par le CCOMS sur le littoral, et promouvoir l'instauration d'une psychiatrie intégrée dans la cité.

IV.1 Outils : Questionnaires semi-structurés

Cette enquête a été réalisée à partir d'un questionnaire principal concernant l'étude des représentations des troubles mentaux et les soins envisagés pour l'approche socio-anthropologique (utilisé pour l'enquête SMPG). Un questionnaire plus personnalisé tenant compte des spécificités des soins apportées à la Roulotte, y a été additionné. (cf annexe)

J'ai choisi de rédiger une grille d'entretien semi-structuré destiné à notre population cible.

Trois thèmes ont été choisis pour organiser l'entretien :

-Thème 1 : Connaissances autour des concepts :

J'ai cherché à connaître les croyances et représentations autour de la folie, de la maladie mentale et de la dépression.

-Thème 2 : Evaluation de l'existant :

Il s'agit de recueillir l'opinion des usagers et des professionnels sur les structures et les dispositifs déjà existants, et de cibler les facteurs qui leur semblent délétères ou favorisant pour le soin en santé mentale.

-Thème 3 : Pistes de réflexion :

Ce thème a pour objectif de faire émerger les propositions des différents sujets interrogés sur l'accès et l'amélioration des soins.

Les données ont été recueillies lors d'un entretien semi-directif en face à face auprès de 11 informateurs-clés.

Les entretiens ont été retranscrits de façon anonyme et analysés de façon qualitative, en fonction des trois thèmes de l'entretien.

IV.2 Echantillons

11 acteurs locaux, de terrain, pour la plupart impliqués dans la vie, de la cité ont été interviewés:

- 3 soignants en psychiatrie de l'établissement public de santé mentale, travaillant principalement dans les structures alternatives à l'hospitalisation,
- 2 usagers de l'hôpital de jour,
- 1 élu de l'équipe municipal de Bergues,
- 1 gendarme, rattaché à Bergues,
- 1 chef d'entreprise berguois,
- 1 directeur d'établissement scolaire,
- 1 habitant de Bergues, voisine de l'hôpital de jour,
- 1 pharmacienne berguoise.

L'échantillon n'a pas été constitué en vue d'être représentatif de la population berguoise. Cette enquête vise à une analyse qualitative des objectifs poursuivis.

IV.3 Considérations éthiques

Dans une perspective éthique, les sujets ont été informés oralement de l'objectif de la recherche et de leurs droits quant à leur participation. Ainsi, il était possible de refuser la participation à l'étude, et les personnes enquêtées ont eu la possibilité de se rétracter à tout moment. De plus, j'ai pris le soin de garder confidentielle l'identité de chaque participant. J'ai prêté attention à ne pas entretenir de confusion quant à mon rôle. Psychiatre de ce secteur, j'ai tenu à bien différencier le rôle d'enquêteur/chercheur lors de la réalisation des entretiens.

V. Résultats

V.1 le fou

On peut ressortir deux polarités thématiques concernant le « fou » :

-la plus marquée, celle d'une personne en rupture avec les autres, déconnectée de la réalité, qui a perdu une faculté, le plus souvent pour les personnes interrogées, cette perte est celle de la raison, de la capacité à être dans les limites, avoir des repères.

-L'autre polarité est celle du danger, de l'anormalité avec le risque d'une violence envisagée pour les autres. Il faut cependant être prudent dans l'interprétation de l'apparition de la notion de violence, puisque qu'il s'avère que les faits de viols et violence sont très peu utilisés.

Cette polarité de l'hors-norme dangereux a été principalement rapporté par les autorités qu'elle soit au service de la justice ou administrative. Le « fou » serait un individu dont les réactions sont jugées incontrôlables et imprévisibles.

Il n'est cependant pas noté d'allusion à la crainte, à la peur et au rejet.

Pour les soignants en psychiatrie, il est question d'une image « qui n'existe pas réellement, un personnage, un peu comique (« le fou du roi ») ».

V.2 le malade mental

Le « malade mental » est une personne définie par une atteinte pathologique du cerveau. Cette atteinte organique serait innée, d'après les personnes interrogées, fixée dans les gènes et curables par des soins. La population utilise les mots proposés de l'expression « malade mental » qu'elle tente de définir et d'expliquer. L'emploi de ces termes vient donner des éléments sur une représentation organique, génétique, médicale puisqu'il s'agit d'une maladie. Le dysfonctionnement de son cerveau perturbe son fonctionnement et ses réactions qui sont différentes.

La capacité d'empathie envers le malade mental semble plus développée. La notion paraît plus concrète pour les soignants qui parviennent à quitter l'« image » du fou.

Pour la population berguoise interrogée, la confusion est encore grande et l'amalgame entre le fou, le malade mental et le déficient intellectuel, fréquent.

V.3 le dépressif

Le « dépressif » est identifié comme une personne qui, à cause de conditions de vies stressantes liées à la famille, au travail, doit faire face à une période difficile. Cet état marqué par le renfermement, le pessimisme, le mal-être, la perte du goût à la vie, où l'on « broie du noir », où l'on se renferme, l'on fait preuve de pessimisme, l'on est « mal dans sa peau », est associé à une tristesse, à une souffrance psychique, à des idées noires, voire à des idées suicidaires qui apparaissent uniquement pour ce corpus. De cette analyse ressort une représentation distincte pour le dépressif pour lequel une explication est avancée, la notion de « période » où *l'individu se sent mal*. « ça peut nous arriver » « Il (le dépressif) lui est difficile de s'adapter à la vie normale »

La représentation du dépressif s'oppose clairement aux représentations sensiblement proches du « fou » et du « malade mental ».

V.4 Comportement

Les comportements violents sont principalement attribués au malade mental ou au fou par la population non soignante. Cependant, les actes criminels que représentent le viol, l'inceste et le meurtre sont rarement attribués par les personnes interrogées, au fou et au malade mental. À noter, la pharmacienne interviewée semble assimiler la maladie mentale à la toxicomanie et fait le parallèle avec une « impulsivité » similaire, la crainte d'un passage à l'acte hétéro-agressif et également un « abus » commun de substances psychotropes.

Selon l'expérience des soignants, les comportements décrits ne sont attribuables à aucunes des 3 entités représentées.

Les attitudes de pleurs, de retrait, de tentatives de suicide sont surtout attribuées au dépressif.

V.5 Reconnaissance

Ce qui permet d'identifier un fou ou un malade mental n'est pas, pour la population berguoise et contrairement à l'enquête SMPG, le comportement (1 personne sur 11). Les éléments de son apparence vestimentaire ou son regard (« fixé sur le sol », « figé », et sans sentiment de peur pour la personne interrogée) semblent parfois discriminants. Le discours apparent est envisagé par une personne sur 3 comme critère identificateur du fou ou du malade mental. 1 personne interrogée sur 3 pense que l'on ne peut les reconnaître.

La plupart des interviewés juge l'apparence du faciès et le comportement « recroquevillé, isolé, les pleurs » de la personne, comme indiquant son état dépressif. Une seule personne interrogée ne saurait pas reconnaître un dépressif. Une personne a rapporté savoir reconnaître un dépressif par sa tristesse « ou par sa gaieté » (influence de la médiatisation du maniaco-dépressif ?)

V.6 Etiologies

Ce qui peut rendre fou, d'après les personnes interrogées, c'est, par ordre décroissant : les « événements de vie (deuil, souffrance), les règles éducatives, « les autres », « la fracture du noyau social, l'isolement ». Une réponse d'un soignant : « l'amour, la légèreté, le lâcher-prise ».

Ce qui peut rendre malade mental, d'après les personnes interrogées, c'est avant un substrat biologique : « les gènes », « la déficience mentale », « la maladie », et parfois (2 réponses) « le viol, l'inceste » (notion de déviance contre-naturelle)

Ce qui peut rendre dépressif, d'après les personnes interrogées, c'est de façon générale les événements de vie : « les choses de la vie », « la famille », « un divorce », « les enfants », « le travail », « les ruptures », « l'alcool ».. Parmi les soignants émergent des notions explicatives de biologie (substrat neurobiochimique) et de « regard des autres » (parallèle au concept de stigmatisation).

V.7 Conscience des troubles- responsabilité- souffrance.

Pour la population berguaise interrogée, il est ressorti de manière unanime que le fou, le malade mental et aussi le dépressif n'étaient pas responsable de leurs actes. De façon opposée, les soignants ont tendance à juger qu'ils le sont. La responsabilité de la folie, de la maladie mentale et de la dépression n'est, sans exception, jamais attribuée aux personnes concernées.

Dans la population générale berguaise, la question de la conscience de la maladie est collectivement reconnue pour le dépressif alors qu'elle échapperait au fou et au malade mental. Pour les soignants interviewés, cette question remporte beaucoup moins l'unanimité et soulève beaucoup de débats. Aucun consensus n'est retenu.

V.8 Exclusion

Dans l'enquête SMPG, il était constaté que la famille reste le lieu le plus tolérant quant aux troubles mentaux(27). Dans cette étude et pour les trois entités, il n'est pas possible de dégager d'invariants ou de tendance concernant l'exclusion de chacune des entités, par leur famille, que ce soit du point de vue des soignants ou des non-soignants.

Le constat de l'exclusion du monde du travail est fait par les soignants de manière évidente. L'exclusion de la société est reconnue par tous en ce qui concerne le fou. Cependant, pour les soignants, la nuance est exprimée sous le sens d'un constat inacceptable alors qu'elle ponctue plus une réalité logique, évidente, quasiment acceptable pour la population non-soignante questionnée. Le dépressif n'est pas perçu comme exclu de la société pour les non-soignants alors que les soignants font le constat inverse.

V.9 Souffrance

Le fou est perçu comme souffrant pour la plupart des répondants. L'accord est total en ce qui concerne la souffrance du malade mental et du dépressif, ainsi que pour toutes les familles du fou, du malade mental et du dépressif.

V.10 Guérison

Dans l'enquête SMPG, la folie était perçue comme une atteinte presque incurable, la dépression comme un mal dont on guérit pour une très grande majorité de personnes interrogées.

Les résultats de cette étude sont concordants avec l'enquête SMPG sur le littoral dunkerquois (26). Il apparaît toutefois pour les soignants que le malade mental peut possiblement trouver le chemin de la guérison, sans pour autant qu'elle soit totale.

La division s'opère également en ce qui concerne le devoir de soigner : La population non soignante pense dans la grande majorité que le fou, le malade mental et le dépressif doivent être soignés même s'ils ne le souhaitent pas, alors que le groupe soignants pense le contraire.

V.11 Rapport au fou, au malade mental et au dépressif.

À la question de la connaissance d'un proche qui est ou a été fou ou un malade mental, les soignants répondent positivement de façon unanime (« voisin », « ami », « famille »). Pour la population, il est fait référence de façon courante à des personnes voire à des personnages « historiques », inscrits dans l'histoire de la ville. Tel ou tel « fou de Bergues » aurait mis le feu à son appartement, ou déambulait de façon outrancière dans la rue avant qu'il ne soit « emmené à Bailleul ». Ces personnages ont marqué les esprits par leur comportements et sont venus cristalliser les représentations.

Toutes les personnes interrogées rapportaient connaître un dépressif à des degrés de relation divers (collègue, frère, sœur, mère, père, ami).

V.12 Moyens thérapeutiques et lieux de soins

À la question « comment soigner un fou ? », il est répondu par ordre décroissant l'hôpital, « l'internement », « l'EPSM » (ces 2 dernières réponses sont apportées de manière automatique et très mécanique par l'élus et le gendarme), les médicaments, « ça ne se soigne pas » (il faut d'ailleurs remarquer que cette dernière réponse est beaucoup moins citée que ce que l'on aurait pu le prévoir au vue des réponses données quant à l'impossibilité de guérir un fou).

Les réponses des soignants laissent une place plus importante à l'approche humaniste, l'accompagnement bienveillant, la recherche de sens « il faut éviter de le soigner complètement sinon il s'éteint.. » m'enjoint une soignante.

Le malade mental requiert des soins proches du fou pour beaucoup mais le traitement médicamenteux est souvent plus pondéré que pour le cas du fou.

Le traitement du dépressif repose principalement sur un soutien relationnel non spécialisé (ami, famille, « le maternage » évoqué par une personne interrogée) et/ou une psychothérapie. L'hospitalisation et les médicaments n'ont pas été cités. Il apparaît clairement que les soins envisagés pour le dépressif sont différents de ceux émis pour le fou ou le malade mental, ce qui concorde avec les résultats de l'enquête SMPG(27).

« Selon vous, quels genres de soins sont donnés dans un hôpital ou une clinique psychiatrique ? » : Il est clairement figuré les médicaments, le cadre, la rigueur, la camisole (une personne fait allusion à des références cinématographiques qui ont marqué sa jeunesse - « *Vol au dessus d'un nid de coucou* »)

Les soignants, qui pour la plupart ont travaillé dans leur carrière en unité fermée, mettent l'accent sur les activités thérapeutiques, les soins infirmiers, un lieu de « dépressurisation », de « soins d'amorce » autorisés par les médicaments qui rendent « compatible » la sortie.

« Quel autre lieu que l'hôpital psychiatrique connaissez-vous pour soigner un fou/ un malade mental/ un dépressif ? » :

Pour cette question, la scission entre le fou/le malade mental et le dépressif est nettement plus marquée.

Pour la population non soignante interrogées, et s'adressant aux fou/malade mental, les réponses, très hétérogènes, oscillent entre « je n'en connais pas » et « CMP, des petites structures dans Bergues » (sans pouvoir préciser).

Pour les soignants interrogés, il est mentionné et ce, de façon préférentielle à l'hospitalisation psychiatrique à temps complet, les structures classiques de secteur (CMP, CATTP, HDJ, appartements thérapeutiques, maisons communautaires) mais sont également cités les ressources associatives, GEM et également la famille.

Pour le dépressif, « la famille » est souvent citée, suivie du domicile, des cliniques privées ou enfin des maisons de repos.

Le traitement est manifestement différent de celui réservé au fou et au malade mental.

À la question « conseillerez-vous à un proche qui est fou, malade mental ou dépressif d'être hospitalisé à l'hôpital psychiatrique? », la réponse est fréquemment positive concernant le fou. La réponse s'en approche pour le malade mental. Une discordance existe dans la conception avancée par l'autorité de gendarmerie, qui ne conseillerait pas le recours à l'hôpital psychiatrique alors qu'il mentionne avec automatisme l'EPSM comme solution à la folie, sans en connaître d'alternatives.

L'attitude est différente pour le proche dépressif, à qui l'on déconseille une telle orientation. Ces résultats confirment la représentation distincte de la maladie dépressive associée à des soins différents moins médicaux, plus centrés sur l'environnement et la famille.

En ce qui concerne la question « un fou/ un malade mental/ un dépressif peut-il guérir seul ? », la très grande majorité affirme étonnement que non, de façon égalitaire entre le fou, le malade mental et le dépressif. L'enquête SMPG retrouvait que le dépressif est estimé comme pouvant guérir seul dans 30% des cas(26).

À la question, « si un proche est fou/ malade mental/ dépressif, qui lui dites-vous d'aller voir ? », le recours conseillé par l'entourage se décline par ordre décroissant de la façon suivante :

-lorsque la personne est identifiée comme folle : psychiatre, psychologue, « psy », « hôpital psy » pour les non-soignants interrogés ; pour les soignants, il est conseillé prioritairement de faire appel à son médecin traitant généraliste «uniquement si la personne concernée en souffre».

-lorsque la personne est identifiée comme malade mentale, l'orientation est similaire à celle du fou. Les soignants orientent plus vers une personne spécialisée (psychologue, psychiatre, infirmier de psychiatrie)

-lorsque la personne est identifiée comme dépressive, l'attitude est différente puisque l'entourage conseillerait de rencontrer un professionnel de médecine générale pour une personne sur deux, un « psy » pour une personne sur deux, ou une personne qu'il identifie comme bénéfique dans ces soins (choix laissé à la personne souffrant).

À ce qui se rapporte à un enfant souffrant de troubles mentaux, les réponses sont de fréquence égalitaire entre le médecin de famille (traitant) et le (pédo-)psychiatre. Le milieu relationnel

proche n'est jamais envisagé par les personnes interrogées. Il est constaté de manière nette une grande fréquence de recours au corps médical. L'objection peut être faite que l'intitulé précise la présence de troubles mentaux.

À la question : « si vous êtes mal dans votre peau [...], qui allez-vous voir ? », le recours sera envisagé principalement vers le médecin généraliste (8 personnes sur 11), le « psy » (2 sur 11), les relations amicales (1 sur 11). Le médecin généraliste ou la famille constitue donc le recours imaginé privilégié en cas de mal-être personnel. L'attente à l'égard de la personne sollicitée est surtout une écoute bienveillante, « sans jugement », et une orientation uniquement si nécessaire. La prescription de médicaments n'a jamais été mentionnée.

À la question : « si à la maison, un de vos proches est fou/ malade mental/ dépressif, à partir de quelles situations vous ne le supporteriez plus et feriez appel à une aide extérieure ? », les réponses sont principalement axées autour de la rupture d'une ambiance ou d'une dynamique familiale. Généralement, les réponses relatives au fou font plus état de violence et l'élue suggère que « la folie est très rapidement insupportable ». Pour ce qui s'applique au dépressif, la valeur d'un geste suicidaire ou d'idées de suicide reste un marqueur récurrent.

Toutes les personnes interrogées hormis les usagers/ patients ont déclaré n'avoir jamais souffert de folie, de maladie mentale ou de dépression, et n'auraient jamais bénéficié d'une psychothérapie.

Les patients bénéficiant d'une prise en soin à l'hôpital de jour itinérant disent être satisfaits par les soins proposés. Les temps d'hospitalisation complète, généralement en état de crise, suscitent souvent des critiques (contention, considération du sujet) ou la crainte d'une rechute et d'une réadmission. Les patients interrogés prétendent mieux identifier les pensées de discrimination auto-attribuée (discrimination anticipée). Cette meilleure reconnaissance fait l'objet d'un travail de thérapie « de déstigmatisation » en partenariat avec les soignants (qui font le même constat).

V.13 Accueil

Bien que les deux questions posées concernent le même thème, il faut noter que la première question porte sur l'accueil à *la maison* d'une personne *qui a été traitée ou est en traitement*, alors que la question suivante porte sur la possibilité de soigner à *la maison* un proche qui est fou, malade mental ou dépressif.

Pour les personnes interrogées, il est difficile d'envisager de soigner un proche à la maison tant qu'il n'est pas soigné par d'autres. L'accueillir lorsqu'il a été traité ou est en traitement devient possible surtout pour le dépressif (de façon consensuelle), moins pour le malade mentale. Le fou est majoritairement exclu de cette possibilité.

V.14 Analyse de l'existant sur le plan local – Pistes de réflexion

« Comment sont organisés les soins psychiatriques pour la population de Bergues ? » : Dans la population sondée, seul deux personnes prétendent ne pas connaître la façon dont les soins psychiatriques sont organisés sur la ville de Bergues. Pour ceux qui s'estiment sachant, il est surtout cité des entités ou structure comme « un dispensaire », le CMP, les consultations, « les ateliers », les appartements thérapeutiques, sans que des liens soient établis entre les fonctions de ces structures, la temporalité de leur recours et de leur accueil, les relations qu'elles entretiennent entre elles et avec les autres structures du secteur (unités d'admission à Cappelle-La-Grande, EPSM de Bailleul), la sectorisation géographique. Le profil des patients admis n'est pas identifié. En termes d'organisation, les connaissances sont donc relativement sommaires pour le grand public, mais aussi pour l'élu et pour le représentant de gendarmerie.

Le chef d'entreprise connaît quant à lui bien mieux les appartements thérapeutiques non loin pour y avoir livré ses produits. Il est donc difficile d'accorder à l'hôpital de jour, de par la proximité géographique avec les autres structures, le bénéfice d'une représentation positive des structures implantées, des soins proposés et d'un regard plus élogieux porté sur les malades psychiques.

À la question « Connaissez-vous l'hôpital de jour « La Roulotte ? l'antenne de consultation ? À quoi servent-ils, selon vous ? Répondent-ils à des besoins ? », il est possible de dire que ces structures sont situées dans la ville, qu'elles sont identifiées comme des structures ouvertes,

qu'elles ne sont pas assimilées et reliées à l'unité d'admission de Cappelle-La-Grande ou à l'EPSM de Bailleul. Les personnes interrogées, en dehors des soignants qui y travaillent, bien entendu, ne savent pas réellement ce qu'on y fait et ne conçoivent pas l'organisation de soins à la journée avec réintégration du lieu de vie personnel la nuit. De façon concordante avec la plupart des personnes sondées (hors soignants), l'élu précise que ces structures ne véhiculent pas de crainte ni de danger potentiel : «Elles (*les structures de soins*) ne font pas de bruit ». L'impression qui m'ait laissée est que l'information concernant ces lieux de soins n'a pas à dépasser cet abrégé de connaissance tant que les soins sont prodigués dans la « tranquillité ».

Hormis l'élu, aucune personne n'a connaissance du concept de Conseil Local de Santé Mentale (CLSM), que ce soit dans la population soignante ou non. L'élu se souvient d'une rencontre où il avait été convié il y a quelques années, au début de son premier mandat d'adjoint, afin de promouvoir la mise en place de ce type de dispositif, sans que cette proposition ne soit portée par une réelle volonté politique. Il semble que ce dispositif soit réduit, dans l'esprit du politique, à la mise en place d'une permanence, sorte de lieu d'accueil de la souffrance psychique de la population berguoise, via un partenariat entre notre secteur et la ville (précisément par la mise à disposition d'un bureau et d'une plage horaire sur le lieu du CCAS de Bergues).

Cette idée ne s'accorde certainement pas entièrement avec le concept initial qui est celui d'un partenariat beaucoup plus large (maire, psychiatre, représentants d'usagers, de famille d'usagers, milieu associatif, service social du logement, service emploi, autorité de gendarmerie, etc) afin d'intégrer et de résoudre des problématiques de santé mentale. On me fait comprendre que la commune est de taille très modeste et qu'elle n'est probablement pas concernée par les questions de santé mentale, comme peut l'être au « Grand Dunkerque ». Le travail en collectivité de communes ne semble pas susciter un enthousiasme immédiat.

Le concept de santé mentale n'est d'ailleurs pas connu.

À la question « *Que manque-t-il selon vous, comme réponse au handicap psychique ?* », les réponses données plaident pour une réactivité accrue des services de psychiatrie à la sollicitation, réponse surtout mise en avant par le représentant de gendarmerie et l'adjoint au maire. Le représentant de gendarmerie propose à ce titre l'établissement d'un fichier établissant la liste des personnes souffrant de graves troubles psychiatriques, à la manière

« des fichiers de personnes condamnées pour des faits de pédophilie ». Cette proposition laisse songeur et interroge sur la conception de la dangerosité des malades psychiques pensée par les autorités.

Les améliorations en terme d'effectifs et de moyens sont soulevées par le chef d'entreprise berguois. Il est question de l'épuisement psychique et de « la durée de vie » des soignants. À ce titre, il est exprimé une considération forte et une authentique reconnaissance à l'égard du personnel soignant en place.

Les propositions des soignants pour améliorer la prise en charge du handicap psychique sont principalement de développer les techniques d'empowerment (« laisser le choix au patient, croire en lui, lui donner les outils »), de prévenir les conséquences du handicap psychique par des expériences d'information et de déstigmatisation, de renforcer les liens avec les médecins généralistes, les infirmiers libéraux, et de développer les systèmes de soins intégrés dans la cité.

VI. Discussion

VI.1 Reprise des résultats principaux

VI.1.1 La représentation sociale du « fou », du « malade mental » et du « dépressif »

Le fou pour les personnes interrogées est un individu en rupture avec la société, qui a perdu la raison, identifié par son comportement. La dangerosité potentielle envers autrui est évoquée. Cependant, les actes criminels que représentent le viol, l'inceste et le meurtre sont rarement attribués par les personnes interrogées, au fou et au malade mental. Pour la population interrogée, la confusion est encore grande et l'amalgame entre le fou, le malade mental et le déficient intellectuel, fréquent.

Les comportements violents sont principalement attribués au malade mental ou au fou dans la population non soignante, notamment par les autorités qu'elle soit administrative ou au service de la justice. Le « fou » serait un individu dont les réactions sont jugées incontrôlables et imprévisibles. Ce danger fait envisagé pour le fou et le malade mental un recours aux soins médicaux spécialisés de façon majoritaire. Pourtant, de façon concordante avec l'enquête SMPG sur le littoral dunkerquois, la folie est perçue comme une atteinte incurable.

Pour la population, il est fait référence de façon courante à des personnages berguois « historiques » qui ont marqué les esprits par leur comportements et qui sont venus cristallisés les représentations.

Les moyens entrevus afin de soigner un fou sont surtout et de manière très mécanique, l'hôpital, « l'internement », « l'EPSM », les médicaments, quand le soin est possible, c'est-à-dire rarement. Les réponses des soignants laissent une place plus importante à l'approche humaniste, l'accompagnement bienveillant et la recherche de sens.

Pour la population non soignante, aucun autre lieu que l'hôpital psychiatrique n'est clairement évoqué pour soigner un fou ou un malade mental. La scission entre le fou/ malade mental et le dépressif est nettement marquée. La représentation du dépressif s'oppose clairement aux représentations sensiblement proches du « fou » et du « malade mental ».

Le « dépressif » est identifié comme une personne qui, à cause de conditions de vie stressantes liées à la famille, au travail, doit faire face à une période difficile. La capacité d'empathie développés à l'égard du dépressif et la faculté d'identification à cette période difficile semble plus développé dans le discours des personnes interrogées. Le traitement du dépressif repose principalement sur un soutien relationnel non spécialisé et/ou une psychothérapie.

VI.1.2 Analyse de l'accès aux soins et de leur qualité.

Le médecin généraliste, conformément à l'enquête SMPG, reste le coordonnateur central de la prise en charge de la souffrance psychique de la population, attitude adaptée si l'on prend en compte que toute la souffrance psychique ne justifie pas une consultation psychiatrique. Toutefois, le recours à un psychiatre ou à un psychologue semble en augmentation depuis les derniers résultats de l'enquête SMPG(27). Serait-il en lien avec une médiatisation de la profession, une plus grande information auprès du grand public, ou à une conjoncture de facteurs sociaux ?

Force est de constater que l'hôpital psychiatrique public reste le vecteur de nombreuses images nourries par des références socio-culturelles, par exemple cinématographique (les médicaments, le cadre, la rigueur, la camisole...). Cette conception semble tout à fait stable dans le temps.

Pour autant, les patients soignés en hôpital de jour disent être satisfaits des soins proposés. Les temps d'hospitalisation complète, généralement en état de crise, suscitent souvent des critiques (contention, considération du sujet, de sa dignité). Les patients interrogés prétendent mieux identifier les pensées de discrimination auto-attribuée (discrimination anticipée). Cette meilleure reconnaissance fait l'objet d'un travail de thérapie « de déstigmatisation » en partenariat avec les soignants (qui font le même constat).

Il aurait été intéressant de faire préciser les principales craintes qui pourraient dissuader de

consulter un psychiatre ; être assimilé à un fou ou recevoir un traitement trop lourd ; sont toujours soulevées. Il faut tenir compte de la dimension démographique de l'âge et des représentations qui leur sont inhérentes (différentes entre adultes jeunes et personnes âgées) dans l'accès à ces dispositifs.

En termes d'organisation des soins, les connaissances sont relativement superficielles pour le grand public. La confusion, pour la population, dans le repérage des structures de soins peut être expliquée par l'existence d'un dispensaire de médecine générale antérieurement à l'implantation du dispensaire « d'hygiène mentale » puis d'un centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), avant l'arrivée de « la Roulotte ». Cette difficulté d'identification peut également témoigner de la qualité du travail d'intégration dans la cité des différentes structures et de leur effet en termes de déstigmatisation.

Il est difficile d'accorder à l'hôpital de jour, de par la proximité géographique avec les autres structures, le bénéfice d'une représentation positive des structures implantées, des soins proposés et d'une image plus avantageuse des malades psychiques. Il est possible de dire que ces structures, intégrées dans la ville et identifiées comme des structures ouvertes, ne sont pas assimilées et reliées à l'unité d'admission de Cappelle-La-Grande et encore moins à l'EPSM de Bailleul. Ces structures intégrées dans la cité ne véhiculent pas de crainte ni de danger pour la population.

VI.2 Intérêts/Limites

Bien qu'il soit délicat de comparer une représentation à un savoir, la représentation sociale peut être assimilée à un savoir de sens commun qui se nourrit du savoir scientifique. Tout savoir de spécialistes ou de professionnels est en relation avec un autre savoir, celui du sens commun. Empruntant aux conceptions scientifiques et le transformant, ce savoir est produit de manière consensuelle par des individus appartenant à un même groupe social. La connaissance de l'image que la population générale, et en particulier berguoise dans le cadre de cette étude, a des troubles psychiques et des recours possibles trouve ici toute sa pertinence, permettant de mieux comprendre les attitudes envers la psychiatrie.

Les représentations sociales permettent de garantir l'identité du groupe. Du groupe normal ou déviant. La norme, et la tolérance qui la sous-tend, varie selon les cultures, et les époques et

les lieux, la manière dans les leaders d'opinion (politiques, médias..) vont chercher à la définir. L'état conflictuel du champ psychiatrique ne fournit peut-être pas au public matière à sécurisation. Cela peut faciliter la prolifération ou le maintien d'un savoir commun singulier. Les représentations sociales ont un rôle protecteur et identificateur au sein du groupe. On peut certainement regretter que celles concernant la maladie mentale freinent le recours aux soins psychiatriques mais il ne semble pas pertinent de lutter contre l'archétype du fou, ni même de celui du malade mental, qui joue indéniablement un rôle dans l'imaginaire collectif.

Aussi, il faut constater que la rencontre avec une personne atteinte de troubles mentaux permet d'atténuer les représentations négatives et, par contiguïté rendre plus accessibles les soins psychiatriques. C'est que semble prouver la mise en place de dispositifs intégrés dans la cité comme celle de notre hôpital de jour.

D'une part, cette enquête de terrain a l'avantage d'appréhender les représentations de la santé mentale de manière locale et d'évaluer un dispositif ponctuel. La connaissance des représentations sociales locales permettra de guider le développement de projets de secteur tournés vers la cité.

La communication nécessaire à la mise en place de l'enquête permet une communication dynamique et positive en faveur des actions de santé mentale. L'enquête de terrain permet d'amorcer ou de consolider le réseau avec des partenaires comme les élus locaux, les représentants de l'autorité.

D'autre part, la notion de proximité et de communication autour de cette enquête est l'occasion d'une meilleure information sur l'offre de soins psychiatriques.

La connaissance des représentations sociales très prégnantes permet de mieux comprendre le refus fréquent à la proposition d'une hospitalisation ou d'une consultation psychiatrique, notamment par les personnes les plus âgées. Toutefois, il demeure difficile de dégager des conclusions sur l'évolution générationnelle des représentations au vue de la faible inclusion de personnes interrogées dans cette étude.

Il est constaté, de façon contradictoire avec de nombreuses études réalisées jusque là, que les représentations des professionnels de santé sont sensiblement différentes de celles des non-professionnelles, dans de nombreux items. Le rapport d'exercice que j'entretiens de façon direct avec les soignants interrogés peut toutefois être à l'origine d'un biais, et il est

également possible d'émettre l'idée que les représentations façonnées par d'autres professionnels de santé, évoluant dans d'autres unités de soins (d'admission ou de réhabilitation, ouverte ou fermée), auraient été possiblement différentes.

Il peut exister, dans les réponses reçues, un artifice causé par la présentation aux personnes interviewées de la problématique, des préconceptions catégorielles du questionnaire et/ou de l'enquêteur. Les concepts de « fou », du « malade mental » et du « dépressif », choisis pour l'élaboration de l'enquête de 1998 semblent probablement moins adaptés aujourd'hui au regard de la proximité des résultats pour le fou et le malade mental. A ce sujet, le questionnaire propose des comportements à associer au « fou », au « malade mental », au « dépressif », ou à aucun des trois. Cette formulation mutuellement exclusive a souvent déstabilisé les enquêtés qui ne parvenaient pas à exprimer leur catégorisation de façon satisfaisante. Il est relevé dans ces mêmes questionnaires la prépondérance des propositions à connotation négative, alors que la présentation clinique des patients atteints de troubles mentaux montre aussi des aspects sinon amusants et comiques, au moins dénués de toute violence voire amicaux et affectifs. Des propositions plus positives ou légères à la question de la reconnaissance de prime abord du fou auraient mérité d'être citées : « *quelqu'un qui rit tout seul, qui est extravagant, quelqu'un qui est artiste* »..

Dans une dimension pédagogique, la réitération à travers le questionnaire des expressions « fou », « malade mental », « dépressif », plutôt que l'expression atteint de folie, de maladie mentale, ou qui souffre de dépression risque peut-être de renforcer l'assimilation du sujet à sa pathologie.

Nous ne pouvons pas considérer l'échantillon de personnes interrogées comme représentatifs de la population berguaise. En outre, le faible effectif recruté ne permet pas toujours de dégager des invariants.

En outre, il existe probablement dans les réponses obtenues une certaine rationalisation entre les positions affichées et celles effectivement adoptées. En effet, les études sont essentiellement descriptives. Ce sont, le plus souvent, des études menées en population générale qui visent à analyser les attitudes et les comportements que les personnes interviewés auraient dans telles ou telles situations. La critique que l'on peut faire à ce type de recherches est qu'elles explorent des situations imaginaires, virtuelles et non réelles. Les réponses

prennent peu en compte les aspects contextuels et la dimension émotionnelle lors de ces événements. Elles ne rendent pas parfaitement compte du processus de stigmatisation. Si la tendance au rejet social et à l'exclusion est habituellement retrouvée, le vécu de honte et le sentiment d'être blâmé sont moins souvent exprimés. On ne sait donc finalement que peu de chose sur la façon dont la stigmatisation et la discrimination affectent la vie quotidienne des malades psychiques.

La discrimination vécue par les patients de « la Roulotte » ; patients théoriquement retenus pour leur implication forte dans leur projet de soin, ne saurait être représentative de la population des malades psychiques du secteur (fréquence des patients non compliants échappant aux soins, dans le déni de la maladie). Un autre biais réside dans le fait de n'avoir considéré, comme caractéristique pouvant conduire à la discrimination de certains individus, que le diagnostic porté au sujet des troubles psychiques de ces personnes. D'autres raisons possibles pouvant conduire à « traiter de façon différente » certains individus (comme l'âge, le sexe, l'origine ethnique) n'ont pas été prise en compte, dans une région flamande fortement marqué par le sentiment identitaire.

Des facteurs sont apparus comme étant moins favorables à une prise en charge optimale des usagers et un accès aux soins dans la cité : le morcellement du territoire, associé à un offre de transports publics insuffisante, semble être un réel frein à la compliance des patients. Il faut bien reconnaître qu'il est difficile d'honorer la prise en soins pour les patients les plus dépendants dans une réelle optique d'autonomisation.

Les croyances autour de la maladie mentale semblent encore aujourd'hui source de souffrance pour les usagers. Ils mettent en avant un besoin d'être plus inclus dans la société, mettant par là en avant un rejet vécu, ou au moins une mise à l'écart du reste de la communauté par rapport à leur trouble. L'enquête SMPG, menée sur le même bassin de population, avait mis en évidence en 2010 l'idée que le malade mental, et encore plus le « fou » était nécessairement exclu de la société(26). A l'inverse, le « fou » n'est pas vu comme en souffrance, mais reclus dans son monde interne. Il y a encore bien du travail pour faire évoluer cette perception.

Cependant, un autre frein à l'efficacité des prises en charge, fréquemment évoqué par les usagers ; le manque de connaissance par certains professionnels des répercussions de la

maladie mentale sur le quotidien individuel et familial ; semble être beaucoup moins véhiculé par l'équipe de la Roulotte, du fait de son approche plus fonctionnelle et pragmatique.

En effet, l'OMS rappelle bien que la santé n'est pas uniquement l'absence de maladie. La qualité de vie des patients importe. Le soin ne devrait pas uniquement s'attacher à la maladie, mais à tout ce qu'elle engendre chez le patient.

Une limite supplémentaire, constatée dans cette recherche, est l'absence d'implication des professionnels de santé (notamment généralistes exerçants sur le secteur) dans ce travail. Sollicités pour des entretiens, ils n'ont pas pu ou souhaité participer. Espérons que cet état de fait ne soit pas le reflet d'une difficulté à travailler ensemble, mais uniquement une impossibilité ponctuelle à se mobiliser pour une recherche.

Une nouvelle entrave réside dans la méthode adoptée. L'entretien permet un contact direct avec l'interviewé, mais n'a peut-être pas laissé le temps à tous de se mobiliser pour donner des réponses plus élaborées à des questions parfois complexes.

Une dernière limite réside dans le temps imparti pour réaliser ce mémoire. Il a été parfois difficile de rencontrer certaines personnes, faute de temps. Les politiques ont été difficiles à mobiliser (la maire n'a pu être interviewée, les médecins généralistes sollicités n'ont pas apportés de réponse malgré la préoccupation reconnue de beaucoup d'entre eux sur ces problématiques de santé mentale), en partie sans doute à cause d'agendas très serrés. N'oublions pas également que certaines échéances importantes au niveau politique se préparaient au printemps 2014 (élections municipales notamment), expliquant peut-être ce manque de disponibilité.

Un travail commun entre la Communauté Urbaine de Dunkerque et la ville de Bergues ne semble au vue des entretiens pas remporter l'adhésion politique de la municipalité berguoise. Il est mis en avant des enjeux d'échelles et de problématiques différents.

Du fait du faible nombre de personnes interrogées, il est difficile de considérer que les points de vue recueillis reflètent les représentations communes à l'ensemble de la population berguoise. Il en constitue pourtant un échantillon varié. Il est peut-être regrettable qu'aucun des patients interrogés ne réside dans la ville ou n'en soit originaire, et qu'aucune famille

berguoise dont l'un des membres est atteint de maladie psychique n'ait pu être rencontrée dans le cadre de cette étude, faute de temps.

VI.3 Perspectives

Les constatations se dégageant de ce travail nourriront les pistes de travail dans l'optique de développement du projet sectoriel d'hôpital de jour, à intégrer dans la cité.

À partir de cette réflexion, quelques pistes d'action me semblent intéressantes :

-développer les journées d'accueil « pré-visite de préadmission » afin de permettre aux usagers de mieux cerner ce dispositif sectoriel parfois difficile à comprendre pour le patient et sa famille. Cet accueil conjoint à la fois par les soignants et par les usagers permettrait un meilleur travail d'amorce grâce à un partage de savoir expérientiel.

Il apparaît d'autant plus important que soignants et soignés travaillent de concert, puisque leurs expériences de la santé et de la maladie mentale se complètent, chacun en ayant une vision correcte mais parcellaire.

-des activités autonomes (groupe d'usagers) pourraient émerger de l'hôpital de jour si un travail de lâcher-prise suffisamment préparé par les soignants se mettait en place.

-le travail en partenariat avec le seul GEM existant pourrait être renforcé dans cette dynamique d'empowerment.

-Développer le projet d'hôpital de jour sectoriel validé par l'ARS sur un modèle de réhabilitation citoyenne.

VII. Conclusion

Il semble intéressant de pouvoir réinterroger, dix ans après l'enquête SMPG et localement, l'évolution des représentations face à la mutation de l'offre de soins et l'évolution générationnelle.

Les représentations concernant la maladie mentale semblent encore aujourd'hui source de souffrance pour les usagers. Ils évoquent un souhait d'être mieux intégré à la société, sous-tendu par un sentiment de rejet à la fois vécu, et également anticipé par eux-mêmes.

Les patients bénéficiant de soins intégrés dans la cité prétendent mieux identifier les pensées de discrimination auto-attribuée, grâce à un travail de thérapie, quotidien et pragmatique, en partenariat avec les soignants.

Les structures implantées dans la ville de Bergues jouissent d'une image positive, témoin de leur bonne intégration et utile à une revalorisation des représentations.

Tout au long de ce travail, il a été question d'échanges avec des acteurs, au sens large, de notre secteur. Ces enquêtes ont certainement permis d'inciter chacun à réfléchir sur son positionnement en tant qu'acteur de santé mentale.

Cette démarche peut s'inscrire dans le cadre d'une démarche de réhabilitation de l'image attribuée aux malades psychiques. Elle peut également servir à impulser un vent de dynamisme autour des questions de santé mentale. Un dialogue pourrait se développer dans un cadre plus formalisé tel que celui proposé par les conseils locaux de santé mentale si la volonté politique s'en saisit.

VIII. Références bibliographiques

1. Giordana J-Y. Stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Masson. juin 2010.
2. Organisme Mondial de la Santé. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. Rapport sur la Santé dans le Monde. 2001.
3. Senon J-L, Jonas C, Voyer M. Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 «relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge». Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Elsevier; 2012. p 211-215.
4. Couty E, Cecchi-Tenerini R. Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport de la Commission remis au Ministre de la Santé et des Sports. 2009
5. Sartorius N. Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. British Journal of Psychiatry. 1997;170(4):297-297.
6. Biarez S. Une politique publique: la santé mentale (1970-2002). Revue Française d'Administration Publique. 2004;(3):517-531.
7. Piel E, Roelandt J-L. De la psychiatrie vers la santé mentale. VST-Vie Sociale et Traitements. 2001;(4):9-32.
8. Giordana J-Y. Stigmatisation et auto-stigmatisation des patients atteints de pathologies psychiatriques comme obstacles aux soins somatiques. Pratiques En Santé Mentale. 2013;59(2):41-44.
9. Goffman E, Kihm A. Stigmate: les usages sociaux des handicaps. Editions de minuit Paris; 1975.
10. Finzen A, Hoffmann-Richter U. Mental illness as a metaphor. 2004
11. Giordana J-Y. Qu'est-ce que la stigmatisation? Stigmatisation en Psychiatrie et en Santé Mentale. 2010;7.
12. Scheper-Hughes N, Lock MM. The mindful body: A prolegomenon to future work in

- medical anthropology. *Med Anthropol Q.* 1987;1(1):6-41.
13. Giovannoni JM, Gurel L. Socially disruptive behavior of ex-mental patients. *Archives of General Psychiatry.* 1967;17(2):146-153.
 14. Daumerie N, Vasseur Baclet S, Giordana J-Y, Bourdais Mannone C, Caria A, Roelandt J-L. La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. *L'Encéphale.* 2012;38(3):224-231.
 15. Giordana J-Y. Une nouvelle voie de recherche: l'étude Indigo..(en collaboration) dans: *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale.* France: Masson. 2010;18-24.
 16. Drake RJ, Haley CJ, Akhtar S, Lewis SW. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry.* 2000;177(6):511-515.
 17. Winnicott Donald W. *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris Payot. 1969;
 18. Oury J. Transfert et espace du dire. *L'information Psychiatrique.* 1983
 19. Van Andel P, Bourcier D. De la sérendipité dans la science, la technique, l'art et le droit: leçons de l'inattendu. *L'act mem;* 2009.
 20. Catellin S. Sérendipité. *Bulletin de la Société Française pour l'Histoire des Sciences de l'Homme.* 2003;25:27-32.
 21. Hubert A. *Nourritures du corps, nourritures de l'âme: Emotions, représentations, exploitations.* 2006.
 22. Durif-Bruckert C. *La nourriture et nous. Corps imaginaires et normes sociales.* Armand Colin. Paris.2007
 23. INSEE. analyse démographique Bergues.
http://insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=2&sous_theme=0&typegeo1=COG&typesearch=territoire&search1=COM+-+Bergues+%2859067%29&territoire=OK. 2012.
 24. Jodelet D, Moscovici S. *Folies et représentations sociales.* Presses universitaires de

France; 1989

25. Jodelet D. Les représentations sociales dans le champ de la culture : Social representations. Social science information .Sage Publications; 2002. p. 111-133.
26. David L. Les représentations de la santé mentale: frein à l'accès aux soins psychiatriques? L'expérience de l'enquête santé mentale en population générale à Dunkerque. Mémoire. 2008.
27. Caria A, Roelandt JL, Bellamy V, Vandeborre A. «Santé Mentale en Population Générale: Images et Réalités (SMPG)»: Présentation de La méthodologie d'enquête. L'Encéphale. 2010;36(3):1-6.

IX. Annexes

QUESTIONNAIRE SUR LES REPRESENTATIONS

A LIRE A L'ENQUÊTÉ

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux connaître l'idée que chacun peut se faire de la maladie mentale, de la folie, de la dépression et de la manière dont on peut les soigner.

Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Le mieux est de donner la réponse qui vous vient à l'esprit en premier. Si vous hésitez entre deux réponses, choisissez celle dont vous vous sentez le plus proche.

Il est important que vous répondiez à toutes les questions qui suivent.

ENTOURER L'ORDRE DE PASSATION DES QUESTIONS A, B, C (a, b, c, d, e ou f)
APRES VERIFICATION SUR LA FEUILLE DE ROUTE

a

A	1
B	2
C	3

b

A	1
B	3
C	2

c

A	2
B	1
C	3

d

A	2
B	3
C	1

e

A	3
B	1
C	2

f

A	3
B	2
C	1

NOTER DANS LA CASE CORRESPONDANTE, L'ORDRE DANS LEQUEL SONT
POSEES LES QUESTIONS A, B, C.

A	
---	--

Selon vous, qu'est-ce qu'un fou ?

NOTER :

.....

.....

.....

B	
---	--

Selon vous, qu'est-ce qu'un malade mental ?

NOTER :

.....

.....

.....

C	
---	--

Selon vous, qu'est-ce qu'un dépressif ?

NOTER :

.....

.....

.....

A

B

C

Selon vous, quelqu'un qui :		Fou,	malade mental	dépressif	aucun des trois	normal	anormal	dangereux	peu dangereux
1a	- pleure souvent, et qui est la plupart du temps triste est :	<input type="checkbox"/>							
1b	- tente de se suicider est :	<input type="checkbox"/>							
1c	- prend régulièrement des drogues (cannabis, héroïne, cocaïne...) est :	<input type="checkbox"/>							
1d	- boit régulièrement des boissons alcoolisées est :	<input type="checkbox"/>							
1e	- bat régulièrement son mari ou sa femme ou ses enfants est :	<input type="checkbox"/>							
1f	- est violent envers les autres et les objets est :	<input type="checkbox"/>							
1g	- est violent envers lui-même est :	<input type="checkbox"/>							
1h	- délire, hallucine est :	<input type="checkbox"/>							
1i	- est déficient intellectuel, attardé est :	<input type="checkbox"/>							

COCHEZ UNE SEULE REPONSE PAR QUESTION EN A - B - C

A

B

C

Selon vous, quelqu'un qui :

	Fou	malade mental	dépressif	aucun des trois	normal	anormal	dangereux	peu dangereux
- fait des crises, des convulsions (chute, tremblements, bave, évanouissement,...) est :	<input type="checkbox"/>							
- a un comportement bizarre est :	<input type="checkbox"/>							
- a un discours bizarre, sans aucun sens est :	<input type="checkbox"/>							
- est négligé, souvent sale est :	<input type="checkbox"/>							
- est isolé, en retrait, cherche à être seul est :	<input type="checkbox"/>							
- est anxieux est :	<input type="checkbox"/>							
- commet un viol est :	<input type="checkbox"/>							
- commet un inceste est :	<input type="checkbox"/>							
- commet un meurtre est :	<input type="checkbox"/>							

- Selon vous, à quoi peut-on reconnaître à première vue :
CODER AU MAXIMUM 2 REponses PAR QUESTION

a - Un fou ? NOTER :

b - Un malade mental ? NOTER :

c - Un dépressif ? NOTER :

Codage

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
a - Selon vous, un fou est-il responsable de ses actes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - Selon vous, un malade mental est-il responsable de ses actes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c - Selon vous, un dépressif est-il responsable de ses actes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a - Selon vous, un fou est-il responsable de sa folie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - Selon vous, un malade mental est-il responsable de sa maladie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c - Selon vous, un dépressif est-il responsable de sa dépression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a - A votre avis, un fou sait-il qu'il est fou ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - A votre avis, un malade mental sait-il qu'il est malade mental ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c - A votre avis, un dépressif sait-il qu'il est dépressif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a - A votre avis, est-ce qu'un fou souffre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - A votre avis, est-ce qu'un malade mental souffre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c - A votre avis, est-ce qu'un dépressif souffre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a - A votre avis, est-ce que la famille d'un fou souffre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - A votre avis, est-ce que la famille d'un malade mental souffre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c - A votre avis, est-ce que la famille d'un dépressif souffre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a - Selon vous, un fou est-il exclu de sa famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - Selon vous, un malade mental est-il exclu de sa famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c - Selon vous, un dépressif est-il exclu de sa famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
a- Selon vous, un fou est-il exclu de son travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b- Selon vous, un malade mental est-il exclu de son travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c- Selon vous, un dépressif est-il exclu de son travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a- Selon vous, un fou est-il exclu de la société ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b- Selon vous, un malade mental est-il exclu de la société ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c- Selon vous, un dépressif est-il exclu de la société ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selon vous qu'est-ce qui peut rendre

CODER AU MAXIMUM 2 REPOSES PAR QUESTION

Codage

a - fou ? NOTER :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

b - malade mental ? NOTER :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

c - dépressif ? NOTER :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Selon vous, est-il possible de soigner

OUI NON

a - un fou sans médicament ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

b - un malade mental sans médicament ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

c - un dépressif sans médicament ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Selon vous, est-il possible de guérir

a - un fou ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

b - un malade mental ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

c - un dépressif ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Est-il possible de guérir complètement, totalement

a - un fou ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

b - un malade mental ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

c - un dépressif ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

	OUI	NON
5 a - Un fou peut-il guérir tout seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 b - Un malade mental peut-il guérir tout seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 c - Un dépressif peut-il guérir tout seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
11 - Pensez-vous que l'on doit soigner		
a - un fou qui ne le veut pas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - un malade mental qui ne le veut pas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c - un dépressif qui ne le veut pas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 - Connaissez-vous dans votre entourage quelqu'un qui est (ou a été)	OUI	NON
a - fou ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI OUI, pouvez-vous préciser (ami, famille, voisin, collègue...) ?	<i>Codage</i>	
NOTER :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OUI	NON
b - malade mental ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI OUI, pouvez-vous préciser (ami, famille, voisin, collègue...) ?	<i>Codage</i>	
NOTER :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OUI	NON
c - dépressif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI OUI, pouvez-vous préciser (ami, famille, voisin, collègue...) ?	<i>Codage</i>	
NOTER :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18 - Selon vous, comment peut-on soigner	<i>Codage</i>	
a - un fou ? NOTER :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - un malade mental ? NOTER :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c - un dépressif ? NOTER :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19 - Selon vous, quels genres de soins sont donnés dans un hôpital ou une clinique psychiatrique ?	<i>Codage</i>	
NOTER :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		OUI	NON
10a	- Connaissez-vous d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un fou ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI OUI :		
	Lesquels?		<i>Codage</i>
	NOTER :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		OUI	NON
10b	- Connaissez-vous d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un malade mental ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI OUI :		
	Lesquels?		<i>Codage</i>
	NOTER :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		OUI	NON
10c	- Connaissez-vous d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un dépressif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI OUI :		
	Lesquels?		<i>Codage</i>
	NOTER :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		OUI	NON
11	- Conseilleriez-vous à un de vos proches qui est		
	a - fou d'être hospitalisé à l'hôpital psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b - malade mental d'être hospitalisé à l'hôpital psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c - dépressif d'être hospitalisé à l'hôpital psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12	- Accepteriez-vous de soigner à la maison un de vos proches qui est		
	a - fou ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b - malade mental ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c - dépressif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13	- Feriez-vous une réunion de famille, avant de prendre une décision, concernant un de vos proches qui est		
	a - fou ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b - malade mental ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c - dépressif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 - Pensez-vous qu'une famille peut accueillir à nouveau un de ses membres (/enfant), soigné ou actuellement en traitement, qui a été :

- | | | | | | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a - fou ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | e - enfant malade mental ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| b - malade mental ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | f - enfant dépressif ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| c - dépressif ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | g - toxicomane ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| d - enfant fou ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | h - alcoolique ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| | | | i - violeur ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

- 25 - A la maison :
- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a - si un de vos proches est fou, sa présence est-elle une charge ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b - si un de vos proches est malade mental, sa présence est-elle une charge ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c - si un de vos proches est dépressif, sa présence est-elle une charge ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 26a - Si à la maison, un de vos proches est fou, à partir de quelles situations vous ne le supportez plus et faites appel à une aide extérieure ?
- NOTER :
- Codage*

- 26b - Si à la maison, un de vos proches est malade mental, à partir de quelles situations vous ne le supportez plus et faites appel à une aide extérieure ?
- NOTER :
- Codage*

- 26c - Si à la maison, un de vos proches est dépressif, à partir de quelles situations vous ne le supportez plus et faites appel à une aide extérieure ?
- NOTER :
- Codage*

- 27a - Si un de vos proches (famille ou ami) est fou, qui lui dites-vous d'aller voir ?
- NOTER :
- Codage*

- 27b - Si un de vos proches (famille ou ami) est malade mental, qui lui dites-vous d'aller voir ?
- NOTER :
-

- 27c - Si un de vos proches (famille ou ami) est dépressif, qui lui dites-vous d'aller voir ?
- NOTER :
-

SI LE SUJET N'A PAS D'ENFANT, PASSER A LA QUESTION 28 b

28 a - Si votre enfant/un de vos enfants a des troubles mentaux, qui allez-vous voir ? Codage
 NOTER :

28 b - Selon vous, les enfants avec des problèmes psychologiques doivent-ils être admis dans les mêmes lieux (crèches, écoles....) que les autres enfants ? OUI NON

28 c - Pensez-vous qu'un enfant maltraité peut rester dans sa famille, si cette famille est aidée psychologiquement et socialement ?

Imaginez que vous n'êtes pas bien dans votre peau. Vous avez des difficultés dans votre vie. Vous êtes dans une situation de mal-être et de malaise. Vous ne savez plus où vous en êtes. Vous ne comprenez pas ce qui vous arrive... Vous êtes mal dans votre tête...

29 - Qui allez vous voir en premier ? Codage
 NOTER :

30 - Concernant la personne que vous allez voir, qu'est-ce qui est le plus important pour vous ? Codage
 NOTER :

31 - Etes-vous déjà entré(e) dans un hôpital psychiatrique ou un service de psychiatrie ? OUI NON

32 - Avez-vous déjà pris des médicaments pour les nerfs, pour la tête (tranquillisants, somnifères, antidépresseurs, autres...) ? OUI NON

OUI :

32 a - Pour quel(s) problème(s) Codage
 NOTER :

32 b - Quel(s) médicament(s) ?
 NOTER :

32c - En prenez-vous encore aujourd'hui ? OUI NON

OUI :

32d - Quel(s) médicament(s) ? Codage
 NOTER :

33 - Avez-vous déjà été soigné(e) pour folie ? OUI NON
SI OUI :
33 a - Comment ? *Codage*

NOTER :
33 b - En avez-vous été satisfait(e) ? OUI NON
33 c - Actuellement, êtes-vous encore soigné(e) pour folie ? OUI NON

34 - Avez-vous déjà été soigné(e) pour maladie mentale ? OUI NON
SI OUI :
34 a - Comment ? *Codage*

NOTER :
34 b - En avez-vous été satisfait(e) ? OUI NON
34 c - Actuellement, êtes-vous encore soigné(e) pour maladie mentale ? OUI NON

35 - Avez-vous déjà été soigné(e) pour dépression ? OUI NON
SI OUI :
35 a - Comment ? *Codage*

NOTER :
35 b - En avez-vous été satisfait(e) ? OUI NON
35 c - Actuellement, êtes-vous encore soigné(e) pour dépression ? OUI NON

36 - Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ? OUI NON
SI OUI :
36 a - La poursuivez-vous encore actuellement ? OUI NON

Maintenant, pour conclure cette première partie, je voudrais vous demander à nouveau :

ENTOURER L'ORDRE DE PASSATION DES QUESTIONS 37A, B, C (a, b, c, d, e ou f)
C'EST LE MEME QU'EN PAGE 2, AU DEBUT DU QUESTIONNAIRE

a

A	1
B	2
C	3

b

A	1
B	3
C	2

c

A	2
B	1
C	3

d

A	2
B	3
C	1

e

A	3
B	1
C	2

f

A	3
B	2
C	1

NOTER DANS LA CASE CORRESPONDANTE, L'ORDRE DANS LEQUEL SONT POSEES LES QUESTIONS 37A, B, C.

37A	
-----	--

Selon vous, qu'est-ce qu'un fou ?

NOTER :

.....

.....

37B	
-----	--

Selon vous, qu'est-ce qu'un malade mental ?

NOTER :

.....

.....

37C	
-----	--

Selon vous, qu'est-ce qu'un dépressif ?

NOTER :

.....

.....

3- Vous considérez-vous comme :

a – fou ?

OUI NON

b – malade mental ?

c – dépressif ?

d – aucun des trois ?

J.B. Martin.

Regards croisés. Etude du dispositif d' Hopital de Jour itinérant « La Roulotte », implanté dans la cité de Bergues depuis 2008.

Questionnaire semi-directif pour acteurs/représentants de la ville de Bergues :

Q.1- Avez-vous déjà été confronté à des personnes souffrant de troubles psychiatriques ?
Qu'avez-vous pensé de lui/ elle ? Les soins (la réponse) apportés vous ont-ils paru satisfaisants ?

Q.2- Savez-vous comment sont organisés les soins psychiatriques pour la population de Bergues ?

Q.3- Connaissez-vous l'Hopital de Jour « La Roulotte » ? L'antenne CMP/ CATTP de Bergues ? Si oui, à quoi servent-ils selon vous ? Selon vous, répondent-ils à des besoins ?

Q.4- Que manque-t-il, selon vous, comme réponse au handicap psychique ?

Mémoire DIU Santé mentale dans la communauté : « Regards croisés sur les représentations sociales autour de la santé mentale, à travers l'étude de l'hôpital de jour itinérant du secteur 59G02, implanté dans la cité. »

Année universitaire 2013-2014

Auteur : Jean-Baptiste Martin.

Tutorat : Aude Caria.

Résumé du mémoire : L'hôpital de jour itinérant « La Roulotte », développé depuis 2008 sur le secteur de psychiatrie adulte du 59G02, est un dispositif innovant offrant un espace transitionnel pour favoriser, « au-delà des murs », la réintégration citoyenne de patients souffrants de handicaps psychiques sévères. Les soins de réhabilitation s'effectuent sur plusieurs lieux d'accueil dont l'un est situé dans la ville de Bergues. Quelles sont les spécificités de cet hôpital de jour ? L'approche humaniste développée a-t-elle influencé le regard porté sur la maladie mentale ? Afin de répondre à ces questions, j'ai réalisé une enquête qualitative grâce à la passation d'un questionnaire semi-directif issu de l'enquête SMPG, auprès de 11 acteurs-clé de la cité bergoise. Les résultats suggèrent, de façon concordante avec ceux de l'enquête SMPG, que la représentation du dépressif s'oppose clairement aux représentations sensiblement proches du « fou » et du « malade mental ». Le médecin généraliste reste le coordonnateur central de la prise en charge de la souffrance psychique de la population. Sur le site étudié, l'hôpital de jour itinérant bénéficie d'une image positive et son intégration y est réussie. Toutefois, ces représentations collectives concernant le malade psychique semblent aujourd'hui encore être une source de souffrance pour les usagers. Les dispositifs implantés dans la cité semblent utiles à une restauration plus favorable des représentations et limiteraient les processus de discrimination anticipée.

Mots-clés : hôpital de jour itinérant, représentations sociales, maladie psychique, stigmatisation, discrimination, santé mentale communautaire.