

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 2018

**Comment les représentations sociales de la maladie mentale du personnel en EHPAD
impactent leur travail.**

Benjamin VINNAC

Tutorat : Aude Caria

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier le CCOMS, les universités de Lille 2, Marseille et Paris pour leur formation tout au long du DIU. Cette formation m'a vraiment permis et me permettra encore, je n'en doute pas, de m'ouvrir à d'autres aspects de la psychiatrie, à sortir des sentiers battus.

Merci beaucoup à Mme Willemen, cadre de santé sur le secteur d'Armentières, pour votre accueil et votre écoute. Sans votre participation et votre enthousiasme, ce projet n'aurait probablement pas vu le jour. Merci d'ailleurs à l'équipe du secteur d'Armentières pour mon accueil !

Merci à ma tutrice de mémoire, Aude Caria, pour sa pertinence sa sagesse sa patience son savoir... et toutes ses qualités qui m'ont permis de m'éclater à écrire ce mémoire et à poursuivre ce travail encore plus loin je l'espère !

Spéciale dédicace à tous mes petits camarades de promo de DIU de cette année, tellement d'échanges, de bonheur, de fou rire, de travail durant cette année j'espère que l'on pourra se retrouver pour discuter encore !

Enorme pensée pour mon pied gauche qui a vraiment fait un effort incroyable tout au long de l'année notamment dans le métro parisien et qui n'a jamais faibli face à l'adversité...

Merci à Antoine pour l'animation des focus group, pour tes conseils et tes remarques !

Merci à Margot Saloperie (oui j'ai osé !) pour nos sessions travail à la fédé, pour ton point de vue éclairant sur mon travail.

Merci à la fédé et à mon représentant quali PIM !

Que de merci mais merci surtout à ma famille (poutoux à ma grosse et à mes parents principalement) et je pense forcément à mes grands-mères lors de la rédaction de ce mémoire au vue des évènements récents et à venir...

Merci à mes amis et à tous ceux que j'aurais pu oublier... !

Sommaire :

I. Introduction.....	p.4
II. Définir la stigmatisation.....	p.6
a. Représentation sociale.....	p.6
b. Stigmatisation.....	p.7
c. Aspect multiple et dynamique.....	p.10
d. La stigmatisation chez la personne âgée.....	p.11
e. La stigmatisation chez les personnes souffrant de trouble mental.....	p.13
f. Lien entre stigmatisation et travail : quel impact ?.....	p.14
III. Une brève histoire de l'institution	p.15
IV. Formation du personnel en EHPAD.....	p.17
V. Etude qualitative des représentations sociales de la maladie mentale :.....	p.20
a. Méthode.....	p.20
b. Caractéristiques des groupes.....	p.22
c. Analyse des verbatim.....	p.25
i. 1 ^{er} focus group.....	p.25
1. représentation de la violence.....	p.25
2. représentation sociale.....	p.30
3. représentation des pratiques.....	p.32
ii. 2 ^e focus group.....	p.37
1. représentation de violence.....	p.37
2. représentation sociale.....	p.41
3. représentation des pratiques.....	p.42
d. Synthèse de l'analyse des verbatim.....	p.45
e. Critiques de l'étude.....	p.47
VI. Conclusion.....	p.48

I) Introduction

La lutte contre la stigmatisation est un des combats les plus importants à mener afin de permettre l'intégration des personnes subissant cette injustice.

Je me suis très tôt intéressé à la personne âgée ayant travaillé durant mes premières années de médecine en EHPAD en tant qu'aide-soignant, et j'ai pu observer le comportement de mes collègues à l'époque, essayant le plus possible, de se montrer bienveillants avec leurs résidents et ce malgré les difficultés institutionnelles. Faute de temps, personnel en effectif réduit, peu de personnel médical... Beaucoup de problèmes peuvent être soulevés au sein de ces établissements. Seulement, la population actuelle grandit, vieillit et les solutions restent très précaires. En 2050, une personne sur 3 aura plus de 60 ans selon l'Insee (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>) et l'accueil au sein de ces structures pour nos aînés les plus en difficulté reste un sujet sensible.

La stigmatisation la plus présente dans notre société occidentale actuelle est ce que l'on appelle l'âgisme. Ce terme fût créé en 1969 par un gérontologue américain, Robert Butler (<http://www.agisme.fr/spip.php?article10>), qui initialement faisait référence aux discriminations subies par les personnes âgées et qui, par la suite, a évolué pour reprendre l'ensemble des discriminations en lien avec l'âge de la personne qui la subit. Cette stigmatisation est présente dans notre quotidien que ça soit dans des affiches publicitaires, des discours de politiciens ou toute autre corporation, dans l'accès à ses droits les plus fondamentaux... Une fois placée en institution d'hébergement, le phénomène bien souvent s'amplifie puisque vient s'ajouter à cet âgisme, la maladie, le handicap, l'isolement...

Ma formation initiale de psychiatre m'a également permis de m'intéresser à la stigmatisation presque inhérente à l'exercice de ma profession. Qu'il s'agisse des usagers ou de certains professionnels de santé, beaucoup d'idées préconçues restent à ce jour très présentes et demeurent particulièrement difficiles à combattre. Les pathologies dites chroniques telles que la schizophrénie sont particulièrement touchées par ces schémas de pensée et qui sont d'ailleurs décrits par l'OMS comme l'obstacle le plus important pour un accès à des soins de qualité (C. Clesse and others 2016). Que se passerait-il si les usagers de psychiatrie se

mettaient à vieillir et devaient, du fait des multiples raisons médicales possibles liées au processus de vieillissement, aller vivre en EHPAD ? Le phénomène est pourtant déjà en marche... Et heureusement !

A double stigmatisation, personne âgée et maladie psychique, double peine ?

Mon travail en psychiatrie de liaison dans certains EHPAD m'a particulièrement marqué et m'a questionné sur la formation des professionnels travaillant dans ces structures. Durant mes échanges avec les équipes, les mêmes questions revenaient souvent « est-il fou ? », « est-elle dangereuse ? », ou des réflexions récurrentes « elle pleure tout le temps »... Ce constat m'a alors conduit tout naturellement à me questionner sur leurs connaissances des pathologies et leurs représentations de la psychiatrie. En m'appuyant dans un premier temps sur la description des représentations sociales de la maladie mentale issues de l'étude *Santé Mentale en Population Générale (J.-L. Roelandt and others 2010)*, j'ai voulu comparer les représentations des personnels d'Ehpad avec celles de la population générale et voir si ces représentations avaient un impact (positif, ou négatif) sur leur travail du quotidien. Puisque le travail et les représentations sociales s'impactent tous les deux et dans les deux sens.

A double impact, double stigmatisation, quadruple peine ?

Ce premier travail constitue la première étape dans la réalisation de ma thèse de médecine. J'ai pu travailler en collaboration avec le service de psychiatrie d'Armentières (59G18) pour réaliser des focus groupes, afin de recueillir le ressenti de professionnels travaillant dans diverses EHPAD. En effet, le secteur G18 d'Armentières propose depuis plusieurs années, des journées de formation et sensibilisation à la psychiatrie du sujet âgée à l'intention de l'ensemble du personnel travaillant en EHPAD (personnel soignant et personnel administratif). Il n'existe, à ma connaissance, que très peu de formations spécifiquement dédiées au personnel travaillant en EHPAD en France, et le secteur du G18 a été un des premiers à s'intéresser à cette problématique du fait d'une collaboration très étroite avec plusieurs EHPAD de la région. Ce premier travail qualitatif me servira de base pour, par la suite, effectuer un travail plus quantitatif, via un questionnaire évaluant les représentations sociales de la maladie mentale, des pratiques des professionnels en EHPAD et de leur ressenti concernant la collaboration avec les psychiatres.

II) Définir la stigmatisation

Définir la stigmatisation est un sujet complexe et vaste puisqu'elle regroupe plusieurs approches et a évolué au fil du temps. Il s'agit pour l'essentiel d'un processus social alliant plusieurs autres concepts comme l'étiquetage social et la discrimination, la déviance et la normalisation des comportements, la vulnérabilité et les rapports de pouvoirs, la représentation sociale et l'identité même de la personne. La stigmatisation peut se concevoir comme un ensemble de couches successives dont un des points de départ se situe sur la notion de représentation sociale (*"être" psychiatre : clichés, réalités et perspectives. Deborah Sebbane s. d.*).

a. Représentation sociale

On retrouve beaucoup d'études qui se sont intéressées aux liens directs et étroits entre la notion de représentation sociale de la maladie mentale et les comportements ou attitudes qu'elle pouvait induire (*J.-L. Roelandt and others 2010*).

Représenter vient du latin *repraesentare* signifiant rendre présent. Le concept de représentation sociale a été l'objet d'étude de plusieurs spécialités telles que la philosophie, la psychologie, la sociologie... et montre ainsi sa richesse. Emile Durkheim, sociologue français, fut le premier à introduire cette notion de représentation en 1912, qu'il appelait « collectives ». « *Les premiers systèmes de représentations que l'homme s'est fait du monde et de lui-même sont d'origine religieuse* » selon ce dernier. D'après D. Jodelet (*"être" psychiatre : clichés, réalités et perspectives. Deborah Sebbane*) « *Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal.* »

De par leur nature, les représentations sociales vont constituer un ensemble de connaissances communes à propos d'un objet donné, mais vont aussi guider en partie nos positionnements idéologiques, théoriques, nos pratiques professionnelles et enfin nos actions et comportements. A terme, elles possèdent aussi une fonction de justification dont l'intérêt est

de proposer une normalisation dans l'après-coup de l'ensemble des idées, actions et comportements que nous adoptons au quotidien.

Il semble donc nécessaire de comprendre les représentations sociales propres à chacun puisque le mécanisme de stigmatisation émerge en présence d'un décalage entre les représentations sociales et la réalité engendrant par conséquent un phénomène discriminatoire (Clesse et al. 2016). « *Les représentations sociales sont des systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, qui orientent et organisent les conduites et les communications sociales. Les représentations sociales sont des phénomènes cognitifs engageant l'appartenance sociale des individus par l'intériorisation de pratiques et d'expérience, de modèles, de conduites et de pensées* » selon D. Jodelet, propos qui illustre encore une fois l'importance que peuvent avoir ces représentations sociales dans notre quotidien.

b. Stigmatisation

Les « stigmates », les « préjugés » et les « stéréotypes » interviennent dans les représentations sociales et provoquent des attitudes d'acceptation ou de rejet d'un individu, au sein même de son groupe d'appartenance, ou au sein d'un autre groupe. Ces phénomènes interviennent d'autant plus que ces représentations concernent la santé et les maladies mentales. Il importe de définir ces notions pour tenter de mieux comprendre le concept complexe de stigmatisation.

b.1. stigmates

En grec ancien, « *stizein* » signifiait « tatouer », « marquer au fer rouge », et « *stigma* » renvoyait à la marque physique d'identification que l'on imprimait au fer sur la peau des esclaves de la Grèce Antique, pour indiquer au reste de la société leur statut inférieur ou leur moindre valeur en tant que membres de cette société. Il désignait aussi les marques faites aux recrues militaires dans l'Empire Romain (Giordana J-Y. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Masson; 2010.). Du grec, le terme est passé au latin « *stigmata* » : marques imprimées aux esclaves et marque d'infamie, puis est apparu dans les langues modernes. Le terme s'applique aujourd'hui « plus à la disgrâce elle-même qu'à sa manifestation corporelle ». C'est alors la moralité supposée entachée de la personne qui donne consistance au stigmate, la marque devenant à proprement parler symbolique, symbole.

Le terme de stigmat peut également revêtir une connotation plus « positive » notamment celles que l'on retrouve sur le corps du Christ après sa crucifixion. Les marques sur ses paumes et sur ses pieds symbolisent une vie de souffrance mais aussi une vie remarquable sur le plan spirituel et religieux, signe d'élection. Il emprunte alors une consonance sacrée conférée par les saintes écritures.

Rapidement, cette marque a revêtu un aspect péjoratif. Vers la fin du Moyen-Âge, ce mot a pris le sens d'une diffamation publique. Nous pouvons évoquer 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 « stigmat » a infiltré le vocabulaire médical (fin XIXe début XXe), il désigne alors un « état morbide peu apparent » (1847) ou « des traces laissées par une maladie » (1904). Le stigmat correspond donc à un indice apparent, révélant chez l'individu un état et un passé considéré comme dégradant. Depuis la lèpre, d'autres maladies ont été fortement stigmatisées : la tuberculose, le cancer, le sida, les maladies mentales.

Erving Goffman, sociologue canadien (1922-1992), distingue trois grandes catégories de stigmates (*Goffman E. Stigmat : Les usages sociaux des handicaps. 1963*) :

- Les stigmates corporels : les handicaps physiques, les troubles de la vision (myopie, Cécité...), les défauts du visage ou du corps (difformité, nanisme...)
- Les stigmates tenant à la personnalité et/ou passé de l'individu : troubles du caractère, séjour passé dans un hôpital psychiatrique, éthyisme chronique.., dans certaines situations socio-historiques ce peut être le discrédit attaché à la femme divorcée, au chômeur, à l'homosexuel...
- Les stigmates « tribaux » qui correspond à la race, à la religion ou à la nationalité et peuvent être transmis de génération en génération : le cas des Noirs au USA en est le meilleur exemple.

Goffman met aussi l'accent sur le caractère « dynamique » de la construction et du maniement du stigmat, en distinguant plusieurs moments dans cette dynamique, parmi lesquels : le contrôle par le détenteur du trait de l'information le concernant (paroles, gestes, autres signes..) ; le jugement porté par l'autre sur le détenteur du trait (« déviant », « malade mental ») ; et la réaction qui suit le jugement (exclusion, pitié, gêne, embarras...)

Le « stigmaté » est donc nécessairement « social et relationnel » : « le normal et le stigmatisé ne sont pas des personnes mais des points de vue. Les attributs stigmatisants (que possèdent quelqu'un) ne déterminent en rien la nature des deux rôles : ils ne font que définir la fréquence avec laquelle doit jouer l'un ou l'autre ». Nous retiendrons ainsi la définition de Goffman selon laquelle le stigmaté répond à une « construction sociale ».

b.2. Les préjugés

La relation entre le stigmatisateur et le stigmatisé est médiatisée par un jugement « a priori » que les psychosociologues ont tenté de conceptualiser sous le label de préjugé. Un préjugé est « une attitude négative ou une disposition à adopter un comportement négatif envers un groupe, ou envers les membres de ce groupe, qui repose sur une généralisation erronée et rigide ». (Allport G. *The Nature of Prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesley cité depuis *“être” psychiatre : clichés, réalités et perspectives*. Déborah Sebbane)

Pour Dovidio et Gaertner, « les préjugés sont économiques, commodes et efficaces, facilitateurs de la communication sociale en même temps qu'activateurs épistémologiques de la pensée vulgaire ». (Dovidio JF, Gaertner SL. *Prejudice, discrimination and racism*. NewYork, 1986 cité depuis *“être” psychiatre : clichés, réalités et perspectives*. Déborah Sebbane).

Fisher définit quant à lui le préjugé comme « une attitude de l'individu comportant une dimension éducative, souvent négative, à l'égard des types de personne ou de groupes, en fonction de sa propre appartenance sociale ». Cet auteur ajoute qu'il s'agit d'une disposition acquise dont le but est d'établir une différenciation sociale. Les préjugés font appel à l'inconscient et aboutissent à un jugement pré-élaboré. Ils génèrent ainsi des attitudes négatives de discrimination, de rejet et d'exclusion. Il n'en est pas forcément de même pour les stéréotypes. (Fisher GN. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris: Dunod; 1987.)

b.3. Les stéréotypes

Pour Leyens, les stéréotypes sont « des théories implicites de personnalité, que partage l'ensemble des membres d'un groupe, à propos de l'ensemble des membres d'un autre groupe et du sien propre ». Pour lui, contrairement aux préjugés, « les stéréotypes ne sont pas nécessairement négatifs » et leur fonction est « de rendre l'environnement complexe dans

lequel on vit, plus compréhensible et prévisible ». (*Leyens JP. Sommes-nous tous des psychologues? Liège: Mardaga; 1983.*)

Connaître les stéréotypes, c'est permettre de donner un sens à ce que quelqu'un fait et à ce que nous observons à son égard, en le reliant à une catégorie de personne.

b.4. Stigmatisation et discrimination

Selon Thornicroft, la stigmatisation est un terme global qui comporte trois aspects majeurs : les problèmes de connaissance (ignorance), d'attitude (préjudice) et de comportement (discrimination). (*Thornicroft et al. 2007*)

Selon Link et Phelan (*Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. Annu Rev Sociol. 2001*), le mécanisme de stigmatisation est un cercle vicieux qui consiste à étiqueter, stéréotyper, séparer, discriminer et priver de pouvoir un groupe social. D. Jodelet (*Jodelet D. Postface. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Masson. 2010*) énonce qu'aujourd'hui, un consensus se dégage autour d'une conceptualisation du processus de la stigmatisation où font système plusieurs dimensions :

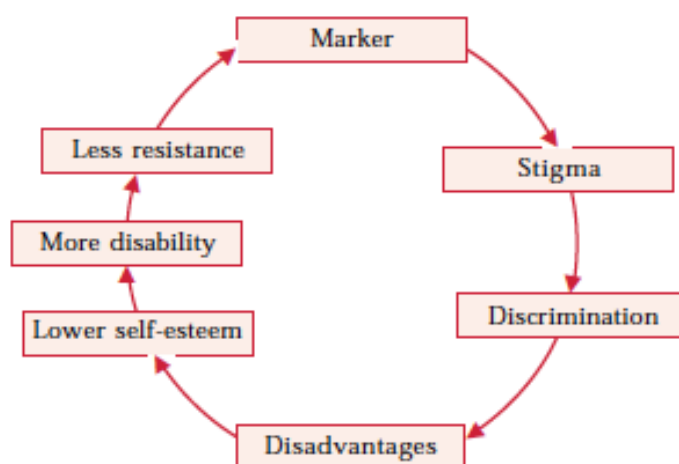
- d'abord, ses dimensions symboliques : nomination, étiquetage, attribution de traits catégoriels relevant du stéréotype ou du préjugé
- puis, ses dimensions pratiques : disqualification, ségrégation, distance et exclusions sociales
- ensuite, ses liens avec les contextes de vie et les situations d'interaction
- et enfin, son association à la distinction entre « eux » et « nous », et aux relations de pouvoir.

Le rôle de la représentation sociale dans l'élaboration des conduites a été peu étudié, dans la mesure où les études réalisées ont pour objet le recueil du discours et ne permettent pas d'analyser directement l'impact de l'une sur l'autre.

Selon C. Herzlich, l'orientation des conduites constitue toutefois une des fonctions essentielles et spécifiques de la représentation, "à condition de ne pas donner à la notion d'orientation le sens d'un lien simple et direct manifestant un impact univoque de la représentation sur les conduites" (*Herzlich C. : Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, Mouton 1969*)

c. Un concept multiple et dynamique

Il apparaît donc que le concept de stigmatisation est à la fois complexe multiple et difficilement cernable en quelques lignes. Cet aspect mériterait d'être plus longuement développé mais dans un souci de synthétiser quelque peu notre approche, nous pouvons nous rattacher au concept, peut être quelque peu simple par sa forme mais suffisamment explicite, développé par Sartorius (*"être" psychiatre : clichés, réalités et perspectives. Deborah Sebbane*) qui caractérise le processus de stigmatisation comme suit :



d. La stigmatisation chez la personne âgée

L'allongement de la durée de la vie représente une victoire sans précédent pour l'humanité, pour laquelle se sont battues les générations qui nous ont précédés. A 60 ans, l'espérance de vie est de 27 ans pour les femmes et 22,2 ans pour les hommes (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906668?sommaire=1906743>). Or, ce phénomène heureux, pour lequel il y aurait lieu de se réjouir, fait figure de catastrophe. Car la réalité démographique s'accorde mal avec le contexte économique et social en place. Il est désormais communément admis de parler du « poids économique » que représentent les personnes âgées, et ce, à travers deux aspects : le système de retraites et le système de soins (*"Personne âgée : quelles représentations sociales ? Hier et aujourd'hui", Jacqueline Trincas*).

La crise du système est « inéluctable ». Le prélèvement sur l'activité économique sera « considérable ». Qui paiera ?

Les retraites profiteraient-ils d'un système qui ne peut perdurer ? Les plus jeunes, « génération sacrifiée » (*Saint Etienne, 1993*), se sentent « lésés » et les actifs « ponctionnés ». Les fondements de la cohésion sociale et de la solidarité entre générations en sont profondément ébranlés.

En ce qui concerne le système de soins, les discours sont eux aussi alarmistes et consensuels. Un discours pessimiste conduit à faire de la vieillesse un synonyme de handicap, de maladie et mène logiquement à poser la question du coût de cette dépendance et de cette démence, renforçant l'image écrasante du poids économique des vieux, avec le risque, prédisent certains sociologues (*Chauvel, 1998*), d'une « guerre des générations ». Ce contexte toutefois revêt de très grandes disparités. Concernant le genre tout d'abord : entre 85 et 89 ans, il y a 250 femmes pour cent hommes et l'écart s'accroît très vite au-delà de 90 ans (*Personne âgée : quelles représentations sociales ? Hier et aujourd'hui, Jacqueline Trincas*). Pour l'expliquer, on avance des causes sociologiques, la médicalisation plus grande des femmes, les modes de vie différents (tabac, alcool...), mais soulignons qu'économiquement leurs ressources sont plus faibles.

Concernant les revenus : si les retraites, dans leur ensemble ont un pouvoir de consommation plus important que leur poids démographique, il convient de rappeler que 700 000 personnes touchent l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées. Et nul n'ignore l'impact de l'appartenance socioculturelle sur l'espérance de vie et les inégalités de santé. Les catégories placées au bas de la hiérarchie sociale ont une vieillesse plus difficile car marquée par davantage d'incapacités.

« Les avantages et handicaps acquis durant la vie active continuent de s'exprimer au cours du vieillissement jusqu'à la date de la mort. Le risque de démence est 1,9 fois plus élevé chez le sujet ayant un bas niveau d'étude » (Fassin et coll., 2000).

Au niveau sociétal, il est communément admis de dire qu'à la ségrégation des sexes a succédé la ségrégation des âges. Hors de la sphère familiale, jeunes et vieux ne se côtoient plus.

Chacun vit sur des espaces différents dans des temps séparés. Le psychiatre Jean Maisondieu n'hésite pas à écrire que notre société pratique « l'apartheid de l'âge, avec une férocité d'autant plus redoutable qu'elle est inconsciente, y compris chez ceux qui en sont les victimes » (*Maisondieu, 1991*).

Pourquoi effectivement les personnes âgées prendraient-elles les transports aux heures de pointe quand ils sont envahis par les écoliers et les travailleurs ? Pourquoi partiraient-elles en vacances quand les sites sont accaparés par les familles ? Elles sont fortement encouragées à ne pas le faire, notamment par des incitations à consommer des loisirs qui leur sont spécifiquement destinés.

Les migrations inter-régionales pour raisons professionnelles, l'étroitesse des logements urbains contribuent à la mise à distance. L'isolement s'accroît avec l'âge : plus de 25 % des

personnes de 60 ans et plus vivent seules (*Personne âgée : quelles représentations sociales ? Hier et aujourd'hui, Jacqueline Trincaz*).

La méconnaissance de cet âge de la vie entraîne la crainte et le rejet de la part des plus jeunes, et vient renforcer les stéréotypes qui ont jalonné l'Histoire. Et ce, d'une manière d'autant plus forte que, dans une société dominée par le jeunisme, la vieillesse se situe en contre-valeurs.

Le vieux est celui qui rassemble en lui tous les moins : moins de beauté, de sante, de dynamisme, de performance, de rentabilité, d'adaptabilité... Caractérise par la lenteur, elle-même associée à la faiblesse quand le rapport au temps est à vivre d'une manière trépidante et regard rive sur la montre, le vieux a aussi « hérité de la mort ».

Si au XIXe siècle, celle-ci était portée par tous les âges de la vie, aujourd'hui 82 % des décès concernent des personnes de plus de 65 ans. La mise à distance ne serait-elle pas aussi dictée par le besoin de se protéger de l'angoisse qu'elles font naître dans une société thanatophobe, qui ne sait plus « apprivoiser la mort » (*Aries, 1975*) ?

e. La stigmatisation chez les personnes souffrant de trouble mental

Il apparaît que « la stigmatisation des personnes souffrant de trouble mental » 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 (*Roelandt et al. 2010*). 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 » (Giordana J-Y. *Qu'est-ce que la stigmatisation? Stigmatisation en Psychiatrie et en Santé Mentale*. 2010.).

Il existe ainsi de nombreux préjugés relatifs aux personnes ayant une maladie psychique : elle serait incurable ; elle s'aggraverait progressivement et fatalement ; Les schizophrènes seraient violents et dangereux ; La promiscuité avec des malades mentaux 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, notion que l'on retrouve également chez le déprimé. Ces maladies seraient même 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.

f.Lien entre stigmatisation et travail : quel impact ?

De par leur nature, les représentations sociales vont constituer un ensemble de connaissances communes à propos d'un objet donné (Moscovici S. *La psychanalyse, son image, son public*. Paris : Presses Universitaires de France; 1976.), mais aussi, elles vont guider en partie nos positionnements idéologiques, théoriques, nos pratiques professionnelles et enfin nos actions et comportements (Abric JC. *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses universitaires de France; 1994.). Les représentations, qui en résultent, peuvent engendrer des comportements soit négatifs et aboutir à de la stigmatisation ou à l'inverse des comportements plutôt qualifiés de positifs. À terme (Clesse et al. 2016), elles possèdent aussi une fonction de justification dont l'intérêt est de proposer une normalisation dans l'après-coup de l'ensemble des idées, actions et comportements que nous adoptons au quotidien (Moscovici S. *Psychologie sociale des relations à autrui*. Paris : Nathan; 2000.).

Dans le champ du médical, la représentation du soignant évolue dans le temps (*Images du grand âge : impact des représentations sociales sur les soins et l'accompagnement* ; Mireille Balahoczky), avec ses acquisitions et grâce à ses expériences. Trop souvent, le soignant face à un vieillard souffrant et dépendant, est écrasé par les aspects les plus lourds de cette situation.

Les perspectives sont limitées, les interactions sont perturbées par la peur, la négation, la pitié ou la colère. La personne âgée devient une menace, par la projection de notre image future. De part et d'autre, le soignant et le vieillard sont envahis par des sentiments d'impuissance, de désespoir et d'inutilité. Ce qui rend toute rencontre stérile et toute approche impossible. Le soignant développe l'agressivité et la personne âgée présente l'apathie et le désengagement.

Il est alors intéressant de comprendre comment sont apparues les structures d'accueil pour les personnes âgées puisque l'histoire de cette institution répond directement à un besoin urgent de changement de société et peut éclairer sur certains aspects de leur stigmatisation...

III) Histoire de l'EHPAD : quelques rappels...

Il apparaît que cette institution que l'on nomme EHPAD s'inscrit dans un processus de transformation dans un contexte de pression sociale assez important. Nous ne ferons pas une analyse en profondeur de l'évolution des établissements d'accueil pour les personnes âgées mais nous essayerons d'en dégager une idée générale pour mieux comprendre le lien avec les représentations sociales intrinsèques à la problématique du vieillissement.

Une partie des origines de la construction de ces maisons de retraite se situe dans les hospices (*Fourcade - 2005 - De l'hospice à l'EHPAD passage d'un projet de soin à un projet de vie.*). En effet, les hospices d'après-guerre accueillaient très souvent les personnes âgées invalides et le « tout venant, les incurables » comme on disait à l'époque.

Ce phénomène s'explique par plusieurs facteurs. Tout d'abord, l'exode rural s'intensifie et les possibilités de logements pour les familles d'ouvriers deviennent de plus en plus difficiles, s'en suit quelque peu une perte du modèle familiale connu dans les campagnes où plusieurs générations se côtoient sous un même toit. Ces familles ouvrières n'avaient pas les moyens matériels d'accueillir ceux qui ne pouvaient plus ramener leur salaire à la maison, sans pour

autant avoir la possibilité de prendre un logement individuel. Les hospices se sont développés essentiellement pour répondre à ce type de besoins.

De même que les génération issues du Baby Boom n'ont eu de cesse que de pouvoir accéder à un logement indépendant le plus tôt possible après leur majorité, celles atteignant 65 ans n'étaient plus pressées, après leur cessation d'activité, de céder la place dans leur logement à leurs enfants, ou de rejoindre le logement de leurs enfants, deux scénarii parmi les plus fréquents dans la société d'avant-guerre.

Etayée par une volonté farouche de certaines catégories de personnes âgées de ne pas être à charge de ses enfants en cas de survenance de handicap ou de maladie, une « stratégie de l'anticipation » a justifié l'ouverture de la première génération de maison de retraite dans les années 60. Ces établissements avaient vocation à proposer une alternative aux personnes âgées rebutées par le milieu « hospicial » perçu comme asilaire et assistanciel et destiné essentiellement aux vieillards indigents et abandonnés ou « incurables ».

Ces premières maisons de retraite (*Villez 2007*) ont été créées à l'initiative soit des congrégations religieuses soucieuses d'évoluer par rapport à la tradition des œuvres hospitalières ou philanthropiques dont elles assuraient traditionnellement la gestion, soit des hôpitaux publics eux-mêmes désirant s'extraire de la gestion des seuls hospices, soit des caisses de retraite (telle que la Caisse nationale de retraite du Bâtiment et des travaux publics, CNRO, devenue récemment PROBTP), et plus rarement des municipalités.

Ces établissements s'étaient donnés pour vocation de n'héberger que des personnes valides, leur maintien dans les lieux en cas de perte d'autonomie n'était pas à l'ordre du jour. Ce sont les faits qui ont apporté le démenti le plus cinglant à ce postulat, car si les personnes affichaient au moment de leur admission une certaine validité, leur état de santé après quelques années de séjour pouvait se dégrader et les incapacités fonctionnelles faire leur apparition. C'est à cette réalité qu'a voulu répondre très partiellement la première politique dite de médicalisation des établissements par la création de places de section de cure médicale (*Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 art. 5* abrogée par *La réglementation décret n° 77-1289. du 22 novembre 1977* qui ne devait toutefois préciser que le nombre de ces places médicalisées ne devait pas excéder 25% de la capacité totale d'accueil de l'établissement.)

Cette restriction apportée au processus de médicalisation atteste de la volonté des pouvoirs publics de simplement faciliter le maintien sur place de personnes entrées valides et dont l'état de santé se serait dégradé en cours de séjour. Pendant près de vingt années, l'offre d'hébergement à caractère social s'est donc focalisée sur les seules personnes valides. Les hospices ne peuvent en effet être considérés comme social compte tenu de leur vocation à héberger non seulement les vieillards mais aussi et surtout les invalides, les incurables pour reprendre la terminologie de l'époque.

C'est en recherchant des solutions alternatives appuyées sur de nouvelles formes d'habitat que la notion de logements foyers en tant que structure d'accueil de personnes âgées est apparue dans les textes dans les années 60 à l'initiative du ministère du logement (*Circulaire du 30 juin 1966 Ministère du logement*). Ce nouveau concept inscrit dans la problématique du logement social doit être porté au crédit des conclusions du rapport de Pierre Laroque (<https://www.ehpa.fr/actualite/reedition-du-rapport-laroque-le-temps-passe-rien-ne-change/>.) publié en 1962 qui préconisait fortement le maintien à domicile et l'insertion sociale des personnes âgées tout en dénonçant le recours excessif à l'institutionnalisation de celles-ci. En cela le logement foyer apparaît comme une structure intermédiaire entre le domicile et l'établissement.

A partir de 1975, l'hospice disparaît officiellement avec la loi du 30 juin 1975 (<https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2003-6-page-23.htm>) où les députés et sénateurs donnent un délai de dix années aux pouvoirs publics pour assurer la transformation des hospices en maison de retraite médicalisée ou non. Une volonté de faire disparaître l'image dégradante du mouvoir s'inscrit dans l'état d'esprit de cette réforme. Il aura fallu attendre environ trente ans pour réaliser cet objectif avec la création en 2002 des EHPAD. (<https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2003-6-page-23.htm>)

IV) Formation du personnel en EHPAD :

Comme dans beaucoup d'institutions, on retrouve un nombre assez important de professionnels aussi bien dans le domaine médical et paramédical et du domaine administratif. Nous allons dans un premier temps lister l'ensemble du personnel au sein de cette structure puis, nous attacher à voir quelles sont leurs formations respectives.

Le personnel d'un EHPAD se compose en général :

- **d'un.e directeur/directrice d'établissement**, sa formation se fait soit depuis le service public hospitalier en passant par l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP ou actuelle Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, EHESP), soit depuis le public territorial par la filière administrative en ayant réussi le concours de Rédacteur ou d'Attaché, du secteur médico-social, par la filière sociale en possédant un diplôme d'infirmier, d'assistant social ou de conseiller socio-éducatif afin de préparer le CAFDES (Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale).
- **d'un.e médecin coordinateur/trice, qui est souvent soit médecin généraliste soit gériatre**, sa formation passe par la faculté de médecine avec un concours d'entrée à la fin de la première année et d'un concours pour la spécialité (concours de l'internat) à la fin de la sixième année. Durant ces années, l'étudiant devra travailler sur l'ensemble des spécialités médicales dont la psychiatrie et aura également la possibilité d'y effectuer un stage. Il effectue après sa spécialité de médecine générale avec la possibilité de passer le DESC de gériatrie pour devenir gériatre ou de passer des Diplômes Universitaires (DU) afin d'avoir une plus grande sensibilité au monde la gérontologie/gériatrie. Pour devenir médecin coordinateur, il est recommandé de passer le Diplôme Universitaire de médecin coordinateur ou d'avoir une capacité de gérontologie. Il est également possible pour l'interne de médecine générale d'effectuer un stage dans le champ de la santé mentale.
- **d'un.e psychologue**, sa formation passe par une faculté de psychologie avec parfois une formation de psychothérapeute en plus. Les thèmes principaux abordés sont la psychologie clinique (maladies mentales, troubles du comportement et leurs thérapies), la psychologie cognitive (fonctionnement de l'intelligence, de la mémoire, du langage) ou psychologie sociale et la psychologie du développement. Des stages sont également compris dans leur parcours.
- **d'un.e gouvernante**, veille au bon fonctionnement général des services logistiques et organise le travail des agents. Elle suit les prestations de la cuisine, de la lingerie et des services généraux. La gouvernante est responsable de la propreté des locaux.
- **d'infirmiers/infirmières diplômée d'Etat**, leurs parcours passent par une première année à

l'école d'infirmière (IFSI) à la fin de laquelle la réussite au concours leur permet de passer dans les années supérieures. Plusieurs modules devront être validés au cours de leurs cursus alternant entre formation théorique et stages à l'hôpital dont certains peuvent être effectués dans des lieux dédiés à la santé mentale (hôpitaux psychiatriques intersectoriel de secteur ou aux urgences, en centre médico-psychologique...). Leur formation est maintenant intégrée au système Licence Master Doctorat (LMD) permettant ainsi des équivalences et la possibilité pour d'autres filières d'intégrer la formation propre aux infirmiers. Il est également possible pour ceux et celles ayant déjà leur diplôme de devenir infirmier coordinateur/coordinatrice au sein des EHPAD en étant également titulaire d'un diplôme de cadre infirmier.

- **d'une équipe d'aides-soignants/soignantes et d'aides médico-psychologiques** faisant parfois fonction d'animateur/animatrice. La formation conduisant au diplôme professionnel d'aide-soignant comprend des périodes d'enseignement théorique et pratique en institut de formation et des stages cliniques, sur une durée totale de 10 mois. Le cursus complet de formation comprend 8 unités de formation composées de 8 modules de formation dispensés sous forme de cours magistraux, de travaux dirigés, de travaux de groupe et de séances d'apprentissages pratiques et gestuels et 24 semaines de stage, réalisées en milieu professionnel, que ce soit dans le secteur sanitaire, social ou médico-social, en établissement ou à domicile.

- **d'agents de services logistiques**

- **de kinésithérapeutes**, pour rentrer en école de kinésithérapie, deux possibilités existent soit en passant par la première année commune aux études de santé (PACES), ou la première année de licence en sciences mention «sciences et techniques des activités physiques et sportives» (STAPS). Sa formation s'inscrit dans le parcours Licence Master Doctorat (LMD) et dure 4 années au cours desquelles des cours théoriques et des stages sont dispensés. On ne retrouve pas de réelle formation spécifique à la santé mentale.

- **d'un.e pharmacien/pharmacienne**, la première année passe par le concours du PACES (première année commune aux études de santé), d'un premier cycle de 2 ans (2ème et 3ème année) consacré à l'étude du médicament et d'un 2ème cycle (4ème et 5ème année) où l'étudiant choisit son orientation de 3ème cycle et effectue de nombreux stages. Ainsi la 5ème année est dite hospitalo-universitaire avec des stages à réaliser potentiellement en milieu psychiatrique si l'étudiant le souhaite. A la fin de la sixième année, l'étudiant a la possibilité de finir son cursus en passant sa thèse de docteur en pharmacie ou de poursuivre, s'il a réussi le concours de l'internat, pendant quatre années d'internat en pharmacie afin d'obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de pharmacie afin de s'orienter vers la biologie

médicale, la pharmacie (pharmacie hospitalière ou industrielle et biomédicale), l'innovation pharmaceutique et de recherche.

- **de personnel administratif** comprenant un.e cadre administratif, un.e secrétaire, un.e agent.e d'accueil, un.e comptable

- **de personnels techniques**

- **de personnels de cuisine**

Cette succincte liste représente une vue d'ensemble du personnel susceptible d'être le plus souvent rencontrée. Elle peut cependant comporter des changements en fonction des structures et de leur fonctionnement propre. Elle permet de mieux rendre compte d'une certaine sensibilité plus ou moins fine du personnel au champ de la santé mentale.

V) Etude qualitative des représentations sociales de la maladie mentale

a.Méthode :

Nous formulons l'hypothèse que les représentations sociales de la maladie mentale des professionnels travaillant en EHPAD seront différentes de la population générale. Cette hypothèse s'appuie sur cette notion d'un double impact entre les représentations sociales sur leur pratique dans un sens et qu'inversement leur pratique impactera également leurs représentations sociales.

Afin de tester mes hypothèses, je me suis rapproché de l'équipe du secteur de psychiatrie public G18, rattaché à l'EPMS Lille-Métropole. Depuis environ une dizaine d'années, suite à une demande formulée par l'ARS et à un réel besoin constaté dans les EHPAD, cette équipe propose tout au long de l'année des journées de formation sur la psychiatrie du sujet âgé à l'intention du personnel en EHPAD. Cette formation a été développée par différents professionnels de l'EPSM (médecins, cadre de santé, infirmiers, assistante sociale...). Elle est constituée actuellement de 5 jours complets de formation, répartis sur 5 semaines pour un

même groupe. Les thèmes suivants sont abordés : le vieillissement physiologique, les pathologies psychiatriques, les pathologies neurodégénératives, les troubles du comportement chez la personne âgée, la notion de secteur en psychiatrie...

Mon choix s'était porté sur les focus groupe dû fait de mon sujet de mémoire dans un premier temps, la problématique psychosociale avec les représentations sociales conçues autour de la psychiatrie est facilement abordable en groupe. Il était également nécessaire de recueillir leurs méthodes de travail et de pouvoir en dégager une réflexion globale, et dans la mesure du possible essayer de construire une idée commune sur les différents points abordés afin qu'elle puisse représenter le plus possible le ressenti général chez l'ensemble des professionnels travaillant en EHPAD. Un « focus group » (« Onwuegbuzie et Frels - 2015 - A Framework for Conducting Critical Dialectical Pl.pdf »), « groupe focalisé » en français, est une méthode de collecte de données qualitatives parmi un petit groupe dans une discussion « semi-dirigée » centrée sur un sujet particulier. Cet environnement de groupe est plus propice qu'un entretien individuel pour discuter et échanger ses vécus, ses idées, ses pensées, ses opinions. Le focus group permet enfin une rencontre de plusieurs sous-groupes, tout en maintenant un sentiment d'appartenance au groupe complet permettant un sentiment de sécurité propice à l'expression, tout en suivant les recommandations de l'institut international de méthodologie qualitative (Onwuegbuzie et al. 2009) pour le recueil et l'analyse des données.

Afin que les réponses des participants ne soient trop influencées par les rencontres avec professionnels de l'EPSM, j'ai proposé des focus groupes lors des premiers jours de formation pour deux groupes différents, avant qu'ils n'aient reçu la formation complète. Les focus group ont été formés sur la base du volontariat, les participants acceptaient de rester sur la pause du midi. Les sessions ont été enregistrées par dictaphone, afin de pouvoir retranscrire correctement leurs réponses, et animées en binôme, à l'aide d'un autre interne de psychiatrie connaissant le fonctionnement intrinsèque au focus group. Afin d'animer au mieux ces groupes, nous avons préétabli un questionnaire à suivre tout au long du focus groupe, afin d'éviter au maximum d'être inducteur dans leurs réponses ([questionnaire disponible en annexe 1](#)).

Le questionnaire a été construit principalement sur la base de l'enquête SMPG. Il regroupe 3 grandes thématiques :

1. Représentation de la violence,

2. Représentations de la maladie mentale,
3. Représentation des pratiques en EHPAD.

La représentation de la violence a été choisie car, au sein des EHPAD, on observe un nombre assez conséquent d'agression verbale et/ou physique et cette notion est souvent associée à la représentation de la psychiatrie dans l'imaginaire populaire. Nous souhaitons donc voir si cette association se retrouvait également chez les professionnels travaillant en EHPAD. Concernant le thème des représentations sociales, nous avons repris une partie du questionnaire SMPG (Roelandt et al. 2010) afin d'avoir une notion plus précise des représentations de la maladie mentale. Comme mentionné dans l'article Clesse et al., 2016, les représentations sociales impactent le comportement et le travail de la personne concernée et inversement, il nous a semblé judicieux de questionner également les professionnels sur leur pratique afin de mieux cerner la problématique initiale.

Un questionnaire a été remis à chaque participant à la fin de la session pour pouvoir recueillir quelques données sur leurs parcours respectifs et voir ainsi s'ils présentaient une certaine sensibilité à la santé mentale ce qui aurait pu potentiellement influencer leurs réponses et donc être moins représentatifs de la population générale. Le questionnaire donné est disponible en annexe 2.

L'analyse des verbatim a été faite par triangulation avec l'aide d'une interne travaillant à la fédération de recherche et connaissant la méthodologie de recherche en qualitatif.

Ce travail préliminaire constitue un premier rationnel qualitatif pour la création d'un futur questionnaire destiné à l'ensemble des EHPAD de la région Nord-Pas-de-Calais afin d'évaluer le plus possible les représentations sociales de la maladie mentale ainsi que l'impact sur le travail des professionnels en EHPAD.

b. Description de l'échantillon :

Deux focus groupes ont pu être constitués. Ils sont assez similaires en termes de nombre de participants et des professions exercés dans chacun des groupes. Un questionnaire

a été remis à chaque participant à la fin de la session pour pouvoir recueillir quelques données sur leurs parcours respectifs et voir ainsi s'ils présentaient une certaine sensibilité à la santé mentale ce qui aurait pu potentiellement influencer leurs réponses et donc être moins représentatifs de la population générale. Le questionnaire donné est disponible en annexe.

On retrouve dans le premier focus groupe un total de 8 participants, 7 femmes et 1 homme, avec un âge variant de 24 à 47 ans. L'ensemble des participants ne se connaissaient pas entre eux et provenaient de structures différentes avec des fonctionnements divers. Chaque participant s'est vu attribué une lettre et un numéro afin de conserver l'anonymat des questionnaires. De façon plus détaillé, on retrouve pour :

P1 : aide-soignante de 28 ans, travaille depuis 6 ans au contact de la personne âgée au sein d'une EHPAD comportant un secteur ouvert et fermé, n'a jamais travaillé ou reçu de formation dans le milieu de la santé mentale, pense cependant être concernée par la santé mentale puisqu'elle a déjà consulté ou connaît un proche qui a été suivi dans le champ de la santé mentale.

P2 : auxiliaire de vie sociale de 40 ans, travaille depuis 7 ans au contact de la personne âgée dont 2 années au domicile et actuellement au sein d'une EHPAD secteur ouvert et fermé, n'a jamais reçu de formation ou travaillé dans le champ de la santé mentale, se dit concerné car a déjà consulté ou connaît un proche qui a été suivi dans le champ de la santé mentale.

P3 : aide-soignante de 24 ans travaillant depuis 7 ans au sein d'une EHPAD en unité Alzheimer, n'a pas reçu de formation ou travaillé dans le champ de la santé mentale, déclare ne pas être concerné par la santé mentale.

P4 : infirmière coordinatrice de 34 ans, a travaillé pendant 11 ans aux urgences 1 an en hospitalisation à domicile et depuis 6 mois en EHPAD, rapporte avoir fait un stage en secteur fermé en psychiatrie et un stage en CMP durant ses études, se dit concernée par la problématique de la santé mentale car a déjà consulté ou connaît un de ses proches étant suivi par un professionnel en santé mentale

P5 : aide-soignante de 47 ans travaillant en EHPAD dont 15 années en soins à domicile et 8 années en EHPAD, n'a jamais reçu de formation dans le champ de la santé mentale mais connaît un proche étant suivi par un professionnel en santé mentale

P6 : aide-soignant de 37 ans travaillant depuis 15 ans en EHPAD, a fait un stage sur l'EPSM d'Armentières et dans une structure d'accueil pour sans-abris, rapporte être concerné par la santé mentale car connaît un proche ou a déjà consulté un professionnel dans le champ de la santé mentale.

P7 : cadre technique de 40 ans travaillant en EHPAD depuis 10 ans, a fait un stage de 8 semaines au sein d'une clinique psychiatrique spécialisée et rapporte avoir un proche suivi par un professionnel de santé mentale.

P8 : aide-soignante de 35 ans travaillant depuis 11 ans en EHPAD, a fait un stage en psychiatrie ainsi qu'un remplacement d'un mois sur ce lieu de stage, se dit non concerné par la problématique de la santé mentale car n'a pas de proche ou n'est pas suivi par un professionnel dans le champ de la santé mentale.

En ce qui concerne le deuxième focus groupe, on retrouve aussi 8 participants dont aucun homme, provenant de structure différente :

S1 : aide-soignante de 25 ans travaillant depuis 7 ans en EHPAD, n'a pas reçu de formation en santé mentale et ne se dit pas concerné par la problématique de la santé mentale car n'a jamais consulté ou ne connaît pas de proche suivi par un professionnel en santé mentale

S2 : aide-soignante de 38 ans depuis 10 ans en EHPAD, a eu une formation en EPSM, et rapporte avoir un proche suivi par un professionnel en santé mentale

S3 : aide-soignante de 48 ans travaillant depuis 2 ans dans une EHPAD en unité de vie Alzheimer, n'a jamais reçu de formation en santé mentale et ne souhaitait pas répondre par rapport à la question sur la santé mentale.

S4 : animatrice de 51 ans travaillant depuis 8 ans en EHPAD, n'a jamais reçu de formation dans le champ de la santé mentale mais se dit concerné par la problématique car connaît un de ses proches suivis par un professionnel en santé mentale

S5 : aide-soignante de nuit âgée de 29 ans, travaillant depuis 8 ans en EHPAD en unité de vie Alzheimer, n'a jamais reçu de formation en santé mentale et ne souhaitait pas répondre quand à la problématique de la santé mentale

S6 : auxiliaire de vie sociale travaillant depuis 20 ans en EHPAD, n'a jamais reçu de formation mais se dit concerné par la problématique de la santé mentale puisque un de ses proches ou elle-même a déjà consulté un professionnel en santé mentale

S7 : aide-soignante de 53 ans travaillant depuis 31 ans en unité de vie pour personnes handicapées, n'a jamais reçu de formation en santé mentale mais se dit concernée par la problématique de la santé mentale car connaît un proche ou a déjà consulté un professionnel dans le champ de la santé mentale

S8 : infirmière travaillant depuis 30 ans en EHPAD en unité de vie Alzheimer, a déjà reçu une formation en santé mentale lors de ses stages mais n'a pas souhaité répondre pour la problématique de la santé mentale

c. Analyse des verbatims

En reprenant le déroulé du questionnaire, nous allons voir quelles sont les différentes représentations du premier focus group dans un premier temps puis celui du deuxième groupe.

i. 1^{er} focus group :

1] Représentation de la violence :

Multiplés aspects de la violence :

Il apparaît que plusieurs formes de violence peuvent être rencontrées au sein de l'institution. Qu'il s'agisse de violence verbale, physique, auto ou hétéroagressive envers le personnel soignant ou entre des résidents, l'ensemble du groupe rapporte avoir subi ou assisté à ces altercations à des degrés divers.

P3 : « On a un résident en unité de vie Alzheimer qui a été placé sans que la famille ne lui explique. Donc il n'a pas compris, il est alors devenu agressif envers les résidents puis envers le personnel, il veut nous étrangler, je l'ai vécu il y a 2 semaines ! »

La violence verbale semble cependant quelque peu minimisée par les équipes alors qu'elle précède souvent la violence physique comme l'explique :

P2 : « Je me rends compte qu'avec les personnes qui sont agressives, les aides-soignants ont tendance à minimiser la forme de l'agressivité verbale. Quand c'est physique, ils en parlent, quand c'est verbal, ce n'est pas très grave. Mais quand on remonte avant l'agressivité physique, on se rend compte qu'il y avait déjà de l'agressivité verbale. »

Les soignants sont aussi confrontés à une auto-agressivité des résidents sur eux-mêmes :

P4 : « on a quelques résidents qui ne se plaisent pas trop dans le miroir et s'insultent. Parfois je pense qu'ils ne se reconnaissent pas eux-mêmes

P1 : c'est parfois de la violence parce qu'ils veulent mettre fin à leurs jours ! »

Après un bref tour de table pour voir si ce sentiment était partagé par l'ensemble du groupe, ce qui a été confirmé, nous avons voulu explorer quelles pouvaient en être les causes. Il apparait que les causes de la violence peuvent être liées à plusieurs phénomènes, les principaux mentionnés ont été :

- le vécu de la personne
- les problèmes institutionnels
- la maladie
- la souffrance
- les familles

Le vécu de la personne comme cause potentielle de violence :

-Le vécu de la personne comme source potentielle de violence. Il semble que pour plusieurs participants, l'histoire de vie de la personne peut être une cause possible à l'origine des comportements violents d'un résident. Du fait de leur proximité avec les résidents, certains soignants se disent très proches d'eux, certains allant dire jusqu'à faire partie de leur famille, elles connaissent donc assez souvent leurs histoires de vie de leur enfance jusqu'à ce jour.

P4 : « Elles ont souvent une histoire de vie assez particulière. Soit des abus sexuels, soit la guerre, soit camps de concentration, enfin vraiment quelque chose de fort ! »

Une partie du groupe concède même qu'il s'agit souvent des mêmes histoires de vie mais il ne semble pas y avoir de consensus sur une histoire de vie bien particulière. Il s'agit aussi parfois d'histoire de vie moins marquée par des événements aussi forts que précédemment dit :

P5 : « Il volait les autres résidents et on le savait. Il disait qu'il ne pouvait pas s'en empêcher c'était plus fort que lui. Et il avait vécu dans ça toute sa vie ce monsieur » parlant d'un de ses résidents.

L'institution comme cause potentielle de violence :

-Les problèmes institutionnels. Cet aspect a été longtemps débattu au sein des groupes, à tel point qu'il nous a fallu à plusieurs reprises recadrer le débat. Cette dimension a une grande importance dans la genèse des comportements violents et intervient à plusieurs niveaux, sentiment partagé par l'ensemble des personnes interrogées.

La toilette, moment phare de la journée aussi bien pour le personnel que pour le résident, est souvent vécue comme un moment intrusif pour la personne et est souvent source de violence. Difficultés institutionnelles mises en avant avec le manque de personnel et le manque de temps pour pouvoir respecter la temporalité et le souhait des résidents comme le souligne :

P4 : « y a des résidents qui peuvent être calmes durant la journée et qui deviennent agressifs au moment de la toilette puisque c'est un moment particulier ». L'hygiène est d'ailleurs vu pour certains comme « l'item où on est le plus obligé de forcer ».

En dehors des toilettes, une notion de temporalité et de flexibilité au sein des institutions sont souvent mises en avant comme source potentielle de violence. Les contraintes organisationnelles vont parfois à l'encontre des rythmes de vie des résidents et vécues de manière intrusive :

P8 : « le problème c'est qu'on a des fiches de poste à respecter aussi, je suis désolée mais le matin je commence à 6h je veux bien respecter le sommeil de chacun mais si je dois rester en stand-by jusque 7h parce que tout le monde dort... soit faut réveiller

P2 : ça c'est dur pour eux !

P3 : on ne peut pas faire autrement

P4 : c'est un problème au niveau institutionnel, au niveau de l'organisation »

On sent à la fois l'ambivalence des soignants entre le devoir d'accomplir le travail qui leur incombe et le respect de la volonté du résident. Le débat a souvent été animé lorsque les problèmes institutionnels ont été abordés et très souvent ce même discours revenait : une sensation d'être quelque peu pris en tenaille entre d'un côté le « poids de l'institution » et des normes qui l'accompagnent, et le respect des envies du résident.

Le groupe a d'ailleurs pu dire que l'institution pouvait aussi créer des situations de violence quant à la perte de place du résident. Un sentiment d'infantilisation des résidents revient souvent au travers de leurs discours.

A propos d'un résident placé en institution sans en avoir été prévenu au préalable d'après cette soignante :

P2 : « On se rend compte en fait qu'il veut garder sa place d'homme, avoir une place dans la société mais du coup il est très agressif [...] souvent il nous répond qu'on le prend pour un con »

La notion des habitudes des résidents est parfois source de conflit potentiel. Malgré les nombreux arrêts de travail au sein des équipes, la persistance du même personnel pour un même groupe de résidents est un principe auquel le groupe accorde beaucoup d'importance. La connaissance de leurs habitudes permet d'éviter bon nombre de conflits et permet aussi une meilleure connaissance des caractères des uns et des autres. L'enchaînement des jours de travail impacte aussi directement les soignants dans la gestion des crises. Le groupe verbalise une plus grande difficulté à garder son calme lorsque des collègues sont en arrêt, qu'ils doivent faire des jours ou des heures supplémentaires, notamment en fin de poste sur une même journée.

L'absence de prise de décision est une autre problématique soulevée par le groupe. Les équipes ont le sentiment de souvent signaler les problèmes au travers des Feuilles d'Evènements Indésirables (FEI) ou par transmission orale sans réelles solutions, avec aussi un protocole bien établi pour pouvoir faire remonter les situations.

P3 : « on signale à l'infirmière qui informe la cadre puis le chef et c'est retour à la situation de départ. On n'a pas réglé le problème... »

Ces situations de violence doivent être systématiquement signalées pour pouvoir être analysées « décortiquées » mais les équipes signalent souvent un manque de temps pour pouvoir les rédiger. Et, cercle vicieux, elles expriment également un manque d'écoute de la part des autres collègues hiérarchiquement plus élevés comme le cadre, le médecin, le directeur.

Le manque de transmission au sein des équipes a été également soulevé avec « *des informations qui passent à la trappe* » comme l'ont dit plusieurs soignants.

La maladie comme cause potentielle de violence:

-La maladie. Nous avons été quelque peu surpris de constater que le personnel ne mettait pas forcément en lien direct les antécédents psychiatriques avec la violence. Quand on leur pose la question directement, ils nous répondent que non de prime abord. « *C'est une pathologie comme les autres* » rapporte P6. Mais en poursuivant, on s'aperçoit d'une certaine ambivalence dans leurs discours. On retrouve une certaine appréhension lorsqu'un nouveau résident « issu de la psychiatrie » arrive dans la structure : pour eux, potentiellement, ce résident sera un peu plus compliqué à gérer que les autres.

Quand on analyse un peu plus en profondeur le lien possible entre violence et psychiatrie, une partie du groupe admet être en difficultés pour faire la part des choses puisqu'il s'agit dans certains cas de plusieurs pathologies qui se chevauchent, avec notamment une part neurologique importante et notamment tout ce qui va être de l'ordre des démences.

P4 : « *c'est vachement dur à déterminer, je travaille en CHR, à partir du moment où y a une démence mais aussi une maladie psychiatrique associée, bah on ne sait pas ! Ce n'est pas évident. Même en décortiquant. Des fois on se demande vraiment si ça vient d'un problème psychiatrique ou autre. »*

P5 : « *Après il y a des tas de maladie qu'on ne connaît pas et qui relève de la psychiatrie et on ne sait pas tout. Y a plein de choses que l'on ne sait pas ! »*

La quasi-majorité du groupe avoue cependant ne pas forcément connaître l'ensemble des antécédents de leurs résidents, ils reconnaissent même pour certains qu'il s'agit de quelque chose de secondaire dans leur pratique et dans leur raisonnement.

Le groupe reconnaît aussi une part d'appréhension plus ou moins induite par le psychiatre lorsqu'il présente un nouveau résident. Des fois, la présentation induit une appréhension négative à l'équipe qui s'avère finalement être fausse et parfois, on observe l'effet inverse où le résident s'avère être beaucoup plus compliqué à gérer que ce qui avait été dit au début par le psychiatre. On ressent dans leur discours comme une sorte de demande de prédiction de l'avenir par le psychiatre.

La violence se retrouve aussi chez les résidents ayant eu des problèmes avec l'alcool pour une partie du groupe.

La souffrance comme cause potentielle de violence :

-La souffrance. Pour l'ensemble du groupe, la violence peut aussi être rattachée à une forme de souffrance, à une façon de l'exprimer. Que ça soit par des attitudes d'opposition, des cris, une douleur...

Cette soignante rapporte concernant un résident qui suite à un AVC s'est vu limité dans son autonomie de tous les jours et qui s'était mis à proférer des injures envers le personnel jusqu'à en venir à des coups :

P5 : « *C'est une façon de s'exprimer je pense, y a de tout... »*

Les familles comme cause potentielle de violence :

-Les familles. Le groupe nous a, à plusieurs reprises, parlé de situations où les familles peuvent être la cause des situations de violence envers le personnel. Que ça soit pour des admissions en urgence sans en avoir parlé avec le résident concerné, ou pour des injonctions paradoxales, l'absence de communication claire avec eux, ou encore des situations

de double contrainte entre famille et institution où les soignants se retrouvent quelque peu désarmés face au résident et ne savent parfois plus pour qui ils travaillent vraiment.

2] Représentation sociale

Partie assez difficile à analyser tant les situations sont multiples et diverses ! Une partie de l'analyse émerge principalement lorsque l'on aborde les questions spécifiques au questionnaire SMPG et d'autres notions ressortent dans le débat plus général.

Représentations hors questionnaire SMPG :

La première grande réflexion a porté sur ce qu'était la psychiatrie. Pour beaucoup de soignants, il y a ce que l'on appelle « la vraie psychiatrie » telle qu'elle est faite dans les EPSM et la « petite psychiatrie » que l'on peut voir un peu partout. Les cas les plus graves se voient donc dans les anciens murs de l'asile avec pour certains une réelle appréhension de venir. La formation et les focus group étaient d'ailleurs réalisés au sein de l'EPSM d'Armentières et certaines personnes ont avoué avoir une certaine peur à l'idée de venir dans l'établissement :

P6 : « après elle était pas vraiment agressive et puis elle a pas vraiment été hospitalisée en psychiatrie... »

Moi : c'était quoi ?

P6 : je ne sais pas une sorte d'UCC je crois non ?

Intervenant : c'est quoi concrètement de la psychiatrie ? Moi ça m'intéresse beaucoup !

P6 : elle a pas été à l'hôpital tout simplement ?

P8 : chez les fous ! (rires du groupe)

P6 : c'est pas de la psychiatrie comme ici

Intervenant : alors ici c'est quoi ?

P6 : ici c'est de la psychiatrie !

Intervenant : oui alors la psychiatrie c'est quoi ? C'est quoi la différence en fait ? C'est quoi la particularité ? Là j'ai entendu fou...

P8 : c'était pour rigoler puisque j'ai vu votre tête !

Moi : c'est parfait !

P6 : bah la différence c'est que nous ce sont des résidents qui vivent en EHPAD

Intervenant : oui mais alors du coup vous disiez quand elle a été hospitalisée c'était pas vraiment de la psychiatrie...

P6 : Non c'était plus pour revoir son traitement et essayer de gérer un peu son agressivité

P5 : elle est suivie dans un service cette dame !

P8 : pour moi la psychiatrie, ce sont les gens qui ne sont pas en âge avant 60 ans. Dès 60 ans on les met en maison de retraite.

Certains du groupe : oui c'est vrai !

Les autres : c'est comme les handicapés

Intervenant : du coup, je rouvre, pour certains la psychiatrie c'est avant 60 ans.

P8 : oui on a l'impression qu'à partir de 60 ans c'est plus la peine de les laisser en psychiatrie, si c'était du long séjour admettons on va les placer en EHPAD...

Moi : donc après 60 ans c'est plus de la vraie psychiatrie ?

P8 : si ça reste de la vraie psychiatrie mais c'est vu différemment et ça n'a plus sa place en psychiatrie

P6 : la psychiatrie au-dessus d'un certain âge ils ne peuvent plus vraiment rester en psychiatrie, ils sont obligés d'aller en EHPAD.

Autre notion qui a été quelque peu difficile à comprendre, la notion d'âge intervient pour les soignants. Les usagers avant 60 ans peuvent aller en psychiatrie mais une fois passé cet âge, ils n'ont plus leur place en psychiatrie et sont alors transférés en EHPAD. L'hospitalisation en psychiatrie est définie comme un lieu de vie avec des similitudes avec leur institution. Certains se sont d'ailleurs questionnés sur la possibilité de vivre toute sa vie en psychiatrie :

P6 : « je ne sais pas si on peut rester en psychiatrie jusqu'à la fin de sa vie en fait »

Avant d'aborder les questions relatives aux représentations sociales du fou, telles que décrites dans le questionnaire SMPG, le groupe a spontanément parlé de la tristesse ressentie auprès de leurs résidents. La tristesse semble être quelque chose de naturelle où ils sont impuissants. Il apparaît très clairement qu'il s'agit d'un choix du résident et qu'on doive le respecter. Il y a une sorte d'immuabilité et d'impuissance dans ce phénomène :

Intervenant : « Je vais relancer le débat sur une autre question. La mine de tout le monde était descendue quand on a parlé de la déprime que les gens se laissaient aller,

j'imagine que c'est une violence pour vous ? Ou est-ce que ça fait partie de l'ordre naturel des choses ?

P6 : pour moi ça fait parti de la vie

P5 : oui ce n'est pas de notre ressort, on peut pas faire grand-chose à cette déprime, on essaye de les écouter à essayer de parler avec eux de savoir le pourquoi des choses, mais parfois elles vous expliquent et c'est poignant ce qu'elles vous racontent !

P6 : je pense que ça dépend du pourquoi, ça peut être dû à un défaut de prise en charge et être pris comme un échec et des fois je sais pas c'est peut être juste naturel

Intervenant : comment vous différenciez les deux ? Comment vous différenciez les moments où on aurait pu faire quelque chose et les moments où on aurait pu faire ?

P3 : Quand la personne est réceptive à ce qu'on lui dit. Après on le sent tout de suite ça, quand elle commence à nous envoyer boulet tout de suite on se dit qu'on y arrivera pas. »

La tristesse n'est sans doute pas associée aussi facilement à la psychiatrie que dans d'autres domaines. Aucun soignant n'a spontanément parlé d'interpeller le psychiatre, la tristesse est vraisemblablement plus pensée comme un phénomène naturel où le soignant ne peut qu'écouter la plainte du résident sans pouvoir y répondre.

Représentations avec questionnaire SMPG :

Nous sommes alors passés au questionnaire de l'étude SMPG.

A la question relative à la définition des mots « fou, malade mental, dépressif », le groupe a été assez d'accord pour dire que le terme de « fou » ne s'employait plus. Ce terme s'est orienté vers des définitions plus médicalisées, psychopathologiques comme « schizophrène, bipolaire... ». On assiste donc à une médicalisation du mot fou où ils admettent qu'un fou est maintenant un malade mental, et à la place du mot fou, ils emploient plutôt l'expression « des cas psy ». Le mot fou revête un caractère péjoratif, il est plus utilisé dans *le discours social commun*.

La définition du dépressif est assez cohérente dans leur discours interne. Il existe une différence entre une grosse dépression et une petite dépression. La petite dépression est nommée « *mélancolie* » où la personne est un peu triste et va pouvoir s'en sortir « *c'est un petit moment passager* », tandis que la « *grosse dépression* » la personne a une volonté de se détruire petit à petit. La prise en charge de la mélancolie est plutôt attribuée au psychologue et la dépression au médecin traitant et au psychiatre.

3] Représentation des pratiques

Il s'agit dans cette partie de voir comment cette notion de violence et de représentations sociales de la maladie impactent potentiellement le travail des professionnels en EHPAD. Les professionnels ont pu échanger entre eux sur leurs pratiques respectives dans leurs différentes structures. D'autres thèmes que ceux abordés par le questionnaire initial ont émergé au cours de cette discussion et donnent un meilleur aperçu de leur condition de travail.

Pratique et institution :

Un aspect important pour les soignants a été le vécu institutionnel au sein des structures. Pour beaucoup, la fatigue liée aux nombreuses toilettes à faire, aux jours de travail à enchaîner est un facteur qui impacte directement leur réaction. Pour eux, il est beaucoup plus difficile de garder son calme et de rester patient quand ils deviennent trop fatigués, notamment en fin de poste. Ce sentiment de fatigue semble assez récurrent et compromet parfois le relationnel avec le résident :

P1 : « ça dépend de nous aussi. On a tous nos humeurs ! On est des êtres humains comme eux et y a des moments où on est fatigué. Si ça arrive le matin à 6h30, on va réussir à mieux agir qu'à 14h où là on a fini tout notre poste, on est un peu plus fatigué, on a eu nos 20 résidents à gérer tout le matin et tout notre travail du matin ! »

Certains soignants reconnaissent aussi que le relationnel dépend également du caractère du soignant auquel le résident aura à faire et aussi du résident en lui-même. Une soignante ira même jusqu'à dire :

P1 « On se laisse pas faire ! Enfin moi je ne me laisse pas faire.[...] ça dépend du type de personne que l'on a en face de soi aussi. Il y a un résident qui vit en couple en maison de retraite s'il lève la main sur moi je vais partir en courant et appeler les autres. Pour d'autres, je vais parler aussi fort que lui il me parle. Je vais hausser le ton, lui montrer que je n'ai pas peur. »

On retrouve d'ailleurs parfois une cascade entre le ton du résident et celui du soignant dans certains cas. Dans ce genre de situation, le soignant peut demander à un de ses collègues de prendre le relai pour terminer le soin qu'il avait commencé ou pour essayer de calmer un résident. Une crainte assez forte chez eux est le risque de devenir maltraitant.

Les aides-soignants parlent également de leur place centrale au sein du fonctionnement même de leur structure. Cette place centrale leur procure à la fois beaucoup de responsabilités et, en même temps, une certaine limitation avec l'institution ce qui leur provoque parfois un sentiment de tiraillement entre ces deux pôles avec aussi une certaine souffrance :

P1 : « on doit être wonderwomen des fois ! »

Le groupe remarque aussi de manière générale qu'ils ne sont pas forcément au courant des maladies, des antécédents de leurs résidents. Ils notent un manque d'informations, un manque de transmissions de manière générale entre collègues. Pour certains, leur formation n'est en plus pas assez adapté à leur pratique et aboutit à un fossé important entre la théorie abordée lors de leur formation et la pratique au sein de leur structure. Ils expriment cependant une envie d'être mieux formés :

P1 : « c'est ce que l'on nous apprend à l'école donc entre la théorie et la pratique y a un sacré fossé ! »

P5 : « il y a des tas de maladies qu'on ne connaît pas et qui relève de la psychiatrie et on ne sait pas tout. Y a plein de choses que l'on ne sait pas ! »

Pratique et maladie :

Pour une partie du groupe, leur réaction face au résident va dépendre aussi du type de maladie auquel ils ont à faire. En parlant des démences, beaucoup de soignants reconnaissent qu'ils ne cherchent pas à recadrer un résident souffrant d'un trouble démentiel puisque c'est impossible selon eux, voir même dangereux dû fait des troubles du comportement :

P5 : « je vais moins répondre à une personne démente »

P4 : « On a une UHR où si on recadre la personne démente on se prend tout de suite une tarte pour moi. C'est une unité où les troubles du comportement sont plus importants avec plus d'agressivité où les soignants sont parfois obligés d'isoler certains résidents. »

P3 : « on sera plus dans le dialogue avec une personne non démente »

Le groupe exprime à l'inverse que pour les personnes suivis en psychiatrie, la prise en charge requiert plus de temps, en ce sens où ils doivent être plus à l'écoute prendre plus de temps avec eux et être plus vigilant sur leur comportement :

P1 : « on a des cas psy où l'animatrice va avoir un programme un peu plus différent pour elle, faut lui apporter plus d'attention, faut lui occuper son temps plus qu'à d'autres personnes en fait... »

Pratique et protocoles :

On retrouve une notion commune à toutes les EHPAD : les protocoles. Il s'agit bien souvent d'un classeur contenant l'ensemble des procédures à adapter en fonction de la situation rencontrée. Que ça soit pour une agitation, pour une fièvre, pour même un problème de téléphonie, toutes les difficultés rencontrées figurent dans ce guide des bonnes pratiques. Classeur presque sacré tellement son contenu est important, il est un atout majeur du bon fonctionnement et de la bonne coordination des soins. C'est ce qu'il m'avait semblé en première impression... Mais une difficulté relevée par l'équipe est, une fois encore, l'absence de temps pour le lire. Bien que ceux-ci reconnaissent que s'ils avaient ce temps pour le lire, l'institution fonctionnerait mieux. Un certain décalage émerge à nouveau dans leurs discours entre les possibilités et la réalité. Et lorsqu'une situation n'existe pas dans le protocole, des groupes de « copil-qualité » se constituent pour pouvoir l'écrire et apporter une solution. Ce protocole leur procure quand même un sentiment presque de dépersonnalisation, de déconnexion avec la réalité, puisqu'ils ont quelque peu peur de « *perdre toute spontanéité dans leur fonctionnement* ». Des protocoles spécifiques à la prise en charge relevant de la psychiatrie semblent bien exister dans ce classeur mais quasiment aucun soignant n'en a connaissance puisqu'ils prétendent ne pas avoir le temps de les lire.

P1 : « Je suis dans le groupe coping-qualité, on a donc une fille aussi qui est là pour revoir tous les protocoles, les réactualiser etc... Mettre en place les protocoles dans les services les faire lire et signer par tout le monde, ça a eu comme effet de bouleverser les habitudes de tous les soignants et des fois on se retrouve avec un gros paquet de protocoles à apprendre. Le problème c'est si on lisait ces protocoles correctement, si on prenait le temps de les lire, à en parler en équipe bah on pourrait éviter certaines choses je pense... on pourrait améliorer la prise en charge de certaines personnes et ceux notamment en état de violence... je pense. »

Ces protocoles répondent bien souvent à des problématiques formulées par les fameuses FEI (Feuilles d'Evénements Indésirables). A une FEI, un protocole est établi.

Concernant la prise en charge de l'agitation, les avis divergent quelque peu. On observe une partie du groupe où les aides-soignants ne peuvent pas donner de médicaments ou faire d'injection et une autre où cela semble plus toléré. Dans tous les cas, il existe à priori un protocole agitation avec la possibilité de donner une pharmacopée adaptée à la situation. Il semble par contre que le recours à la contention physique soit beaucoup plus rare pour la seule indication de l'agitation. Les équipes ont plus l'habitude d'utiliser la contention dans le but d'éviter une chute. Cependant, le recours à l'isolement en chambre est quant à lui bien présent, avec toutefois un sentiment d'infantilisation pour le résident et le risque que celui-ci cause des dégâts dans sa chambre... Pour eux cette solution n'est pas vraiment efficace et ne résout pas forcément le problème en cause.

P1 : « combien de fois on nous a dit s'il commence à s'énerver y a ce qu'il faut sur le chariot y a le SERESTA y a ceci en si besoin... »

P3 : « nous y a un protocole avec des gouttes à donner... »

P4 : « nous dans ces cas-là, on en vient aux injections ! »

P8 : « nous on n'a pas le droit aux injections ! »

Le groupe : « pas forcément mettre une contention mais plus l'isoler ! »

P3 : « j'aime pas fermer à clé. Ça fait genre je t'enferme à clé dans ta chambre. Ça va plus être de la maltraitance et il va se sentir persécuté et ça va être pire... Ça les aide à se calmer 1 fois sur 5 et y en a qui cassent tout dans leur chambre »

Effet quelque peu paradoxal, entre la situation d'agitation du résident et le recours aux médicaments. Pour certains, une solution au problème de l'agitation tarde trop et n'est pas non plus forcément très adaptée à leur demande. Certains voient dans l'utilisation du médicament presque une façon « d'éteindre » la personne :

P6 : « on a un résident qui était très agressif verbalement et physiquement et c'est allé loin avec lui. Jusqu'au jour où ils ont décidé de mettre des médicaments. A partir de là ça a été le début de la fin... »

P5 : « ça a été assez vite... »

Pratique et accès aux soins :

Un dernier aspect abordé a été le recours aux professionnels de santé et notamment la figure du psychiatre. Les équipes reconnaissent un sentiment d'être quelque peu isolés dans leur pratique et avoir beaucoup de difficultés à pouvoir interpeller les médecins en tout genre. Il semble que dans l'ensemble du groupe, toutes les structures bénéficiaient d'une équipe mobile de psychiatrie avec des passages plus ou moins réguliers. Ils mettent en avant la lenteur avant de pouvoir accéder à une consultation spécialisée entre le moment du signalement et la venue du spécialiste. Certains services avaient au sein de leur fonctionnement un psychologue qu'il pouvait solliciter plus facilement et qui effectue même des suivis.

P4 : « Nous on fait appel à un psychiatre qui est à côté, on a un accord avec une équipe mobile de psychiatrie. Mais c'est trop peu souvent, c'est une fois tous les 3 mois et quelques fois on a besoin de cet avis psychiatrique !

Intervenant : alors du coup, ça sert à quoi l'avis psychiatrique ?

P4 : quand on discute d'une situation avec elle, elle décortique à sa façon un peu plus, je ne sais pas comment expliquer, elle est plus terre à terre. Souvent, on l'interpelle quand on est à un stade où on ne sait plus trop ce que c'est... Elle va plus ressortir les dossiers puisque vous avez des dossiers d'archive sur les patients »

Moi : « Donc le médecin traitant mais j'irai encore plus loin, même nous en tant que psychiatre... Vous avez des réponses qui ne sont pas adaptées ?

P5 : oui... Parfois on a des réponses qui ne sont pas forcément adaptées à ce que nous on voudrait entendre...

Moi : vous avez des situations en tête ?

P5 : on a un monsieur où la psychiatre était venu et puis pour elle c'était nous qui ne comprenions pas ce monsieur, il fallait prendre patience mais on voyait bien nous qu'il était en souffrance. Le problème c'est que l'on ne pouvait pas y répondre... »

Concernant les hospitalisations, il semble que les soignants formulent plus facilement une demande d'hospitalisation en psychiatrie chez ceux déjà suivis notamment lors de troubles du comportement :

Moi : « Donc c'est l'hospitalisation dès qu'il y a un problème ?

P5 : Si c'est une personne qui a été suivie oui c'est l'hospitalisation ! Après cette dame est rentrée et elle se rappelle de votre prénom. Alors qu'avant l'hospitalisation, elle ne se rappelait même plus de nos prénoms et ce qu'elle faisait là et c'était juste un problème de traitement. Ca a été recadré. »

Pour certains soignants, le dialogue avec le psychiatre n'est pas toujours évident, la solution proposée n'est pas très adaptée, les situations présentées pour les nouveaux cas sont parfois anxiogènes pour les équipes ou à l'inverse minimisée... Une critique assez conséquente a pu émergée au travers de leur discours avec ce même thème central : un besoin d'être plus écouté !

ii. 2nd Focus Group :

Dans un souci de synthèse, nous insisterons principalement sur les aspects qui divergent avec le précédent focus group. Beaucoup de similitudes reviennent entre les deux groupes notamment en ce qui concerne l'aspect institutionnel et le manque de formation.

1] Représentation de la violence

Une fois encore, le groupe reconnaît être confronté à de multiples formes de violence mais l'analyse qui en est faite, semble quelque peu différer avec le premier focus.

A la question des origines possibles de ces violences, le groupe reconnaît quatre grandes causes :

- la maladie
- le changement de lieu
- le changement de personnel
- les perturbations dans le service et la vie en communauté

La maladie comme cause potentielle de violence :

-**La maladie** est citée d'emblée par le groupe comme cause potentielle de violence. On observe une association d'idées plus fortes entre violence et psychiatrie :

Moi : « La première chose que vous voulez savoir quand vous accueillez un nouveau résident c'est s'il a des antécédents psy puisque potentiellement ça peut être compliqué à gérer ? »

Le groupe : oui »

S2 : « Bah moi personnellement, les schizophrènes les bipolaires toutes ces pathologies là, ils ont vraiment des périodes où on voit...

S4 : où ils vont être plus agressifs, on le voit dans leurs regards

S2 : on voit très bien que ça va péter

S3 : on voit quand ça va péter

S2 : c'est une bombe à retardement ! »

Le groupe exprime davantage son inquiétude par rapport à des résidents ayant des antécédents psychiatriques. Cette représentation de la violence en lien avec la maladie s'explique par une temporalité pour certaines soignantes. En fonction de la fréquence des comportements agressifs, l'origine de cette violence semble plus en lien avec la maladie. Un comportement isolé sera plus en faveur d'une difficulté passagère en lien avec le côté institutionnel mais, la répétition sur plusieurs jours fera plus penser à une origine psychiatrique ou neurologique à l'équipe. Cette conception de la temporalité doit donc aussi s'articuler avec les moments imposés par l'institution.

Une fois encore, le groupe est quelque peu en difficulté pour analyser ce lien entre violence et psychiatrie puisqu'ils manquent d'informations sur les entrées. Pour beaucoup, les antécédents médicaux des résidents ne sont pas connus. Il existe d'ailleurs une représentation dans le groupe où le psychiatre n'a pas le droit de divulguer les antécédents psychiatriques

d'un résident, sentiment qui renforce alors leur suspicion quant aux possibilités d'agressivité chez le résident, ce qui renforce par la même, à mon sens, le lien entre psychiatrie et violence :

S6 : « Après moi je trouve que l'on ne nous dit pas assez de choses sur les entrées. On ne nous explique pas. Parfois, les infirmières ne sont même pas au courant de l'entrée, c'est le jour même. On ne nous explique pas.

Moi : c'est assez commun au groupe ?

Le groupe : oui

S7 : Moi je fais partie d'une UVPH pour handicapé, on a une pensionnaire qui n'a même pas l'âge requis puisqu'il a 58 ans. On n'a même pas eu de synthèse ou rien et c'est un monsieur avec un lourd passé psychiatrique.

S3 : après c'est pareil ils n'ont pas le droit de divulguer ceux qui sont suivis en psychiatrie, donc voilà quoi ! »

Ce ressenti sur le lien entre violence et maladie est cependant quelque peu nuancé pour certains. On note une ambivalence entre d'un côté un souhait de connaître les antécédents de violence ou les antécédents médicaux afin de pouvoir mieux anticiper les comportements à risque :

Intervenant : « je pose la question comme ça puisque là y a eu deux discours différents, la violence les antécédents médicaux dans tous les cas pour adapter, lequel serait le plus important si on devait choisir entre les antécédents et la violence ?

S7 : la violence !

Intervenant : donc tout le monde serait d'accord pour dire les antécédents de violence des gens ?

Une partie du groupe : oui

S8 : quelqu'un qui n'a jamais été violent avant, un jour il peut le devenir

S7 : ça dépend dans quelle structure je pense

S8 : c'est pas une priorité pour moi je trouve, pour moi c'est plus la prise en charge, la prise en charge médicale, les aides à lui apporter... »

La notion de gravité sur l'évènement violent oriente aussi les professionnels vers une possible cause psychiatrique. Une soignante raconte l'histoire d'un résident ayant fait « le sourire de l'ange » à une autre résidente et qui a été transféré aux urgences après l'intervention des gendarmes puisqu'il s'en est également pris aux soignants. Ce résident a été alors vu par un psychiatre pour expertise mais il n'a pas été constaté de maladie psychiatrique. Pour cette soignante, ce monsieur avait quand même une maladie psychiatrique, l'horreur de son geste ne pouvait s'expliquer autrement, sentiment partagé par une partie du groupe également.

Le changement de lieu comme cause potentielle de violence :

-Le changement de lieux. L'arrivée d'un nouveau résident au sein de la structure est une étape très difficile. Bien souvent, ceux-ci ne sont pas au courant d'après le groupe et sont prévenus au dernier moment de ce changement de vie. Une perte de repère assez importante s'opère avec ce changement de lieu de vie et vient à s'ajouter à ce changement, un bousculement dans les habitudes de vie précédent inhérent à l'institution...

Le changement de personnel comme cause potentielle de violence :

-Le changement de personnel. Les répercussions institutionnelles vécues par le personnel aboutissent à des arrêts plus ou moins fréquents qui, du coup, amènent à faire appel à des intérimaires ou d'autres personnes d'une unité adjacente. Ces changements dans le personnel donnent une méconnaissance des habitudes de vie des résidents et engendrent donc des conflits parfois avec les résidents :

Moi : « y a donc des changements de repères qui suscitent de la violence et d'autres qui n'en suscitent pas... donc quels sont ceux qui peuvent susciter de la violence ? »

S5 : si la personne ne connaît pas les habitudes du résident, elle ne saura pas forcément comment agir

S8 : l'approche des gens aussi

S5 : oui, puisque quand on les connaît bien on sait comment il faut faire ! »

De plus, le fonctionnement de certains établissements fait qu'il existe un certain turn-over au sein des équipes qui peuvent changer de service plusieurs fois par semaine et ce qui peut une fois encore perturber les résidents : non connaissance de leurs habitudes, perte de repère pour le résident...

L'institution et la communauté comme causes potentielle de violence :

-Les perturbations dans le service et la vie en communauté. Tous ces changements impactent le personnel et les met dans des situations difficilement gérables pour certains :

S8 : « après y a des soignants qui sont très calmes qui ne sont pas perturbés eux personnellement. Les résidents sont comme des éponges ils ressentent eux aussi l'état d'esprit du soignant... »

L'abord du soignant sera différente en fonction de son état d'esprit et impactera à son tour directement le résident qui à son tour sera peut-être plus sujet à de l'agressivité...

La vie en communauté impacte aussi les résidents entre eux. Les troubles du comportement des uns vont perturber les autres et souvent aboutir à des situations de violence :

S3 : « nous ça dégénère très vite. Y a une personne qui va crier tout d'un coup y en a une qui va se lever, aller voir la personne qui crie, elle va commencer à l'insulter et puis poum je te frappe ! »

S2 : c'est le fait de vivre en captivité aussi ! »

2] Représentation sociale

Représentation hors questionnaire SMPG :

On note également dans le groupe des représentations abordées en dehors des questions propres au questionnaire SMPG.

Pour certains membres du groupe, les personnes suivies en psychiatrie peuvent représenter un danger ou tout du moins une appréhension quant à une possible violence comme dit précédemment. En plus du lien entre violence et psychiatrie, il semble exister un lien entre meurtre, agression sexuelle et psychiatrie. Les personnes ayant des antécédents psychiatriques peuvent potentiellement avoir eu dans leur passé ce genre de comportement ce qui procure pour certain une appréhension. Elle est d'ailleurs majorée par le sentiment que le psychiatre n'a pas le droit de donner les antécédents d'un résident.

Moi : « Un nouveau résident que vous accueillez vous ne connaissez pas toujours ses antécédents mais si vous apprenez par des transmissions orales ou écrites qu'il a des antécédents psychiatriques, quelle est votre première réaction ? »

S4 : tout dépend ce qu'il a fait. Pourquoi psy, pourquoi ce qu'il a fait. S'il a tué j'en sais rien moi, dépression etc... Pourquoi ?

[...]

Moi : la première chose que vous voulez savoir quand vous accueillez un nouveau résident c'est s'il a des antécédents psy puisque potentiellement ça peut être compliqué à gérer ?

Le groupe : oui

S2 : et on voudrait savoir la violence jusqu'où ça peut aller »

Le suicide a également été abordé par le groupe. On ressent une grande peur voir même une « hantise » par rapport à la survenue possible d'une tentative chez un résident. Les passages à l'acte, bien que marquants, semblent plutôt rares mais les idées suicidaires sont fréquentes. Pour le groupe, la verbalisation de ces idées suicidaires n'est pas indicateur d'un passage à l'acte mais plus un appel au secours. « *Quelqu'un qui veut réellement se suicider il n'en parle pas je pense* » confient certains du groupe !

Représentation questionnaire SMPG :

Sur la partie du questionnaire SMPG, la représentation du fou est similaire au groupe précédent. Il s'agit d'un terme ancien qu'on n'utilise plus avec une conception médicale et une connotation péjorative. Pour certains à l'inverse, le fou est plus défini selon « *un trait de caractère quelqu'un qui pète un plomb* ».

Concernant la dépression, il s'agit pour certains d'une maladie mentale où la personne n'arrive plus à gérer ses émotions souvent consécutives à un événement. Le groupe fait la distinction entre vrai dépressif et faux dépressif :

-le faux dépressif correspond plus à un état dépressif continu suite à un choc où la personne est dans l'incapacité de gérer ses émotions. Pour certains du groupe, le faux dépressif ne peut pas guérir mais les médicaments peuvent l'aider. Pour d'autres, si elle fait suite à un choc, il est possible de guérir la personne déprimée.

-le vrai dépressif correspond à la maladie mentale et semble plus ponctuelle. Cette notion reste cependant floue dans l'esprit du groupe.

Quand nous revenons sur la question de la dangerosité, le groupe semble avoir des avis divergents. Pour certains, les malades mentaux sont plus enclins à commettre des crimes tandis que l'autre partie concède qu'ils peuvent effectivement en commettre mais pas plus que les autres. Le critère qui diffère est la notion de savoir ou non ce que l'on fait au moment des actes.

3] Représentation des pratiques

Pratique et institution

Le groupe identifie aussi les soins comme un moment particulier. Ces soins du corps sont souvent vécus de manière très désagréable par les résidents et sont souvent sources

d'agressivité. De manière assez paradoxale, les soignants se considèrent très proches de leurs résidents mais doivent quelque peu *jongler* entre cette proximité et les soins qu'ils doivent leur prodiguer. Pour beaucoup, ils considèrent qu'il y a un avant et un après les soins dans le comportement du résident : agressif pendant les soins et plus calme une fois finis. Certains aides-soignants du groupe avaient d'ailleurs une double fonction de soignant et d'animateur dans leurs structures et ont remarqué que, lors des séances en tant qu'animateur, ils avaient un relationnel beaucoup plus facile avec le résident notamment en séance snoezelen. L'approche du corps peut sembler une raison potentielle à de l'agressivité et demande aux soignants beaucoup de patience lors des toilettes.

L'attitude du soignant est aussi déterminante dans l'accompagnement des résidents :

S3 : « garder son sang-froid quand on rentre dans une pièce et qu'on sait que cette personne est toujours agressive il faut pas rentrer dans son jeu. Donc je vais y aller en douceur. »

Pratique et maladie

Pour certains soignants, savoir les antécédents psychiatriques et notamment ceux de violence, d'agression peut impacter leur prise en charge. On retrouve encore un fort lien entre violence et psychiatrie et, une appréhension dans la prise en charge du résident.

Lors de moments difficiles, l'équipe a aussi la possibilité de « passer la main à un collègue », pratique similaire retrouvé dans le premier focus group. Cette attitude est particulièrement vraie lorsqu'un soignant est face à un résident avec des idées suicidaires. Bien que souvent verbalisés par beaucoup de résidents, les idées suicidaires sont souvent perçues par les soignants comme quelque chose de difficile à gérer où ils se sentent en difficultés. La peur de mal faire, de ne pas dire les bons mots revient souvent dans leur discours :

Moi : « je vais caricaturer du coup mais quand vous dites « on refile le bébé » c'est parce que ça vous fait un peu peur ?

S8 : oui je pense

S7 : je me dis est ce que je vais avoir les bons mots ma fonction c'est aide-soignante faire du soin, est ce que je vais apporter le bon réconfort si je vois j'essaye mais... »

S'ajoute à cette peur de mal faire, la pression des protocoles et de la traçabilité de ce qui a été fait...

Pratique et protocole

Les protocoles ont été abordés à nouveau et montrent une place importante dans la vie institutionnelle du soignant. Malgré la méconnaissance de ceux-ci par le personnel, dans toutes situations rencontrées, on rencontre soit un protocole déjà établi soit un protocole qui devra être rédigé pour la situation rencontrée soit une réactualisation du protocole en question. De même en ce qui concerne le protocole agitation, le recours à des traitements tels qu'Oxazepam est souvent utilisé et administré par l'infirmière ou l'aide-soignante en fonction de l'établissement. La contention est très peu utilisée sauf dans les UHR, elle est plus souvent employée pour éviter une chute chez le résident.

Pratique et accès aux soins

Une notion très présente encore dans le discours du groupe est le sentiment de ne pas être écouté par les autres professionnels malgré les sollicitations. Effet d'autant plus fort puisque les soignants ont l'impression d'être remis en cause dans leur travail :

S6 : « on fait remonter, on a l'impression que c'est nous qui sommes en cause, qu'on ne gère pas. On demande des fois qu'il y ait un traitement adapté quand ils s'en vont faire un séjour, mais on attend... on attend... »

On retrouve une fois encore ce sentiment de décalage de vision entre les demandes de prise en charge des soignants et les réponses apportées par l'équipe médicale. A la fois, il semble difficile pour eux d'obtenir une consultation et dans le même temps, les réponses apportées ne sont pas vraiment adaptées à leurs demandes. Beaucoup de soignants partagent le sentiment de mieux connaître leurs résidents que les médecins et de ce fait le professionnel médical passerait à côté de la situation puisqu'il ne passe que quelques minutes à les voir de surcroît :

Moi : « pourquoi un tel décalage ?

S6 : parce que y a un médecin pour les deux étages et que le médecin généraliste est un peu dépassé, elle est gentille humainement mais professionnellement...

Moi : et ça aboutit à un tel décalage de vision ?

S6 : oui quelque fois, on court après eux tout le temps

S8 : parfois j'interpelle les médecins pour des troubles du comportement, ils viennent et quand ils arrivent elle est calme donc il leur donne rien, il va dire qu'on exagère. »

Concernant les modalités d'hospitalisation en psychiatrie, la décision se prend en équipe et est associée à une notion de temporalité. Plus il y a de trouble du comportement dans le temps, plus l'équipe va relier la prise en charge à une hospitalisation.

Moi : « toute à l'heure, vous parliez d'hospitalisation, à quel moment ça semble relever plutôt d'une hospitalisation plutôt d'un médicament, comment vous faites le tri dans tout ça ?

Le groupe : en équipe

S2 : après l'hôpital faut que ça arrive souvent, faut pas que ça arrive qu'une fois

S3 : que ça perdure dans le temps »

Pour les soignants, s'ils avaient la possibilité d'avoir un psychiatre tous les jours, ils l'interpelleraient pour faire des suivis auprès des résidents, que ça soit au long cours ou en cas de crise, et lui demanderait parfois pour quel motif tel ou tel résident reste en maison de retraite car, une fois encore, « *on ne sait pas pourquoi les gens viennent souvent, ils n'ont pas besoin de nous pour certains...* » rapporte une soignante.

d. Synthèse de l'analyse des verbatim.

A l'issue de la lecture de l'analyse des deux focus group, le lecteur peut se sentir quelque peu perdu dans les grandes idées à retenir. C'est pourquoi, **le tableau récapitulatif** permet de dégager les grands axes d'analyse des focus group. Ce tableau permet lecture plus rapide et la lecture de l'analyse des verbatim sera plus propice à une lecture plus approfondie du sujet.

Les deux focus groups étaient assez similaires au niveau de la population interrogée et des réponses au questionnaire. Le personnel est dans un réel questionnement quant à sa pratique et est en demande d'une meilleure reconnaissance de son travail, qu'il s'agisse de la prise en charge institutionnelle, du manque de personnel, d'une meilleure formation pour la prise en charge des résidents, d'une réelle écoute et d'une meilleure prise en charge avec les autres intervenants en EHPAD.

Leur pratique engendre à la fois une notion bienveillante à l'égard des résidents souffrant de troubles psychiatriques puisqu'ils requièrent plus de temps et d'attention que d'autres mais, on retrouve aussi cette dimension d'appréhension et de prédiction du degré de violence possible qui incombe au psychiatre.

La représentation du « fou » et du « malade mental » des professionnels interrogés est quelque peu différente de celle de la population générale. Dans la population générale, le terme de fou est plus associé à une représentation de violence et de différents crimes, le malade mental à une pathologie organique définie que l'on peut guérir.

Pour les soignants interrogés, Le « fou », est considéré comme un terme ancien que l'on n'utilise plus, il est plus vu sous un angle médical. Le terme de « fou » a laissé place à des noms de maladies, mais est quand même associé à l'idée de dangerosité ou du moins d'appréhension. Les antécédents psychiatriques sont également teintés de cette appréhension, d'une peur de passage à l'acte. On retrouve un lien encore assez fort entre psychiatrie et violence, notamment dans la représentation qu'ont les interviewées des personnes souffrant de schizophrénie.

TABLEAU RECAPITULATIF	<i>Focus group 1</i>	<i>Focus group 2</i>
Notion de violence	Hétérogénéité	Hétérogénéité
- causes :	-maladie -vécu personnel -famille -souffrance -institution	-maladie -changement de lieu -changement de personnel -vie en institution
Notion de représentations		
- Hors questionnaire SMPG	- <u>psychiatrie</u> diffère en fonction du <u>lieu</u> : vraie psychiatrie dans les EPSM et petite psychiatrie ailleurs - <u>notion d'âge</u> : après 60 ans la personne n'a plus sa place en psychiatrie - <u>tristesse</u> : chose naturelle de la vie où le soignant ne peut rien faire	- <u>Antécédents psychiatriques</u> : résident potentiellement compliqué - <u>suicide</u> : peur chez le soignant, difficilement gérable
- Questionnaire SMPG	- <u>définition fou</u> : ne s'emploie plus, terme péjoratif, définition médicale avec noms de maladies (schizophrénie, démence...) - <u>définition dépressif</u> : <i>petite dépression</i> = mélancolie / moment passager où la personne va pouvoir s'en sortir ; <i>grosse dépression</i> = volonté de se détruire	- <u>définition fou</u> : terme ancien, concept médical, connotation péjorative. - <u>définition dépressif</u> : <i>faux dépressif</i> = état dépressif continu consécutif à un choc incurable ; <i>vrai dépressif</i> = maladie mentale ponctuelle
Notion de pratique		
-pratique et institution	-place centrale du soignant -manque de formation -vécu institutionnel impacte directement le relationnel du soignant avec le résident	-soignants très proches des résidents -approche du corps différente en fonction de la « casquette du soignant »
-pratique et maladie	-réaction du soignant dépend de la maladie du résident	-antécédents psychiatriques et de violence impactent prise en

	-la prise en charge des résidents avec maladies psychiatriques demande plus de temps	charge -prise en charge du suicide difficile
-pratique et protocoles	-meilleure prise en charge si connaissance des protocoles -pas assez de temps pour les lire -prise en charge de l'agitation	-prise en charge de l'agitation -contention en prévention des chutes -pas assez de temps pour les lire
-pratique et accès aux soins	-difficultés pour interpellier personnel médical -personnel en EHPAD pas assez écouté avec prise en charge proposée pas souvent adaptée -hospitalisation en psychiatrie plus facile si résident déjà connu de la psychiatrie	-pas assez écoutés par les autres professionnels de santé -décision d'hospitalisation prise en équipe -sentiment de décalage de vision entre demande de soins et réponses apportées aux résidents

Les représentations de la violence se retrouvent principalement autour de la question sur les antécédents psychiatriques des résidents et ce fort lien exprimé entre ces deux représentations. Même si le groupe n'a pas toujours exprimé clairement son consensus sur cet aspect, il n'en demeure pas moins une appréhension devant l'arrivée d'un nouveau résident souffrant de maladie psychique.

Les représentations des pratiques seraient donc influencées par les autres représentations de façon négative mais aussi, paradoxalement, de façon positive. En effet, pour les soignants, il semble que les résidents avec des antécédents psychiatriques nécessitent plus de temps et plus d'attention que les autres résidents.

Cette étude confirmerait donc l'hypothèse que les représentations sont différentes de la population générale mais qu'il demeure encore des idées biaisées autour de la psychiatrie et des résidents souffrant de troubles psychiques.

Les participants ont été particulièrement productifs dans leurs réponses et leurs échanges. Ce travail confirme l'hypothèse que les représentations du personnel diffèrent en de nombreux aspects de la population générale, mais qu'il demeure encore beaucoup d'idées reçues sur la psychiatrie et les résidents souffrant de trouble psychique. En effet, un lien fort entre antécédents psychiatriques et violence se rencontre encore dans le discours des soignants. La prise en charge des résidents souffrant de trouble psychique demeure problématique sur plusieurs aspects, mais le personnel soignant semble plus soucieux de leur accorder plus de temps que pour d'autres résidents.

e .Critique de l'étude.

Il s'agit, sauf erreur de ma part, d'un premier travail qualitatif recueillant la parole des professionnels travaillant en maison de retraite sous la forme d'un focus group. Le recueil des représentations de la violence, des maladies mentales et des pratiques associées peut permettre une meilleure coordination des soins, une amélioration de l'accueil et de l'accompagnement des résidents souffrant de trouble psychique et ainsi diminuer certains préjugés. Les secteurs travaillant avec des EHPAD observent un changement dans les demandes d'intervention des établissements. Il semble que les demandes soient plus ciblées avec une meilleure coopération avec la psychiatrie de liaison. Ce ressenti s'est opéré depuis environ dix ans, peu de temps après le début du lancement de cette formation. Il serait donc intéressant de mieux confirmer ce ressenti.

Les limites de cette étude sont quelque peu intrinsèques à la méthode choisie. En effet, les réponses des personnes interrogées ont pu être quelque peu modifiées par le phénomène de groupe et, il aurait été intéressant de pouvoir faire des entretiens individuels auprès de chaque participant en plus. Le temps des entretiens ne nous a pas permis de pouvoir approfondir la partie sur les représentations sociales des maladies mentales. En principe, les résultats obtenus chez un groupe ne peuvent pas être appliqués à un autre groupe même si les groupes présentent les mêmes caractéristiques.

VI) Conclusion

Cette étude a mis en avant différents aspects du travail chez les professionnels en EHPAD. Elle confirme donc les hypothèses de départ à savoir que l'on retrouve des différences de représentations avec celles de la population générale. Ces différences sont très probablement en lien avec leur travail au quotidien, avec aussi l'intervention de la psychiatrie de liaison sur les structures et pour certains sur les formations reçues avant celle du secteur G18. Bien que des différences s'observent vis-à-vis de la population générale, beaucoup d'idées reçues restent encore véhiculées dans leur quotidien.

Trop peu d'études à ma connaissance se sont intéressées au sujet et une prise de conscience notamment par les pouvoirs publics devrait s'opérer. On peut encore voir récemment des émissions traitant du sujet de l'accompagnement des personnes âgées vivant en EHPAD et se rendre compte des conditions parfois déplorables d'accueil et de soins proposés. *Les jeunes d'aujourd'hui sont les vieux de demain* comme l'a dit encore une soignante renvoyée de son EHPAD pour avoir voulu dénoncer les conditions de vie de ses résidents (<https://www.huffingtonpost.fr/2018/10/05/>). La société a très probablement encore une vision quelque peu négative vis-à-vis de ses aînés.

Les groupes ont su mettre à profit ce temps de dialogue au sein des focus group et ont pointé certaines difficultés dans leur travail. La plupart ont pu se livrer sur leurs expériences et leur vécu intime et, ont permis une bonne dynamique. Les thèmes tels que les représentations sociales ne sont pas toujours évidents à aborder tant ils font appel à nos ressentis, à notre vécu intime, parfois à des préjugés et s'ouvrir devant un groupe de personnes que l'on ne connaît pas n'est pas chose facile.

On remarque qu'il reste cependant encore beaucoup d'à priori et d'idées reçues mais qu'elles ne sont pas forcément en lien avec une connotation négative et peuvent parfois nous surprendre agréablement.

L'intervention du psychiatre au sein de ces structures doit également être renforcée. Le nombre de structures travaillant avec une psychiatrie de liaison n'est pas encore bien défini. Et même pour les structures en bénéficiant, il semble qu'il y ait encore une réelle demande d'attention, d'écoute et de travail institutionnel à investir auprès du personnel.

J'ai pu assister aux cours proposés par l'EPSM d'Armentières et discuter avec les intervenants qui m'ont alors fait part de leur ressenti. Pour eux, la formation est souvent rendue obligatoire pour le personnel où ils observent que beaucoup sont très réticents à venir en début de séance. Mais quasiment à chaque fin du premier cours, les participants en ressortent très satisfaits et ont ce sentiment d'une formation qui leur parle de leur quotidien et qui leur propose du concret. Une certaine prise de conscience s'opère à tel point que depuis le début de la création de la formation à ce jour, les équipes de psychiatrie de liaison en EHPAD observent un changement dans les demandes formulées par celles-ci. Des demandes plus ciblées et plus pertinentes d'intervention, une meilleure écoute des propositions faites par les équipes de psychiatrie, un meilleur respect de la temporalité des résidents avec une diminution de demande d'hospitalisation... Cette formation semble avoir un impact et il serait intéressant de pouvoir en mesurer l'effet.

ANNEXES

Annexe 1 : questionnaire focus group

QUESTIONNAIRE FOCUS GROUPE

Représentation dangerosité : vous êtes-vous déjà senti en insécurité/en danger en présence d'un résident ? Etait-il suivi en psychiatrie ? Description d'une scène en particulier ? Est-ce le cas pour tous les résidents suivi en psychiatrie ? Comment gérez-vous les situations au quotidien ? Avez-vous peur de leur parler ? Avez-vous plus recours à des médicaments que pour d'autres résidents ? Si oui dans quel but ? Quelles autres méthodes utilisez-vous ?

Si à la question initiale « non », avez-vous déjà assisté à des scènes de violence physique et/ou verbale envers vous ou collègues ou un autre résident ? Décrire situation et reprendre questions précédentes.

Représentation des pratiques : Etes-vous systématiquement prévenu lorsqu'un résident est suivi en psychiatrie ? Ya-t-il un accueil particulier pour l'entrée des résidents suivi en psychiatrie ? Pensez-vous que vous devriez être systématiquement prévenu lorsqu'un résident est suivi en psychiatrie ? Si oui, pourquoi ?

Si à la question initiale « non jamais », y-at-il des transmissions orales et/ou écrites en particulier concernant les résidents suivis/ciblés en psychiatrie ?

Devez-vous parfois les attacher ? Pour quelles raisons ? Quelles autres méthodes utilisez-vous ?

Dans quelles situations interpellez-vous le psychiatre ? Pensez-vous que vous n'êtes pas capable de gérer ces situations ? Si oui, pourquoi ?

Représentation sociale :

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

En rencontrez-vous sur votre lieu de travail ? Est-ce normal qu'ils soient présents au sein des EHPAD ?

Selon vous, peut-on guérir un fou ? un malade mental ? un dépressif ?

Si oui, comment ? Avez-vous déjà pu en guérir sur votre lieu de travail ?

Selon vous, quelqu'un qui commet un meurtre est un fou ? un malade mental ? un dépressif ?

Questionnaire*

Date du jour :

NOM et PRENOM :

Age :

Profession :

1) Type de structure dans laquelle vous travaillez, en précisant s'il s'agit d'une unité particulière au sein de la maison de retraite/EHPAD :

2) Depuis combien de temps travaillez-vous au contact de la personne âgée ?

3) Comment avez-vous connu cette formation ?

4) Avez-vous déjà travaillé dans le milieu de la santé mentale/souffrance psychique ou eu une formation/sensibilisation dans ce domaine ? Si oui, dans quel milieu ? Si oui, précisez la formation/sensibilisation.

5) Pensez-vous être concernés par la santé mentale/souffrance psychique ? (entourez la réponse correspondante) :

-Oui puisque j'ai déjà consulté un professionnel dans le champ de la santé mentale/souffrance psychique (psychiatre, médecin généraliste, thérapeute, psychologue...) ou puisque je connais un proche (amis, famille, collègues) qui est ou a été suivi dans le champ de la santé mentale/souffrance psychique (psychiatre, médecin généraliste, thérapeute, psychologue...)

-Non puisque je ne suis pas suivi et que je ne connais personne qui soit concernée.

-Non et cela ne m'intéresse pas.

-Ne souhaite pas répondre.

*Ce questionnaire sera rendu complètement anonyme dans l'analyse des données et aucun nom et/ou prénom ne figura dans le rapport final. En participant à ce focus groupe, j'accepte que cette session soit enregistrée par dictaphone. Les enregistrements resteront anonymes et aucun nom et/ou prénom ne figura dans le rapport final.

Bibliographie

- <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000746.pdf>.
- <http://www.agisme.fr/spip.php?article10>
- <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2003-6-page-23.htm>
- <https://www.ehpa.fr/actualite/reedition-du-rapport-laroque-le-temps-passe-rien-ne-change>

- Clesse, C., I. Dumand, E. Nassau, C. Prudent, M. Decker, C. Savini, J. Lighezzolo-Alnot, et M. Batt. 2016. « Représentations sociales du vieillissement des sujets porteurs de troubles psychiques : impacts et conséquences d’une double stigmatisation ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 16 (95): 291-99.
- Déborah Sebbane « “être” psychiatre : clichés, réalités et perspectives. » <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/efaa28eb-b914-4835-87c9-f006cba91e7f>.
- Fisher GN. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris: Dunod; 1987
- Fourcade - 2005 - De l’hospice à l’EHPAD passage d’un projet de soin à un projet de vie.»
- Giordana J-Y. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Masson; 2010
- Goffman E. *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. 1963
- Jacqueline Trincaz "Personne âgée : quelles représentations sociales ? Hier et aujourd’hui".
- Leyens JP. " *Sommes-nous tous des psychologues?*" Liège: Mardaga; 1983
- Link BG, Phelan JC. *Conceptualizing Stigma*. *Annu Rev Sociol.* 2001
- Onwuegbuzie, Anthony J., Wendy B. Dickinson, Nancy L. Leech, et Annmarie G. Zoran. 2009. « A Qualitative Framework for Collecting and Analyzing Data in Focus Group Research ». *International Journal of Qualitative Methods* 8 (3): 1-21.
- Onwuegbuzie et Frels - 2015 - "A Framework for Conducting Critical Dialectical Pl "
- « Représentation de la personne âgée chez les soignants » <http://cec-formation.net/pagesperso-orange.fr/memoirerepresentationpa.html>.
- Roelandt, J.-L., A. Caria, L. Defromont, A. Vandeborre, et N. Daumerie. 2010. « Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France ». *L’Encéphale* 36 (3): 7-13.
- Thornicroft, Graham, Diana Rose, Aliya Kassam, et Norman Sartorius. 2007. « Stigma: Ignorance, Prejudice or Discrimination? » *British Journal of Psychiatry* 190 (03): 192-93.
- Villez, Alain. 2007. « EHPAD, NURSING HOMES: PATTERN CRISIS ». *Gérontologie et société* 30 / n° 123 (4): 169-84.

Résumé du mémoire :

« Comment les représentations sociales de maladie mentale du personnel en EHPAD impactent leur travail »

Problématique :

Les usagers de psychiatrie vieillissent de plus en plus grâce à de meilleures prises en charge globale. Leur accueil au sein des EHPAD peut cependant poser des difficultés au personnel et ceux à plusieurs niveaux (institutionnel, manque de formation, difficultés d'interaction avec la psychiatrie...). Ce mémoire questionne les représentations sociales du personnel travaillant en EHPAD vis-à-vis des personnes présentant des troubles psychiques.

Méthode :

2 « focus group » ont été constitués afin de les questionner sur les représentations sociales de la maladie mentale autour de 3 grandes représentations : violence, maladie mentale, pratique. Une grille d'entretien centrée sur les différents thèmes abordés a permis de mieux cibler les représentations des différents intervenants et de dégager des avis partagés.

Résultats :

Les participants ont été particulièrement productifs dans leurs réponses et leurs échanges. Ce travail confirme l'hypothèse que les représentations du personnel diffèrent en de nombreux aspects de la population générale, mais qu'il demeure encore beaucoup d'idées reçues sur la psychiatrie et les résidents souffrant de trouble psychique. En effet, un lien fort entre antécédents psychiatriques et violence se rencontre encore dans le discours des soignants. La prise en charge des résidents souffrant de trouble psychique demeure problématique sur plusieurs aspects, mais le personnel soignant semble plus soucieux de leur accorder plus de temps que pour d'autres résidents.

Conclusions :

La psychiatrie de liaison doit encore poursuivre ses efforts dans le dialogue et la formation avec les EHPAD. Des changements de comportement et de représentations peuvent émerger grâce à une écoute attentive et à une temporalité plus en lien avec le travail du soignant.

Mots clés : représentations sociales – maladie mentale - EHPAD – pratique – violence - stigmatisation