

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR
EN MÉDECINE**

***Les représentations sociales de la maladie mentale
auprès du personnel travaillant en EHPAD.***

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 16 septembre 2020 à
18h00 au Pôle Formation

par Benjamin VINNAC

JURY

Président :

Monsieur le Professeur

Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur

Guillaume VAIVA

Monsieur le Docteur

Fabien D'HONDT

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur

Jean-Paul DURAND

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

« Ma vieillesse, c'est cette période de ma vie qui me rapproche de ma mort mais c'est aussi celle qui me sépare encore de ma mort. »

Michel Billé, sociologue français.

« Encore que la santé soit le plus grand de tous ceux de nos biens qui concernent le corps, c'est toutefois celui auquel nous faisons le moins de réflexion et que nous goûtons le moins. La connaissance de la vérité est comme la santé de l'âme : lorsqu'on la possède, on n'y pense plus. »

René Descartes, philosophe. Lettre à Chanut, 31 mars 1649.

SOMMAIRE

Introduction	7
I. Définition du concept de représentation sociale.....	10
A. Représentation sociale.....	10
1) Concept historique.....	10
2) Définition.....	13
3) Composition et formation des représentations sociales.....	15
4) Fonction des représentations sociales.....	17
B. Stigmatisation	19
1) stigmates	20
2) Les préjugés	22
3) Les stéréotypes.....	23
4) Stigmatisation et discrimination.	24
C. Un concept multiple et dynamique.....	25
D. La stigmatisation chez la personne âgée.....	26
E. La stigmatisation chez les personnes souffrant de trouble mental.....	32
F. Lien entre stigmatisation et exercice professionnel : quel impact ?.....	34
II. La Représentation de la normalité en psychiatrie.....	36
A. Une brève histoire de la naissance de la psychiatrie	37
B. De la norme à l(°)a-normalité.....	41
C. Sociologie de la maladie mentale.....	44
1) Statistiques et épidémiologie.....	45
2) Aspect médical et nosographique.....	49

3) La thérapeutique dans la construction de la norme.....	55
III. Perception de la maladie mentale auprès du personnel travaillant en EHPAD...	57
IV. Enquête réalisée sur les représentations sociales de la maladie mentale dans le département du Nord auprès de 7 EHPAD.....	60
A. Description de l'étude.....	60
B. Objectifs	61
C. Population étudiée.....	61
D. Création du questionnaire.....	62
E. Analyses statistiques.....	62
F. Résultats.....	62
1. Données sociodémographiques.....	62
2. Connaissances sur la santé mentale.....	67
3. L'accueil du résident.....	69
4. Au quotidien.....	72
G. Discussion générale :	83
1. Données socio-démographiques.....	83
2. Connaissance en santé mentale.....	85
3. L'accueil du résident.....	88
4. Au quotidien.....	90
5. Représentations sociales.....	95
CONCLUSION.....	102
Annexes 1 : questionnaire diffusé sur les représentations sociales de la maladie mentale	104
Bibliographie par ordre alphabétique.....	111

INTRODUCTION

La lutte contre l'épidémie du SARS-CoV2 des derniers mois a été un moment de crise majeure et une remise en question de beaucoup de nos libertés individuelles. Le confinement, mesure nécessaire dans cette lutte, a cependant révélé les fragilités des personnes les plus vulnérables dans la société et notamment chez les personnes âgées vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cet isolement a été un facteur de risque important pour la santé mentale de nos aînés.ées. Privés.ées de certaines libertés et de relation avec leurs proches, ils ont été contraints à une « *société de survie* » comme la qualifie le philosophe italien Giorgio Agamben. Perçus comme des personnes à protéger mais n'ayant pas accès aux soins nécessaires durant l'épidémie et ne possédant pas forcément l'entièreté de leur capacité de discernement, cette période nous interroge de nouveau sur notre vision vis-à-vis de nos aînés. « *Lorsque notre horizon se rétrécit, que la dépendance s'installe, qu'est-ce qui pourrait nous donner envie de vivre encore si ce n'est le plaisir de la rencontre, du lien, de l'affection ?* » Michel Billé sociologue français.

Henri Hey, psychiatre du XXe siècle, définissait la psychiatrie comme « *une pathologie de la liberté et de la vie de relation. La maladie mentale c'est ce qui aliène* ». La société, de par sa fonction de contrôle sociale comme la décrit Foucault vis-à-vis des institutions, vient également questionner cette liberté et engendre une forme d'aliénation chez toute personne qui ne rentrerait pas dans ce cadre normatif constitué par notre regard sur l'autre. La sociologie permet d'apporter un éclairage dans nos rapports du quotidien et dans notre conception du normal. Elle vient interroger nos représentations, à la fois en lien avec la maladie mentale mais aussi celle relative à la perception de la vieillesse.

Le poids de nos représentations sociales sur les personnes souffrant de maladie mentale est un des facteurs déterminant le développement et l'intégration des personnes qui en souffrent. Ces représentations peuvent notamment véhiculer des images négatives et ainsi contribuer à une mauvaise prise en charge des usagers de psychiatrie qui confèrent alors, dans sa forme la plus extrême, à une stigmatisation. La lutte contre ces représentations négatives, cette stigmatisation, a été définie par l'OMS comme un enjeu majeur afin de contribuer à l'amélioration de celles-ci (Clesse et al. 2016).

Seulement, encore de nos jours, la stigmatisation et la discrimination des personnes âgées souffrant de troubles mentaux est un problème gravement négligé (Sartorius, 2003 ; Depla et al. 2005). Il est important d'insister sur cette double charge dont souffrent les personnes âgées ayant un trouble mental et qui méritent une attention particulière : le poids des représentations de la vieillesse et celui de la maladie mentale (Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux, rapport OMS 2002). A double représentation, double stigmatisation.

Les troubles mentaux chez les personnes âgées vivant en institution sont pourtant fréquents et ils représentent une source importante de charge pour les sociétés. Il y a un risque élevé que cette charge augmente de façon dramatique avec le vieillissement des populations. Aujourd'hui, les progrès de la médecine permettent d'assurer une longévité de plus en plus grande chez les usagers de psychiatrie. Ces usagers, souffrant de pathologie chronique notamment, ont une espérance de vie plus importante qu'avant. Ils se voient plus fréquemment être placés dans des institutions de type EHPAD. Parallèlement à ce phénomène, la prévalence des troubles mentaux chez les personnes âgées vivant en institution semble augmenter (Troubles psychiatriques du sujet âgé : données épidémiologiques et morbi-mortalité associée. Schuster et al. 2013). Dans ce contexte, la stigmatisation reste l'obstacle le plus important pour assurer l'accès aux soins de qualité pour les personnes âgées

avec des troubles mentaux (Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux, rapport OMS 2002).

Or, le personnel travaillant au contact de la personne âgée ne semble pas assez sensibilisé à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques alors même qu'il exprime une volonté d'être mieux formé (Lachant 1999). A ce jour, très peu d'études se sont intéressées aux représentations de la maladie mentale chez le personnel travaillant en EHPAD. Il semblerait que leurs représentations sociales se rapprochent beaucoup de celles de la population générale (Grenouilloux 2011). En conséquence, on peut s'attendre à une certaine méconnaissance de la pathologie mentale avec comme risque principale une forme de stigmatisation envers les personnes âgées souffrant de trouble psychique.

L'objectif principal de ce présent travail est d'objectiver les représentations de la santé mentale du personnel travaillant en EHPAD. Les objectifs secondaires sont d'établir les connaissances du personnel sur la santé mentale, de mieux connaître leurs méthodes de travail et notamment en lien avec la psychiatrie de liaison. L'hypothèse principale est que leurs représentations sont similaires à celles de la population générale décrites dans les différentes études.

I. Définition du concept de représentation sociale

A. Représentation sociale

A. 1. Concept historique

Au sens étymologique du terme, "représenter" vient du latin *repraesentare* signifiant rendre présent ou renvoyant au fait de dépeindre (Dictionnaire Larousse). Emile Durkheim, sociologue français, fut le premier à introduire cette notion de représentation en 1912, qu'il appelait « représentation collective » (*Les Représentations Sociales*, Bonardi Christine et Roussiau Nicolas, 1999). La sociologie définit ainsi l'unité de base de sa construction dans le groupe social. Selon Durkheim, elle s'explique par une conscience collective qui supprime les représentations individuelles. La conscience collective perdure au-delà des générations contrairement aux représentations individuelles. La question de l'objectivité perd de son sens puisque seule compte une forme de vrai ou de certitude sociale permettant ainsi la cohésion du groupe. Ce concept de représentation collective a évolué sous l'influence de différents auteurs, tels que Ramognino ou Maffesoli, qui conserveront cette idée centrée sur l'influence primordiale du groupe comparativement à l'individu (sans le nier pour autant) et s'attacheront à définir une partie statique de la représentation et une autre plus dynamique évoluant avec le temps et les mentalités.

Durkheim rappelle en ces propos : « *Les premiers systèmes de représentations que l'homme s'est fait du monde et de lui-même sont d'origine religieuse* » (Durkheim : entre religion et morale, Robertson 2003). La religion et la philosophie théologique ont probablement été les premières à se questionner sur l'émergence des systèmes de pensées. La philosophie a exercé une influence importante sur la conception de l'œuvre de Durkheim et s'est par la suite

enrichi de son travail. La philosophie et la sociologie se sont quelque peu éloignées par la suite et ont évolué de façon parallèle dans leurs travaux sur ce sujet.

Le concept de représentation sociale a été un objet d'étude dans plusieurs domaines et s'est ainsi enrichi de ces différents apports. Deux disciplines principalement ont exercé une plus grande influence après Durkheim : l'anthropologie et la psychologie.

Ainsi, l'anthropologie a permis d'apporter un autre éclairage sur ce concept. A la fois vue comme une "branche de la philosophie" avec l'étude anthropométrique et comme une "évolution de la sociologie", l'anthropologie étudie aussi les représentations collectives en lien avec la dynamique individuelle et ses représentations individuelles (Les Représentations Sociales, Bonardi Christine Roussiau Nicolas, 1999). L'anthropologie peut ainsi être décrite très schématiquement comme l'étude des relations d'objet de l'homme avec son milieu. Dans l'étude des représentations collectives, Lévi-Strauss a notamment préconisé de travailler à partir des représentations individuelles car, d'un point de vue méthodologique, les représentations individuelles sont plus élémentaires et, par conséquent, plus simples à étudier. Certains auteurs ont même préféré négliger les représentations collectives dans leur approche. L'anthropologie part du postulat qu'un changement à un quelconque niveau d'une société humaine entraîne une évolution des structures sociales et des mentalités qui engendre forcément un changement dans les représentations collectives.

La psychologie s'est aussi intéressée à définir ce concept de représentation sociale. La psychologie sociale principalement mais également la psychologie cognitive sont parmi les plus productives en termes de publications. Schématiquement, la psychologie sociale formule que les représentations sociales sont à la fois générées par des individus, acquises (de la société), reproductrices du social (comme chez Durkheim à savoir se transmettant de

génération en génération) et qu'en même temps elles produisent de la nouveauté (Les Représentations Sociales, Bonardi Christine Roussiau Nicolas, 1999).

Bien que le panorama actuel des recherches en matière de représentations sociales ait évolué, les bases théoriques originelles n'ont rien perdu de leur efficacité (Les Représentations Sociales, Bonardi Christine Roussiau Nicolas 1999). Une représentation reste un ensemble de contenus, de savoirs qui sont propres à chaque personne mais qu'elle partage aussi avec d'autres individus. Une représentation sociale se définit ainsi comme une structure dynamique, évolutive, en reconstruction permanente sous l'influence des conditionnements et orientations émanant de nos sociétés ou de nos groupes d'appartenance. Pour la compréhension de l'exposé qui suit, il est cependant important d'avoir du concept de représentation sociale une définition claire et la plus actualisée possible tout autant qu'il est nécessaire de comprendre les mécanismes qui sous-tendent cette notion.

A.2. Définition

Il est difficile de décrire de façon précise et complète la notion de représentation sociale. Certains auteurs ont toutefois tenté d'en donner une définition globale.

D'après D. Jodelet : *« 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. »* ("Être" psychiatre, clichés, réalités et perspectives : résultats d'une enquête nationale française menée en 2013 sur la stigmatisation de la profession, Sebanne D. 2014). Elle précisera par la suite la nécessité d'aborder l'étude des représentations sociales « en

articulant éléments affectifs, mentaux et sociaux, et en intégrant, à côté de la cognition, du langage et de la communication, la prise en compte des rapports sociaux qui affectent les représentations et la réalité matérielle, sociale et idéale sur laquelle elles ont à intervenir ».

Pour C. Flament : *« une représentation est un ensemble de cognèmes (le cognème est la plus petite unité cognitive ; c'est l'unité de base de toute élaboration théorique), organisé par de multiples relations ; ces relations peuvent être orientées (implication, causalité, hiérarchie...) ou symétriques (équivalence, ressemblance, antagonisme...), mais toutes peuvent se "dégrader" en une relation symétrique traduisant l'idée vague d'aller ensemble ; cette relation, en général, n'est pas transitive : si "a" va avec "b" pour certaines raisons et "b" avec "c" pour d'autres raisons, il se peut fort bien que "a" et "c" n'aient aucune raison d'aller ensemble »* (Les Représentations Sociales, Bonardi Christine Roussiau Nicolas 1999).

Pour Gustave Nicolas Fisher : *« La représentation sociale est un processus, un statut cognitif, permettant d'appréhender les aspects de la vie ordinaire par un recadrage de nos propres conduites à l'intérieur des interactions sociales »* ("Être" psychiatre, clichés, réalités et perspectives : résultats d'une enquête nationale française menée en 2013 sur la stigmatisation de la profession, Sebanne D. 2014).

Le concept de représentation sociale comporte dans la plupart des définitions trois caractéristiques majeures et interdépendantes :

- **La communication** : elle permet de définir un lieu d'élaboration des représentations et *« un code pour leurs échanges et un code pour nommer et classer de manière univoque les parties de leur monde, de leur histoire individuelle ou collective »* selon Moscovici (La psychanalyse, son image et son public ; Moscovici 1961). On retrouve ainsi un rapport réciproque de la

communication à la représentation et inversement de la représentation vers la communication définissant alors une dynamique sociale.

- **La re-construction du réel** : il n'y a de réalité sociale que dans l'interaction entre les individus et les groupes, formant une dynamique communication-représentation. Celle-ci permet alors une reconstruction de la réalité quotidienne de l'individu et/ou du groupe.
- **La maîtrise de l'environnement** : l'ensemble permet ainsi à l'individu de se situer dans son environnement et de le maîtriser, c'est l'utilité sociale de la représentation (Les Représentations Sociales, Bonardi Christine Roussiau Nicolas 1999).

A.3. Composition et formation des représentations sociales

Une représentation sociale se compose d'un ensemble d'idées, d'images, d'informations, d'opinions, d'attitudes, de valeurs etc... Cet ensemble s'articule autour d'une logique et d'un langage particulier.

Ce travail de définition d'une représentation sociale a été initié par Moscovici (La psychanalyse, son image et son public ; Moscovici 1961) principalement autour de deux processus :

- **Processus d'objectivation**
- **Processus d'ancrage**

Ce premier processus, **dit d'objectivation**, est à l'origine de la représentation sociale. Il consiste à rendre concret une situation ou un état qui serait abstrait, pour lui donner une place

dans le monde imaginaire de l'individu. Il rend ainsi compte de la manière dont celui-ci sélectionne l'information socialement disponible. L'individu privilégie certaines informations au détriment d'autres et les dissocie de leur contexte social initial, beaucoup trop complexe pour lui. Cette extraction des informations, qui font sens en lui, s'accompagne forcément d'un réajustement, certaines informations deviennent plus importantes que d'autres et sont souvent simplifiées pour une meilleure compréhension. L'ensemble de ces informations retenues forme un « noyau figuratif » de représentation, une image stable et communicable. Il donne alors une structure hiérarchisée d'éléments, une pré-représentation en quelque sorte. Ainsi, ce processus d'objectivation passe par une transformation de l'objet de la représentation qui s'écarte alors de la réalité de cet objet et transforme la vérité de celui-ci.

Le processus d'ancrage se charge d'intégrer l'objet représenté dans un système de pensée préexistant. Il permet de donner une efficacité concrète au noyau figuratif créé dans le processus d'objectivation. En effet, la construction de la représentation d'un objet nouveau pour le sujet s'opère en référence à des croyances, à des valeurs et à des savoirs qui préexistent et qui sont dominants. Une comparaison entre ces informations nouvelles et le stock de catégories familières et fonctionnelles déjà connu permet une meilleure harmonisation de cet ensemble. Ainsi, d'après Moscovici, on rend familier ce qui est étranger. La représentation sociale va donner un sens à l'objet en créant des liens entre ce nouveau domaine et ce qui nous est déjà connu. Elle permet ainsi la concrétisation de cet objet et son fonctionnement quasi-instantané dans la façon de penser et d'agir de l'individu (Les Représentations Sociales, Bonardi Christine Roussiau Nicolas 1999).

Ce travail initial sera repris par Jean-Claude Abric sur les bases théoriques de Moscovici mais sera incorporé dans une approche méthodologique différente (Coopération, compétition et représentations sociales, Jean-Claude Abric 1990). Abric propose notamment une approche plus inductive et structurée par des questionnaires précis dans l'abord des représentations

sociales (en premier lieu quantitatif puis parfois qualitatif en second lieu). Il définit ainsi **un noyau central**, quelque peu similaire au « noyau figuratif » de Moscovici, qu'il définit comme « *tout élément –ou ensemble d'éléments– qui donne à cette représentation sa signification et sa cohérence* ». Il précise également que ce noyau central « *détermine la nature des liens qui unissent entre eux les éléments de la représentation. Il est en ce sens l'élément unificateur et stabilisateur de la représentation* » (Coopération, compétition et représentations sociales, Jean-Claude Abric 1990). Ce noyau central possède à la fois une fonction génératrice : « *il est l'élément par lequel se crée ou se transforme la signification des autres éléments constitutifs de la représentation. Il est ce par quoi les éléments de la représentation prennent un sens, une valeur* » et une fonction organisatrice entre les cognitions du système central et ceux dits de périphérie (Les Représentations Sociales, Bonardi Christine Roussiau Nicolas 1999).

Ce système périphérique, qualifié parfois d'élément annexe et sous la dépendance du noyau central, possède plusieurs fonctions :

- *Fonction de régulation* : il régule par principe d'économie cognitive les désaccords entre les paramètres internes de la représentation et les informations nouvelles de l'environnement.
- *Fonction de défense* : il protège le noyau central des "attaques" extérieures.
- *Fonction de concrétisation* : il rend compréhensible les éléments de la représentation aux individus (Les Représentations Sociales, Bonardi Christine Roussiau Nicolas 1999).

Définie structurellement comme telle, l'étude des représentations sociales doit permettre de préciser les liens qui existent entre l'élément central et périphérique. Cependant, les recherches actuelles ne permettent pas toujours de bien différencier ces liens et il est parfois

décrit des éléments périphériques possédant une même saillance que l'élément central qui leur est rattaché. En toute logique, l'élément central est sensé être davantage saillant que l'élément périphérique mais cet aspect reste encore débattu. La distinction entre les éléments centraux et périphériques nécessite un temps d'étude assez long et ne permet pas toujours de conclure sur cette notion de saillance (Les Représentations Sociales, Bonardi Christine Roussiau Nicolas 1999).

A.4. Fonction des représentations sociales

La fonction des représentations sociales est multiple. Jean-Claude Abric décrit principalement quatre grandes fonctions (Coopération, compétition et représentations sociales, Jean-Claude Abric 1990) :

- ***Fonction de savoir*** : les représentations sociales permettent de comprendre et d'expliquer la réalité. Elles servent à avoir des actions concrètes et cohérentes sur le réel. Les représentations sociales permettent la transmission de connaissances sur l'objet représenté. Ces connaissances sont variables d'un groupe social à un autre, puisqu'elles sont filtrées, modelées pour être adaptées au contexte dont elles dépendent.
- ***Fonction identitaire*** : les représentations sociales permettent de donner une cohésion groupale. Elles définissent l'identité et permettent la sauvegarde de la spécificité des groupes. Ces représentations, reconnues par tous les individus d'un même groupe, visent à valoriser l'appartenance à un groupe plutôt qu'à un autre, renforçant ainsi les liens entre les membres d'un groupe social.
- ***Fonction d'orientation*** : elles guident les comportements et les pratiques. Le comportement face à un objet dépend plus de sa représentation que de sa réalité objective.

- **Fonction de justification** : elles permettent a posteriori de justifier les prises de position et les comportements. La référence aux représentations permet à chacun de justifier ses conduites. Cette fonction pérennise la représentation et renforce le sentiment d'appartenance à un groupe.

En raison de leur nature, les représentations sociales constituent un ensemble de connaissances communes à propos d'un objet donné. Elles guident également 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 a posteriori 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 afin de cibler un possible décalage entre les représentations sociales et la réalité, décalage qui peut engendrer un phénomène discriminatoire (Clesse et al. 2016a). Selon D. Jodelet « *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* ». Ces propos illustrent encore une fois l'importance que peuvent avoir ces représentations sociales dans notre quotidien.

Beaucoup d'études 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). Les conséquences de nos représentations sociales ont parfois des répercussions sur nos comportements. Certaines auront un impact positif d'autres plutôt négatif. Il peut en résulter alors un processus de stigmatisation qui détermine

notre façon de concevoir, d'appréhender et d'interagir avec le monde. Comprendre ce mécanisme est d'une importance cruciale puisqu'il permet d'expliquer certains phénomènes de rejet envers les personnes souffrant de pathologie psychique.

B. Stigmatisation

Le concept de stigmatisation peut être abordé dans la continuité de celle de la représentation sociale, à la fois 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 normalisation des comportements associée à la déviance de ceux-ci, la vulnérabilité et les rapports de pouvoirs, la représentation sociale et l'identité même de la personne (Velpry 2008). La notion de représentation sociale est à bien des égards un élément central et fondateur dans ce processus de stigmatisation, bien que ce dernier soit souvent décrit comme un ensemble de couches successives ("être" psychiatre : clichés, réalités et perspectives. Déborah Sebbane).

Les « stigmates », les « préjugés » et les « stéréotypes » peuvent être compris comme des représentations sociales. Ils se définissent plus précisément par un phénomène de catégorisation 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 des sujets du quotidien comme la vieillesse mais aussi la santé, les maladies mentales et le rapport à la norme. Il importe de définir ces notions pour tenter de mieux comprendre le concept complexe de stigmatisation.

B.I. 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. Il permettait ainsi d'indiquer au reste de la société leur statut inférieur ou leur moindre valeur en tant que membres de la cité. Mais il désignait également les marques faites aux recrues militaires dans l'Empire Romain (Giordana J-Y. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Masson; 2010.). Par la suite, le terme est passé du grec au terme latin « *stigmata* » : marques imprimées aux esclaves et marque d'infamie. Ce terme traverse les âges et s'applique aujourd'hui plus sous une forme de disgrâce qu'à son contenu corporel. Ce terme de stigma prend alors source dans une conception moralisatrice attribuée à une personne qui se voit dépossédée de sa substance et de son unité (“être” psychiatre : clichés, réalités et perspectives. Déborah Sebbane).

A l'inverse, le concept de stigmaté que l'on retrouve dans les représentations religieuses notamment catholique et plus particulièrement celles sur le corps du Christ renvoie à une connotation plus positive avec à la fois une notion de souffrance de dévotion et de dévouement. Il emprunte alors une consonance sacrée conférée par les saintes écritures (“être” psychiatre : clichés, réalités et perspectives. Déborah Sebbane).

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 (“être” psychiatre : clichés, réalités et perspectives. Déborah Sebbane).

Progressivement, cette notion de « stigmaté » a infiltré le vocabulaire médical (fin XIX^e début XX^e), il désigne alors un « état morbide peu apparent » (1847) ou « des traces laissées par une maladie » (1904). Le stigmaté 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 (« être » psychiatre : clichés, réalités et perspectives. Déborah Sebbane).

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

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

Goffman met aussi l'accent sur le caractère "dynamique" de la construction et du maniement du stigmaté, 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...) (Goffman E. Stigmaté : Les usages sociaux des handicaps. 1963).

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 possède 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 ». (Goffman E. Stigmaté : Les usages sociaux des handicaps. 1963)

B.2. Les préjugés

Ce concept de préjugé peut être compris sous l'angle d'une relation entre d'un côté une personne victime de stigmatisation et de l'autre une personne qui se comporte comme stigmatisant. Ce rapport, médiatisé par un jugement a priori, a été étudié notamment par les psycho-sociologues, branche spécifique de la psychologie sociale s'intéressant à la pratique d'intervention dans la vie sociale. 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* » ("*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* ». ("*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* ». Le but affiché selon l'auteur 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*, 2001), la stigmatisation est conçue comme un cercle vicieux faisant appel à plusieurs mécanismes : étiqueter, stéréotyper, séparer, discriminer et priver de pouvoir un groupe social.

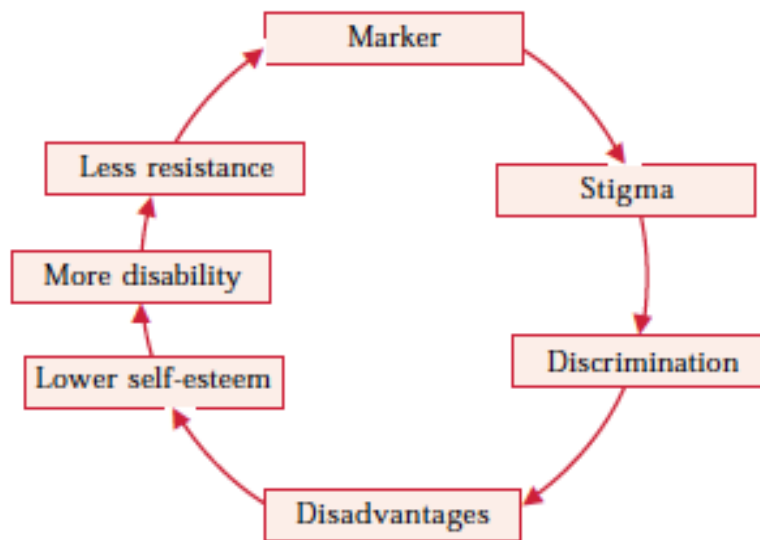
Dans son ouvrage *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*, D. Jodelet propose un consensus de ce concept du processus de stigmatisation au carrefour de plusieurs dimensions :

- **dimensions symboliques** avec nomination, étiquetage, attribution de traits catégoriels relevant du stéréotype ou du préjugé
- **dimensions pratiques** avec disqualification, ségrégation, distance et exclusions sociales
- **liens avec les contextes** de vie et les situations d'interaction
- **association à la distinction** entre « eux » et « nous », et aux relations de pouvoir (*Jodelet D. Postface. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Masson. 2010*).

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. Cette notion de stigmatisation mériterait d'être plus longuement développé mais par 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. Déborah Sebbane) qui caractérise le processus de stigmatisation comme suit :



Processus de stigmatisation selon Sartorius. Termes anglais "Marker" pour étiquetage ; "stigma" et "discrimination" pour respectivement stigma et discrimination ; "disadvantage" désavantage ; "lower self-esteem" pour moindre estime de soi ; "more disability" pour plus d'handicap ; "less resistance" pour "moindre résistance".

Ce schéma illustre le *"cercle vicieux"* et ces mécanismes dans ce processus de stigmatisation. Le stade de l'étiquetage ("Marker") est le premier à insérer une différence entre deux individus ou deux groupes. Une fois constitué, des comportements en lien avec cette différence entraînent le stigma ("stigma") qui renforce la discrimination ("discrimination") avec des désavantages ("disadvantages"). La personne victime de ce processus éprouve alors une moindre estime de soi ("lower self-esteem") avec plus d'handicap ("more disability") et au final une moindre résistance ("less resistance") à lutter contre cet ensemble qui renforce ainsi l'étiquetage initial.

D. La stigmatisation chez la personne âgée.

Il est très surprenant de percevoir dans un premier temps que nos représentations du "grand âge" sont souvent connotées négativement. Lors du 32ème congrès de la Société de Psychogériatrie de Langue Française organisé à Bruxelles en septembre 2016, une conférence

avait pointé que la plupart des personnes interrogées dans un échantillon représentatif de la population belge donnaient spontanément des mots négatifs. En effet, lorsqu'on les interrogeait sur les premiers mots qui leur viennent à l'esprit après le terme "personne âgée", des mots chargés de sens comme "ennuyeux", "dépendant", "fragile"... revenaient fréquemment (Clesse et al. 2016). Ce ressenti est repris dans des études sociologiques et laissent à penser que ce contexte est très propice à un rejet de la personne âgée avec au final de la stigmatisation (Personne âgée : quelles représentations sociales ? Hier et aujourd'hui. Jacqueline Trincaz, octobre 2019). Le processus de vieillissement est déjà par nature une construction sociale (Vieillissement et santé mentale : droits et accès aux services de santé mentale, rapport de recherche, Gagné J. Poirier M. 2018). Outre la définition du sujet âgée par l'OMS pour toute personne de plus 65 ans (<https://www.who.int/topics/ageing/fr/>) et le regard médical associé, la personne est vue comme âgée par le regard de l'autre. Par cette construction individuelle puis collective se forme une représentation qui se connote négativement au plus la personne étiquetée comme âgée perd de son autonomie et de son attractivité.

« *Le vieillissement est une étape de la trajectoire de vie* » écrit Vincent Caradec, professeur de sociologie (Caradec 2009). L'usage de la notion d'âge elle-même est le produit d'une pratique sociale déterminée, qui s'explique surtout par des nécessités de logiques gestionnaire et administrative (Ranchin 2013). En effet, l'invention de la "vieillesse" comme catégorie dans la "politique de la vieillesse" est un travail de normalisation qui définit l'action politique étatique. Aujourd'hui, le désir de bien vieillir de chacun, vieillir sans trop d'inconvénients, est donc devenu une des préoccupations premières dans les cercles politiques (Ranchin 2013).

Cette trajectoire de la vie par le vieillissement ne s'accorde que peu sous l'aspect non pathologique. On devient vieux quand les premières douleurs apparaissent. Il est alors fréquent de faire de la vieillesse un problème médical. La personne âgée est vue sous l'angle de la fragilité (Ranchin 2013). Les personnes âgées sont socialement perçues comme déviantes par rapport à des normes sociales basées sur la santé, la productivité, la jeunesse, l'indépendance et l'autonomie. Et plus on appuie sur une norme, plus on prend le risque de l'exclusion de ceux qui ne correspondent pas (Ranchin 2013).

L'allongement de la durée de la vie devrait être perçu comme « *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>). « *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. Nous sommes passés d'une société traditionnelle où les rôles étaient davantage prescrits avec une vie collective plus riche à une société prônant un libéralisme sans fin qui exalte l'autonomie et l'initiative* » ("Personne âgée : quelles représentations sociales ? Hier et aujourd'hui", Jacqueline Trincaz, octobre 2019).

La question que se posait l'individu avant était « que m'est-il permis de faire ? » et aujourd'hui « suis-je capable de le faire ? » (Santé mentale et souffrance psychique, Coutant et Wang 2018). Un paradoxe de poids lorsque l'on prône l'autonomie chez des personnes qui suscitent au plus elles vieillissent l'altruisme et l'aide de ses plus jeunes. Ce modèle de l'autonomie conforte cette rupture entre les générations. Il n'est alors pas rare d'entendre que l'on préférerait mourir plutôt que de finir comme "tel vieux" ou "telle vieille".

Cette stigmatisation se retrouve ainsi autour de grands thèmes forts tels que la dépendance, l'économie, le temps...

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 Trincaz, octobre 2019). La personne âgée est encore une fois renvoyée à son incapacité à produire, à être un acteur de l'économie. Si elle peut être un acteur de consommation, elle est surtout perçue comme une personne qui profite du système par la pension qu'elle perçoit. Elle est renvoyée à cette vision du coup dans une société qui prône au moins l'autonomie si ce n'est la productivité (Clesse et al. 2016). La personne âgée est un sujet de perte voir de ruine.

« La crise du système est inéluctable. Le prélèvement sur l'activité économique sera considérable. Qui paiera ? Les retraités.ées 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 » ("Personne âgée : quelles représentations sociales ? Hier et aujourd'hui", Jacqueline Trincaz, octobre 2019).

En ce qui concerne le système de soins, les discours sont eux aussi alarmistes et consensuels. La personne âgée est vue principalement sous l'angle du déclin cognitif. Elle ne peut à aucun moment apprendre de nouvelles choses, s'émerveiller sur des découvertes, ressentir du plaisir dans des activités (Clesse et al. 2016). Ce discours pessimiste conduit à faire de la vieillesse un synonyme de handicap, de maladie et amène logiquement à se questionner sur ce thème toujours central en lien avec la vieillesse : le coût. Ce coût de cette dépendance, ce coût dans

l'accompagnement, ce coût dans les soins... Et un coût qui n'aboutit qu'à une mort certaine. Un coût vain. Cette image écrasante du poids économique des vieux, peut-être pour certain trop caricaturale, renforce ce processus stigmatisant. Certains sociologues prédisent une "guerre des générations" (Chauvel, 1998). « *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* » (Personne âgée : quelles représentations sociales ? Hier et aujourd'hui, Jacqueline Trincaz, octobre 2019).

« *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). Une image de la démence qui s'oppose au souhait sociétal du développement personnel et qui aboutit à un décalage générationnel (Coutant et Wang 2018). En effet, les pouvoirs publics promeuvent « *une vie bonne mais au sens où celle-ci doit être autant source de satisfaction individuelle que d'utilité économique et sociale en répondant aux attentes néolibérales de productivité. C'est l'une des raisons fortes pour laquelle le bien-être représente, plus qu'un simple idéal social, un point de tension problématique entre d'un côté les luttes pour le desserrement des contraintes qui entravent l'épanouissement individuel, et de l'autre l'extension des normes définissant la bonne santé totale s'opérant, elle aussi, au nom de l'amélioration des conditions d'existence individuelles et collectives* » (Coutant et Wang 2018).

En dehors de la sphère familiale, les jeunes et les vieux ne se côtoient plus. Chacun vit sur des espaces différents dans des temps séparés. Cet écart générationnel peut s'expliquer en partie par des changements sociétaux s'opérant depuis plusieurs générations. A partir des années 60, l'apparition de maison de retraite change la conception de l'ordre familial établi. Les personnes les plus âgées quittent le domicile où elles ont souvent vu le jour et les jeunes quittent également beaucoup plus tôt ce domicile. Ce changement renforce l'écart générationnel décrit plus haut (Benjamin Vinnac, 2018). 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* » (Benjamin Vinnac 2018). Les migrations inter-régionales pour raisons professionnelles, l'étrécissement 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). De même : 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 (Personne âgée : quelles représentations sociales ? Hier et aujourd'hui, Jacqueline Trincaz, octobre 2019). Phénomènes renforçant encore cet écart entre les différentes générations.

Le vieux est celui qui rassemble en lui tous les moins : moins de beauté, de sante, de dynamisme, de performance, de rentabilité, d'adaptabilité... Caractérisé 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" (Personne âgée : quelles

représentations sociales ? Hier et aujourd'hui, Jacqueline Trincaz, octobre 2019). Le vieux cumule également la construction de plusieurs mythes (Balahoczky, 2003) :

- **Mythe de la vieillesse** : la seule mesure de l'âge chronologique ne tient pas compte de l'individualité des personnes. Il y a des «jeunes» vieux et des «vieux» vieux.
- **Mythe de la non-productivité** : en l'absence de maladies ou de contraintes sociales, les personnes âgées restent bien engagées dans la vie familiale et communautaire. Certaines ont encore une activité professionnelle.
- **Mythe du désengagement** : certaines personnes âgées ont tendance à se replier sur elles-mêmes, à choisir la solitude. Ceci n'est pas une généralité.
- **Mythe de l'inflexibilité** : l'adaptabilité est liée aux caractéristiques personnelles d'un individu et non à l'âge. Les personnes âgées peuvent s'adapter à des niveaux divers et la majorité d'entre elles accepte le changement.
- **Mythe de la sénilité** : les pertes de mémoire, la diminution de l'attention et les moments de confusion sont souvent perçus comme de la sénilité. En réalité, ces comportements peuvent être liés à une pathologie et sont réversibles.
- **Mythe de la sérénité** : l'âge avancé n'est pas un gage de sérénité, de repos et de temps libre. Les personnes âgées vivent aussi de la peine, de la désolation et de l'inquiétude face à leurs propres pertes ou à des difficultés de leur entourage.

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" ?* » (citation d'Aries en 1975 depuis

Vieillesse et santé mentale : droits et accès aux services de santé mentale, rapport de recherche, Gagné J. Poirier M. 2018).

E. La stigmatisation chez les personnes souffrant de trouble mental

Les représentations en lien avec la maladie mentale font de plus en plus l'objet d'étude puisqu'il est admis que celles-ci peuvent avoir des répercussions négatives directes sur les soins (Roelandt et al. 2010). L'OMS définit ainsi la lutte contre toute forme de stigmatisation comme une priorité absolue et rappelle dans son communiqué que l'année 2001 a été « *le dixième anniversaire de l'adoption en 1991 par l'Assemblée Générale des Nations Unies de la Déclaration des droits des malades mentaux à une protection et à des soins. Quelques-uns des principes énoncés par cette déclaration sont :*

- *aucune discrimination ne doit s'exercer sous le prétexte d'une maladie mentale ;*
- *chaque malade est en droit d'être soigné dans sa propre communauté ;*
- *tout patient a le droit à être placé dans un environnement aussi peu restrictif que possible et à y recevoir le traitement le moins astreignant ou envahissant qui puisse lui être administré. »* (Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux, communiqué de l'OMS 2002).

Malgré cette lutte clairement affichée depuis plusieurs décennies, il semble que les transformations pour l'amélioration des représentations restent fragiles. Il est parfois pointé avec une certaine prudence que l'exercice même de la psychiatrie puisse avoir un haut potentiel normatif et engendre, malgré elle, des représentations négatives (Grenouilloux 2011).

En effet, la stigmatisation des personnes souffrant de trouble mental repose sur plusieurs thèmes de représentation :

- **les notions de violence et de dangerosité.** Ces notions dominent dans la plupart des enquêtes en population générale (Roelandt et al. 2010) et dans des travaux en sociologie (Coutant et Wang 2018 ; Lise Demailly, 2011 ; Marc Fernandes, 2008 ; Benjamin Vinnac, 2018).
- **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 (Coutant et Wang 2018 ; Lise Demailly, 2011).
- **La notion d'une perception infantile du monde :** celle d'une personne ayant une perception infantile du monde, le réduisant en quelque sorte, à un benêt. C'est, pour parler couramment, l'idiote du village (Benjamin Vinnac, 2018).

Ces trois types de représentations sont de nature à générer trois grands types d'attitudes de la part de la communauté. Ainsi, la crainte et la peur amènent à la ségrégation et à l'exclusion du groupe social. L'irresponsabilité supposée du malade mental peut aussi amener à une attitude autoritaire, méfiante et dirigiste, la société s'arrogeant alors le devoir de mettre des limites à des sujets n'ayant pas le sens des convenances sociales (Benjamin Vinnac, 2018). Enfin, on peut parfois observer des attitudes de bienveillance, de protection nécessaire à des personnes infantiles, non suffisamment autonomes (Qu'est-ce que la stigmatisation? Stigmatisation en Psychiatrie et en Santé Mentale, Giordana J-Y. 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 ainsi perçues comme paresseuses, notion que l'on retrouve également pour caractériser le déprimé. Ces maladies seraient même le résultat d'un manque délibéré de volonté et de motivation : les personnes en souffrant 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 et ne sont pas crédibles dans leurs propos et leurs allégations. Tout ce qu'elles disent n'a pas de sens. Les schizophrènes auraient ainsi un faible quotient intellectuel, ils souffriraient de retard mental. Enfin, ces personnes seraient totalement incapables de prendre des décisions rationnelles dans leur vie, etc. (Benjamin Vinnac, 2018).

F. Lien entre stigmatisation et exercice professionnel : quel impact ?

Eu égard à leur nature, les représentations sociales constituent 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.). Elles guident à tout moment et en partie nos positionnements idéologiques, théoriques, nos pratiques professionnelles ainsi que nos actions et comportements (Abric JC. Pratiques sociales et représentations. Paris : Presses universitaires de France; 1994.). Ces représentations possèdent un caractère normatif qui peuvent engendrer des comportements qui sont soit négatifs, et qui peuvent aboutir à de la stigmatisation, soit plutôt positifs comme souligné avant. De plus, 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 (Clesse et al. 2016 ; Moscovici S. Psychologie sociale des relations à autrui. Paris : Nathan; 2000).

Dans le champ du médical, la représentation du soignant évolue dans le temps en fonction de ses rencontres, de son expérience, de ses formations... (Balahoczky, 2003). La rencontre entre les représentations associées entre celles de la personne âgée et celles du malade mentale confrontent le soignant à un sentiment de peur, d'impuissance, de désespoir, de méfiance... A double représentation, double stigmatisation. Le soignant doit pouvoir exercer son sens critique au travers de ses pensées et de ses actions afin de ne pas rentrer dans un mécanisme de stigmatisation.

Une fois encore, plusieurs auteurs soulignent le pouvoir normatif au travers de l'institution et de la place du soignant (Histoire de la folie à l'âge classique, Foucault Michel, 1976 ; Ethique et norme en psychiatrie et santé mentale, Grenouilloux 2011, Velpry 2008). En effet, par ses actes et ses soins, un soignant autorise ou réprime tel ou tel comportement, telle ou telle action. Il devient garant d'un certain cadre, en lien avec l'institution dans laquelle il travaille et, par ses actions, il crée une normativité. L'éthique et la réflexion épistémologique doivent accompagner la conduite du soignant dans son approche de la personne soignée. En l'absence de conscience de ce pouvoir normatif, le soignant peut outrepasser sa fonction et perdre de vue la mission primaire qui lui incombe : être un acteur du bien-être et une aide émancipatrice dans le développement personnel de l'individu en souffrance. Le travail de Foucault illustre de façon très critique ce pouvoir normatif qui passe par l'institution. La psychiatrie trouve une partie de son héritage dans les murs de l'asile. Le soignant se voit donc confronté au quotidien à cette question relative de la norme. Il semble important de se questionner sur cette norme, sa relation avec son histoire et avec les disciplines actuelles qui l'influencent. Ce questionnement

est au cœur de la lutte contre la stigmatisation (Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux 2002, communiqué de l'OMS 2002).

II. La Représentation de la normalité en psychiatrie

Nous avons défini dans la partie précédente la notion de représentation sociale ainsi que sa construction. Une des notions centrales qui apparaît lorsque l'on s'intéresse aux représentations sociales de la maladie mentale est celle de la normalité. La psychiatrie se questionne et a été très questionnée sur cet aspect. Quelle différence entre norme et normalité ? Comment se définit une normalité comparativement à un processus pathologique ? Quelle est la frontière entre nos capacités d'adaptation et les prémices ou prodromes d'un trouble psychiatrique ? Quelle place entre l'histoire, l'expertise et les classifications psychiatriques, le savoir expérientiel du patient, l'éclairage des différents courants explicatifs de la maladie, les apports des autres disciplines telles que les sciences sociales ... ?

A. Une brève histoire de la naissance de la psychiatrie

Il est important dans ce contexte de revenir quelque peu sur la naissance, la construction et l'héritage d'une certaine « norme » pensée par la psychiatrie au cours du temps. Connaître son histoire, c'est peut-être éviter, dans un possible futur, la répétition de ses erreurs passées mais c'est aussi connaître le poids de son héritage dans nos représentations actuelles. L'histoire de

la psychiatrie s'articule autour de plusieurs rencontres : sociale, juridique, économique, philosophique, religieuse, scientifique, thérapeutique (Nouvelle histoire de la psychiatrie, Postel et Quételet 2012)... L'histoire de la psychiatrie est si riche qu'il est impossible d'en donner une vision objective et précise. Nous n'en aborderons que les moments les plus marquants.

Le mot "psychiatrie" vient du grec *psyché*, signifiant âme ou esprit, et de *iatros*, médecin : littéralement cela signifie la médecine de l'âme. Ce mot fut introduit pour la première fois en Allemagne en 1808 par Johann Christian Reil. Il fut un des premiers à penser que le traitement de la psyché relevait à la fois des disciplines médicales et chirurgicales les mieux étudiées de son époque (Nouvelle histoire de la psychiatrie, Postel et Quételet 2012).

L'histoire de la psychiatrie peut être décrite dès l'antiquité. Bien que la discipline en tant que telle n'existait pas, la description de théories et de pratiques vis-à-vis de personnes souffrantes nous apprend que les médecins, philosophes, poètes, politiciens de l'époque avaient déjà une certaine conception de la maladie mentale et de la norme. La distinction entre la normalité et le pathologique était empreinte à la fois de conceptions philosophiques souvent naturalistes, religieuses vécues comme une punition divine et sociétales avec l'empathie ou le rejet des personnes ayant un comportement étrange (Histoire de la psychiatrie, Pélissier Yves 1994). Un des plus célèbres auteurs de cette époque est Hippocrate avec sa théorie des humeurs. Cette période est riche d'enseignement puisqu'elle propose une méthode à la fois pour observer mais aussi pour classer les maladies. Ainsi, la maladie est souvent vue comme la perte d'un équilibre et le remède se situe dans un juste milieu entre l'excès et le manque. Cependant, il n'existe pas à proprement parler de maladie psychique puisque la maladie ne se conçoit que sous un aspect physique renvoyant à une physiologie particulière (Nouvelle histoire de la psychiatrie, Jacques Postel Claude Quételet 2012).

La période médiévale a été principalement marquée par un lien fort entre le savoir médical et la scholastique. On observe également une redécouverte des textes grecs grâce à l'apport des civilisations arabes. Une première période a été plutôt favorable et clémente avec ceux qui étaient définis comme fous mais elle sera suivie d'une période de persécution envers ces derniers. A cette époque, la norme est principalement construite par le savoir religieux.

Durant l'âge classique entre le XVIe et XVIIIe siècle, on observe particulièrement cette alternance entre un mouvement de tolérance envers "l'étrangeté d'âme", avec quelques rôles sociaux positifs donnés aux personnes souffrant de folie qui sont à chercher du côté de la divination et de l'inspiration (Sociologie des troubles mentaux, Lise Demailly 2011) et un mouvement de persécution envers ces personnes, mouvement marqué par la pratique des enfermements. Elle se poursuivra sous d'autres aspects à la Révolution Française (Histoire de la folie à l'âge classique, Foucault Michel, 1976).

Ce n'est qu'après la Révolution Française qu'apparaissent les premiers réels fragments de la discipline psychiatrique. Les principales figures ayant contribué à l'essor de cette dernière en tant que modèle médical sont Philippe Pinel, son disciple Jean-Etienne Esquirol, et Joseph Daquin.

Pinel, issu de la tradition aliéniste, est un des premiers auteurs à proposer une classification dans ses ouvrages *"Nosographie philosophique ou La méthode de l'analyse appliquée à la médecine"* en 1798 et *"Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie"* en 1801. Cette première tentative de classification est d'ordre descriptif et ne s'intéresse pas à la cause possible des troubles (Histoire de la psychiatrie, Pélicier Yves 1994). Il s'inspire notamment des naturalistes et c'est grâce à l'apport d'Esquirol, à la façon des botanistes, qu'il tentera « *d'y planter le jardin des espèces* », c'est-à-dire donner une explication médicale face « *à une dimension sociologique en accordant le statut de malade à des gens qui [...]*

relevaient jusqu'alors de la morale et de l'invigoration sacerdotale » (Nouvelle histoire de la psychiatrie, Jacques Postel Claude Quérel 2012). En d'autres termes, Esquirol s'oppose à l'explication morale, religieuse et sociale d'un comportement pour une explication plus médicale. Il ne décrit que très peu les causes des maladies et reste assez éloigné de la tradition philosophique de l'époque.

Cet exemple illustre une double dynamique dans le rapport au normal de cet époque. D'un côté, une vision naissante d'une médecine principalement descriptive, issue de la tradition philosophique, et nosographique, avec une proposition taxonomique imitant la botanique et l'entomologie. Cette médecine conserve cependant une grande part de l'héritage asilaire avec un pouvoir presque absolu en ses murs détenu par le médecin chef. De l'autre, un poids social construit autour d'une justice (critique notamment de certains avocats comme Elias Regnault en 1830 vis-à-vis de l'expertise psychiatrique sur la capacité de juger de la folie ou non) capable d'enfermer ou de libérer mais aussi de rendre non responsable certains malades (cf. article 64 du code pénal de 1810 "*Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action*"), d'une vision sociétale multiple (religieuse et morale principalement) avec la possibilité pour les familles de demander la détention de leurs aliénés auprès de cette justice et de reconnaître le statut de fou quand elle fait « *consensus pour tous les citoyens* » et de mouvements qualifiés d'antipsychiatrie (Nouvelle histoire de la psychiatrie, Jacques Postel Claude Quérel 2012).

L'approche thérapeutique avec le traitement moral permet également d'établir une base pour la psychiatrie et de poursuivre la construction d'une norme. « *Pinel réproouve la polypharmacie aveugle et accorde beaucoup d'importance à l'hygiène, à l'alimentation, à la police intérieure de l'hôpital, aux qualités morales du personnel, au climat de confiance...* » (Histoire de la psychiatrie, Pélicier Yves 1994).

Les progrès de la psychiatrie se poursuivront en lien avec les connaissances scientifiques et le développement de la psychologie.

L'origine de la paralysie générale a pu être démontrée grâce à l'autopsie et à la découverte de lésions cérébrales par l'aliéniste Antoine Bayle en 1822. L'approche anatomo-clinique avec la recherche de lésion constitue en cette période le modèle quasi obligatoire de la conception scientifique. Il constitue en ce sens la norme médicale. Sans lésion décrite, impossible de rapporter l'aliénation mentale au concept de maladie auprès du juge, des autres médecins et des philosophes (Histoire de la psychiatrie, Jacques Postel Claude Quérel 2012).

La période du XXe siècle est marquée par une certaine césure au sein de la discipline. Une partie s'oriente du côté de la médecine, principalement avec la neurologie, et une autre vers la psychologie (Histoire de la psychiatrie, Postel et Quérel 2012). Le champ de la psychiatrie traverse alors une période où l'origine des troubles s'explique par la biologie pour les uns et pour les autres dans le relationnel et le socioculturel (Santé mentale et souffrance psychique, Coutant et Wang 2018). Les deux branches possèdent leurs théories et pratiques respectives mais ont également leurs zones d'incertitude. Le courant sociologique inauguré par Emile Durkheim a également influencé le développement de la psychiatrie. L'expérience de la guerre conforte notamment ses thèses avec la notion "*d'interaction*" « *entre des existences individuelles plongés dans une vie collective physique* ». Les concepts psychiatriques seront également grandement influencés par l'anthropologie, la phénoménologie de Karl Jaspers et bien-sûr par la psychanalyse de Freud. Cette "norme psychiatrique" est donc à la fois influencée par des courants psychologiques, sociaux, anthropologiques, médicaux et scientifiques (Histoire de la psychiatrie, Postel et Quérel 2012).

B. De la norme à l'a-normalité

Ce rappel historique nous donne une première idée de ce rapport norme/normal. Le mot norme vient du latin *norma*, équerre, et le terme normalité de *normalis*, perpendiculaire. Il existe donc un lien sémantique entre ces deux mots qui confère un rapport quasi immuable entre la norme et la normalité. Sans norme il ne peut y avoir de normal. Sans normalité, il ne peut être conçu de norme. Le normal est à la « *fois l'extension et l'exhibition de la norme. Il multiplie la règle en même temps qu'il l'indique. Il requiert donc hors de lui, à côté de lui et contre lui, tout ce qui lui échappe encore. Une norme tire son sens, sa fonction et sa valeur du fait de l'existence en dehors d'elle de ce qui ne répond pas à l'exigence qu'elle sert* ». (Le normal et le pathologique, Georges Canguilhem 1966). Sous le prisme du rapport social, normer et normaliser signifient « *imposer une exigence à une existence qui lorsqu'elle ne convient plus à cette norme peut lui conférer une étrangeté voire une hostilité* ». La norme des normes se situe dans la convergence, dans la représentation d'un système cohérent. « *Leur corrélativité dans un système social tend à faire de ce système une organisation, c'est-à-dire une unité en soi, sinon par soi, et pour soi.* » (Le normal et le pathologique, Georges Canguilhem 1966).

Le normal devient ainsi un concept dynamique et polémique. Il évolue.

Au cours du temps, les médecins ont pu définir des repères en fonction de signes recueillis au chevet du malade, de constructions théoriques, de critères biologiques, d'imageries en tout genre etc... L'ensemble des repères obtenus a ainsi permis de définir un ensemble standardisé et qualifié de norme. Quand un patient se situe en-dehors de cette norme, il devient anormal dans le sens « en dehors » de la norme mais il n'est pas nécessairement anormal au sens du terme pathologique. Il existe donc une dimension de la norme qui peut rejoindre à tout moment l'anormal et devenir par la suite pathologique.

Pour le Dr Henri Péquignot : « *Dans le passé, tous les gens qui ont essayé de construire une science du normal, sans observer à partir du pathologique considéré comme la donnée immédiate, ont abouti à des échecs souvent ridicules* » (Le normal et le pathologique, Georges Canguilhem 1966). **La construction du normal passe par l'étude du pathologique.** Cette idée de la construction du normal à partir du pathologique est reprise par plusieurs auteurs tel que Descartes, Kant, Canguilhem... Parfois formulée avec des nuances différentes (Le normal et le pathologique, Georges Canguilhem 1966). L'homme s'est interrogé sur sa santé à partir de la souffrance engendrée par les maladies. Pour ces auteurs, nous ne nous questionnons que lorsque nous sommes confrontés aux difficultés de la maladie : en l'absence de souffrance l'homme a plutôt tendance à ne pas questionner et à se détourner de ce qui pourrait lui rappeler la fragilité de sa vie.

Cette construction du pathologique en santé mentale se retrouve en partie dans le rapport de l'individu avec son environnement. En effet, la norme peut être appréciée par **la capacité d'adaptation de l'individu à son environnement.** Cette question du rapport de l'individu à la société soulève la question de la place de ce dernier dans la participation sociale. Cette question autour de la norme devient ainsi un concept psycho-social mais comporte alors un rapport quelque peu déterministe envers et par la société : envers la société puisque le sujet doit se conformer à son environnement et par la société puisque l'environnement impose une norme au sujet. Les notions d'handicap illustrent plus facilement ces propos. Il suffit en effet de se représenter les difficultés que subissent quotidiennement les personnes souffrant de handicap pour s'intégrer dans une société qui prend alors la forme d'une unité contraignante pour les individus concernés (Ehrenberg 2004). Le handicap visuel par exemple peut être considéré comme un état en dehors de la norme visuelle mais ne s'inscrit pas toujours dans un rapport de maladie. La personne qui souffre de trouble visuel est cependant en grande difficulté pour s'inscrire dans une norme collective. Nous pouvons compléter notre exemple

en s'appuyant sur la myopie ou l'astigmatisme : dans la société civile ce trouble de la vue, s'il n'est pas trop important, n'engendre pas de difficulté insurmontable mais ce même trouble dans la marine ou l'aviation devient rédhibitoire. Une même personne peut être à la fois normale dans un système et anormale dans un autre. L'aspect normatif se situe dans les possibilités d'action de la personne avec son environnement. Dans ces possibilités d'action, lorsqu'aucune interaction sociale n'est possible, le lien avec la maladie peut être alors soit destructeur (anéantissement de la personne qui ne peut vivre sa maladie au travers d'une quelconque participation sociale), soit libérateur (libération de la personne qui se construit en dehors de toute interaction sociale et dont l'inutilité sociale permet un abandon des responsabilités et une complaisance dans la solitude). Lorsqu'une interaction sociale est possible, le lien avec la maladie est souvent perçu dans un rapport de lutte (on parle de maladie ou d'handicap-métier) (Ethique et norme en psychiatrie et santé mentale, Grenouilloux 2011). Cette place sociale a été interprétée au cours du temps comme « châtement à l'horizon de la morale, élection ou encore épreuve ». Cette interprétation perdue encore de nos jours, de façon atténuée, dans le rapport à la société soit comme cause externe ou cause interne de la maladie (Ethique et norme en psychiatrie et santé mentale, Grenouilloux 2011). Le rapport du normal au pathologique peut être considéré comme un questionnement de la subjectivité de la personne envers son milieu de vie, dans sa perception de pouvoir être soi-même et avec les autres.

La construction de ce rapport normal-anormal s'inscrit également dans **un questionnement éthique et épistémologique**. La plupart des objets d'études de la médecine ont été à leur début des constructions sociales (Thomas, Biraben, et CPNLF 2015). Ces objets ont été rangés par la suite, et pour certains d'entre eux, dans une construction médicale. Mais l'ensemble de cette construction médicale n'en demeure pas moins toujours sujette à une construction sociale, malgré une étiologie avérée du trouble. Il existe donc toujours **une**

double dynamique vers la naturalisation médicale d'un phénomène et vers la socialisation de l'autre. La psychiatrie se situe au cœur de cette dynamique. En effet, la psychiatrie interroge la personne sur son psychisme et sur son rapport au monde avec parfois « *un haut potentiel normatif* » qu'elle cherche à objectiver le plus possible. Elle se réfère donc à des théories mais ne peut, pour l'heure, s'inscrire dans une étiologie déterminée (Ethique et norme en psychiatrie et santé mentale, Grenouilloux 2011) lui laissant une place importante dans une construction sociale. On peut ainsi définir dans le champ de la psychiatrie trois grands aspects dans son rapport avec la maladie : la maladie organique, la maladie telle que vécue par le patient et la maladie constituée socialement (Velpry 2008).

C. Sociologie de la maladie mentale

Un des problèmes soulevés est que « *les troubles mentaux en général [...] ont été souvent dénoncés par les sociologues de la santé comme des constructions sociales plutôt que des faits naturels* » (Thomas, Biraben, et CPNLF 2015). L'existence même de maladie mentale n'est cependant plus contestée. Cette existence est toutefois soumise à des distorsions au travers de cette construction du normal et du pathologique sous l'influence de forces culturelles ou sociales. « *La représentation des troubles mentaux serait un artéfact ; au mieux, ce serait une déformation mineure de la nature [...] au pire, ce serait un être imaginaire forgé de part en part.* » (Thomas, Biraben, et CPNLF 2015). On retrouve parfois des arguments pour et parfois contre la naturalisation des troubles.

Ainsi, la construction du rapport norme-anormal-pathologique est complexe et multiple. Elle est un carrefour où se rencontre bon nombres de disciplines. Dans cette partie, nous aborderons plus précisément cette construction sous l'angle de la sociologie et nous nous interrogerons plus particulièrement sur la façon dont les sociétés peuvent influencer la

construction de cette norme. Comme le rapporte également dans sa thèse Valentine Trepied (Trepied 2015) : « *la médicalisation peut également être comprise comme une construction sociale. Elle consiste à conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées dans ces termes. En reprenant cette définition, la médicalisation d'un problème est analysée selon un processus évolutif qui commence d'abord par une catégorisation issue des profanes ou des professionnels. Puis, elle est traitée par des experts reconnus et légitimés par le milieu médical* ». Cette justification de la construction sociale autour de la santé mentale est permise grâce à trois grandes idées (Ehrenberg 2004) : premièrement, la souffrance psychique est perçue d'égal importance que la souffrance corporelle ; secondairement, cette souffrance psychique est présente dans toutes les institutions (école, famille, entreprise, justice...) ; et enfin, comme le qualifie Alain Ehrenberg (Ehrenberg 2004), il existe un "*souci pour les troubles de masse de la subjectivité individuelle*", autrement dit, aucun trouble mental mais aussi aucune situation sociale ne doivent échapper à une prise en considération de la souffrance psychique qu'elles peuvent impliquer.

C. 1. Statistiques et épidémiologie

L'apport des chiffres a été considérable dans l'appréhension de beaucoup de concepts. Le rapport à la norme s'en trouve ainsi influencé à la fois dans la recherche par les données statistiques et dans le dénombrement des troubles dans un territoire et un temps donnés par les données épidémiologiques. En fonction d'une moyenne donnée, l'écart par rapport à celle-ci peut permettre l'appréciation d'un phénomène décrit.

En recherche clinique par exemple, quand le symptôme, la valeur, le résultat s'écartent trop de cette moyenne, il peut être considéré comme en dehors de la norme et constituer ainsi un

premier édifice dans la construction d'une anormalité. Une fois les données constituées, il devient possible d'envisager des corrélations avec d'autres données pour construire une norme hiérarchisée. Il est cependant important de considérer la différence entre une norme statistique et une norme sociétale, médicale... Il n'est pas toujours évident de définir une ligne de démarcation claire entre les variations innées compatibles avec la santé et les variations acquises qui correspondent à la maladie. Les données issues des statistiques se révèlent cependant parfois décevantes et montrent des limites (Thomas, Biraben, et CPNLF 2015) dont certains détails seront abordés un peu plus loin. La maladie n'est-elle que déviation standard et dans ce cas un rapport purement quantitatif ou bien existe-t-il un rapport plus qualitatif voir une intrication des deux concepts ?

Ce lien entre l'aspect quantitatif et qualitatif peut être compris par la définition du raisonnement clinique entre deux approches intuitive et analytique que l'on oppose souvent et qui sont finalement complémentaire. Le ressenti lors d'une rencontre (aspect qualitatif) avec un patient peut ainsi être confronté aux données dites plus scientifiques et notamment statistiques et épidémiologiques (aspect quantitatif) dans la construction d'une norme (Micoulaud-Franchi et al. 2015).

Dans ce contexte, il est donc important de connaître quelques chiffres en santé mentale afin d'avoir une vue d'ensemble. Le "télescope du sociologue" grâce à ses statistiques permet un changement de perception dans le "microscope du psychiatre". Ce changement de paradigme permet ainsi de mieux saisir les facteurs sociaux et leurs représentations sociales associées au trouble mental (Santé mentale et souffrance psychique, Coutant et Wang 2018).

Les troubles psychiatriques affectent en France une personne sur cinq chaque année (taux d'incidence) et une personne sur trois sur la durée de vie (taux de prévalence vie-entière). On observe également un fort taux de suicide associés à ces troubles (environ 13 000 morts par

an) avec de nombreuses comorbidités, une mauvaise intégration sociale constituant un handicap (Sociologie des troubles mentaux, Demailly 2011).

Ces taux semblent stables concernant la schizophrénie (taux de prévalence vie entière 1% en France) et l'autisme, en diminution globale pour le suicide (190 000 par an mais on observe une augmentation du taux de suicide dans certaines régions : Lorraine, Alsace, Auvergne, Limousin, PACA, Champagne-Ardenne) et les troubles addictifs mais en augmentation pour le trouble dépressif au niveau mondial et est considéré par l'OMS comme la première cause d'handicap (<https://www.who.int/fr>). La consommation de psychotropes a eu une augmentation croissante à travers le monde. La vente d'antidépresseurs a par exemple été multipliée par 7 en vingt ans (Sociologie des troubles mentaux, Demailly 2011).

L'épidémiologie montre ainsi une certaine stabilité de la maladie mentale mais une augmentation de la souffrance psychique si l'on se réfère à l'augmentation de la consommation de psychotropes.

Cependant, la mesure de ces taux pose des soucis méthodologiques qui retentissent sur les interprétations possibles. Il n'existe pas de réelle harmonisation dans les différentes études ce qui aboutit à des taux parfois très variables d'une étude à l'autre. De même, les études diffèrent de par le lieu de mesure de ces taux, la temporalité des mesures faites, les outils de mesure utilisés et enfin l'interprétation des corrélations (Sociologie des troubles mentaux, Demailly 2011).

La question des lieux de mesure implique qu'il y a une sous-évaluation des taux enregistrés. En effet, certaines études sont faites en population générale mais la plupart sont réalisées dans les institutions psychiatriques. Or, une majorité des soins s'observe en milieu libéral et n'est donc pas comptabilisée. Il faut souligner également qu'une partie de la population n'a pas

recours à ces soins (environ 40% selon l'étude Santé Mentale en Population Générale, SMPG Ruiz et Kurkdjian 2007).

La temporalité du trouble complique également la complexité temporelle de la mesure. Il existe des étapes entre la déclaration du trouble, sa prise en charge et sa guérison ou stabilisation. S'ajoute à cette temporalité, la notion du ressenti et de la temporalité propre du sujet : à titre d'exemple, il existe des dépressions identifiées au MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) mais non ressenties (environ 8%), des dépressions ressenties mais non identifiées (41%) et celles ressenties et identifiées (43%) (Sociologie des troubles mentaux, Demailly 2011).

Les critères diagnostics influencent également les études. Au fil du temps, certains critères ont évolué et ont nécessité une adaptation des outils diagnostics pour repérer ces troubles. A noter également qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de test valide comme en médecine traditionnelle (examens biologiques ou d'imagerie) pour poser un diagnostic à coup sûr. De ce fait, les tests existant ne disposent pas d'une sensibilité-spécificité suffisante pour l'ensemble des pathologies psychiatriques. On assiste alors soit à une surreprésentation de certains troubles soit inversement à une sous-évaluation des autres. Nous pouvons prendre l'exemple des troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent qui avaient été sur-diagnostiqués par un rapport de l'INSERM en 2005. Ce rapport s'était appuyé sur une classification américaine qui rendait pathologiques toutes les conduites jugées "antisociales" chez ces derniers. La norme sociale, en fonction de son seuil de tolérance, avait ainsi eu pour effet d'influencer un critère diagnostic en isolant ce comportement spécifiquement (Sociologie des troubles mentaux, Demailly 2011).

Enfin, l'interprétation des corrélations et donc de leur relation causale suscite également de nombreux problèmes. Trois grandes idéologies divergentes tentent d'expliquer les liens entre

la maladie mentale et l'appartenance à une catégorie sociale issus des études épidémiologiques. Succinctement, la première, "le misérabilisme", explique que la pauvreté est créatrice de trouble mental. La seconde, "le méritocratisme", prétend que le trouble mental engendre une précarité sociale car la maladie fait échouer professionnellement. La troisième, "le foucaldisme rigide", affirme que l'on psychiatrise les pauvres pour les contrôler. Il est important de rester prudent dans les interprétations possibles des données et de ne pas céder à des raccourcis parfois tentant (Sociologie des troubles mentaux, Demailly 2011).

Pour approfondir ce lien entre maladie mentale et condition sociale, les travailleurs sociaux ainsi que le sanitaire s'accordent à dire que la situation psychosociale est source de souffrance psychique. La précarité sociale en lien notamment avec l'accessibilité ou non à l'emploi et aux difficultés pour trouver un logement est source de stress avec un retentissement parfois conséquent (trouble dépressif et addictologique principalement). De même, une revue de la littérature sur le lien entre pauvreté et santé mentale concluait que la faiblesse du revenu, la pauvreté et l'endettement constituent des risques avérés de problèmes de santé mentale (Vieillesse et santé mentale : droits et accès aux services de santé mentale, rapport de recherche, Gagné J. Poirier M. 2018). On note également une plus grande méfiance des catégories sociales les plus précaires à consulter les professionnels de santé mentale ou du social. Certaines études anciennes retrouvent même un plus grand "risque" d'hospitalisation avec une durée plus longue chez les populations les plus démunies (Sociologie des troubles mentaux, Demailly 2011).

C.2. Aspect médical et nosographique

La désignation d'une anormalité passe par une vision subjective de la culture où vit l'individu. Il s'avère cependant qu'une certaine objectivité du trouble ait pu émerger à travers le monde

grâce à l'apport de la recherche, de la création de classification et des statistiques. Ce relativisme culturel absolu a pu être en partie remis en cause grâce à cet apport (Sociologie des troubles mentaux, Demailly 2011). Dans ces circonstances, des entités communes ont pris forme et ont fait consensus au niveau international.

Les classifications internationales tentent d'organiser cette objectivité à travers une catégorisation des troubles afin de garantir un jugement semblable d'un soignant à un autre. Elles ont parfois des référentiels théoriques différents (voire se revendiquent a-théorique) aboutissant à des différences majeures dans leurs grilles de lecture respectives (Thomas, Biraben, et CPNLF 2015).

Les classifications CIM-10 et DSM sont les plus utilisées pour la catégorisation des troubles et pour la justification économique des hôpitaux psychiatriques. On peut décrire quatre grands acteurs qui interviennent dans la construction de ces classifications :

- Les associations professionnelles de psychiatres et psychologues principalement américaines.
- Les laboratoires pharmaceutiques.
- La sphère politico-administrative.
- La société civile, notamment à travers des associations d'utilisateurs.

On retrouve cette idée d'une construction sociale dans les classifications savantes sous différents aspects. « *Le travail psychiatrique est étroitement articulé avec la demande sociale de maintien de l'ordre, de protection de la normalité, et il est donc dépendant des normes sociales à une époque donnée dans une culture donnée* » (Sociologie des troubles mentaux, Demailly 2011).

Une des difficultés quant à l'utilisation de ces classifications réside dans cette capacité d'objectivation du trouble. En effet, la psychiatrie reste à ce jour dénuée de test biologique ou d'examen d'imagerie permettant d'affirmer un diagnostic positif (exception faite des troubles de symptôme neurologique fonctionnel). Elle ne dispose pas de *gold standard* pour naturaliser les troubles qu'elle observe (Thomas, Biraben, et CPNLF 2015). Elle peut s'appuyer sur les connaissances des autres disciplines médicales (neurologie principalement) pour s'assurer de l'absence d'autres diagnostics en dehors de son champ de compétence pouvant mieux expliquer la pathologie observée.

La construction de nouveau symptôme, dans une construction plus objective et du point de vue sociologique, passe par une phase d'acceptation de la culture. Elle renvoie parfois à des résistances même au sein des soignants qui sont directement connectés à ce malaise dans la société puisqu'il vient questionner nos constructions anciennes. Cette construction de nouveau symptôme est parfois critiquée comme un lobby d'universitaire donnant un sentiment de déconnexion avec la réalité et qui peut mettre à mal les habitudes de soin que l'on pensait acquises et consolidées. Cette construction de nouveau symptôme, qualifiée de concept d'hypermodernité, est également retrouvée en philosophie et sociologie sous l'appellation "nouveau processus de subjectivation" (Sociologie des troubles mentaux, Demailly 2011). Les publications sociologiques actuelles font état d'un changement dans ce rapport de la normalité avec ces nouveaux symptômes. Parmi ces nouveaux symptômes, les critiques qui reviennent le plus souvent sont « *un déclin global de l'altérité, le refus de la différence (de la hiérarchie, de l'hétéronomie, de la dissymétrie, des sexes), le passage d'une économie psychique organisée par le refoulement et la culpabilité à une économie organisée par l'exhibition de la jouissance et les pathologies de l'insuffisance* » (Sociologie des troubles mentaux, Demailly 2011). Trois grandes mouvances intellectuelles définissent ce rapport de la normalité avec ces nouveaux symptômes :

- **La psychologisation et la psychiatisation du monde social.** Il s'agit de nouveaux concepts avec de nouvelles catégories émanant d'une volonté de médicaliser le monde au profit, notamment, de l'industrie pharmaceutique. Cette pensée extrême affirme que l'augmentation des symptômes psychiques serait due à une psychiatisation de l'exclusion, à une psychologisation ou sanitarisation des questions sociales (Ehrenberg 2004).
- **Les nouveaux symptômes sont de nouvelles demandes.** Ces demandes existaient auparavant mais elles étaient adressées ailleurs (rôle joué par la religion par exemple) ou bien elles ne s'exprimaient pas, ou pas sous forme psychiatrique.
- **Il existe réellement de nouvelles structures pathologiques ou normales.** Le contexte sociohistorique peut expliquer l'émergence de ces nouveaux symptômes. Il y a un lien à faire entre la subjectivité, l'histoire, le social et ses mutations. Ce regain de pathologie est en lien direct avec une mutation du symbolique et d'une forme de désinstitutionalisation au profit d'une multiplication de lieux d'enfermement (camps de rétention, centres éducatifs fermés, unités pour malades difficiles...). L'explication sociale actuelle pour expliquer cette émergence provient du système économique qui prône la valeur centrale de l'autonomie et de la norme de performance (Sociologie des troubles mentaux, Demailly 2011).

La pérennisation de ces nouveaux symptômes et des classifications associées évoluent également au fil du temps. L'évolution des différents DSM montre la disparition ou donc l'apparition de nouvelles classifications, de nouveaux symptômes. Le rapport au normal se construit donc dans ce même rapport au temps. Si cette pérennisation demeure viable dans le déroulé du temps, elle démontre ainsi sa force et sa pertinence. Le philosophe canadien Ian

Hacking parle également de "looping effect" : l'émergence de nouvelles catégories de pathologie dépend directement du contexte sociohistorique et est influencé par l'écho des médias. Il les décrit pour certaines d'entre elles comme des "maladies transitoires" qui n'existent qu'à une époque donnée (Santé mentale et souffrance psychique, Coutant et Wang 2018). Au travers de ces classifications et évoluant ainsi au cours du temps, ce rapport du normal et de l'anormal peut être décrit comme un rapport de polarité et d'inversion (Le normal et le pathologique, Georges Canguilhem). Autrefois, ce rapport a été longtemps considéré comme un rapport entre le bien et le mal, la bonté et le pêché, l'esprit sain et la possession démoniaque. Aujourd'hui, cette polarité est marquée entre le positif et le négatif au travers du discours social et médical. *« Cette thèse est notamment soutenue par Foucault pour expliquer la folie de nos jours. Pour la raison, la folie est le négatif de la raison. La manière de penser le négatif définit en creux la nature du positif et leurs rapports »* (Sociologie des troubles mentaux, Demailly 2011). La déraison se définit comme l'envers de la raison. La psychiatrie moderne s'inscrit elle aussi dans ce rapport de polarité où la maladie est considérée comme l'inverse de la santé mais avec paradoxalement avec une construction dans un continuum : le déficit s'oppose avec l'autonomie avec un rapport au normal qui se représente dans des degrés diverses au pathologique (Ehrenberg 2004). Le rapport à la norme prend ici un aspect quantitatif (polarité maladie santé) et également qualitatif (continuum de santé juste avant la maladie) (Le normal et le pathologique, Georges Canguilhem).

Il est donc important de saisir ce concept de santé-maladie puisqu'il a évolué au cours du temps. Du fait du changement de paradigme entre maladie mentale et santé mentale, les champs d'action se sont considérablement élargis mais il existe encore de nombreuses divergences sur ce que recouvrent ces termes (Ehrenberg 2004). De ce fait, le registre du sanitaire ne situe plus uniquement dans le soin médical mais prend aussi une place importante dans la société actuelle avec des acteurs de tout bord. On parle plus facilement de nos jours de

"prendre soin de" ou "avoir soin de soi". Ce soin passe par une écoute, une hygiène de vie avec activité sportive, mieux manger, l'adaptation du milieu de vie avec un cadre urbain adéquat, un logement accessible à tous... La santé ne s'oppose plus uniquement à la maladie, elle en devient un équivalent du sentiment de bien-être (Sociologie des troubles mentaux, Demailly 2011). Ce changement opéré par la définition de l'OMS, « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmi  * » (<https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>), contraint le champ de la santé psychique à se dégager d'une vision purement sanitaire et à travailler en dynamique avec le champ psycho-social. Cette définition de la santé mentale est influencée par les concepts empiriques contemporains et exerce par la même une influence sur la catégorisation des troubles. Ehrenberg définit ainsi six modèles empiriques de définition de la santé mentale qu'il qualifie de "dopage psychologique" (un équivalent de développement personnel prôné dans de nombreux magazines) : un équilibre mental au-dessus de la moyenne et objectivement désirable, un accomplissement de soi, l'entrée dans la maturité avec l'entrée dans l'âge adulte, l'intelligence émotionnelle et sociale, le bien-être subjectif et enfin la résilience (Ehrenberg 2004). Concernant le champ des maladies, les représentations sociales de la maladie mentale se regroupent sous trois grandes conceptions : la déviance qui renvoie à l'addiction ou aux troubles des conduites ou plus généralement tout comportement qui questionne l'ordre public et moral ; la souffrance psychique en lien avec la dépression, l'anxiété et trouble addictif une fois encore ; le déficit avec la psychose, l'autisme, la dépression également. Ces figures oscillent entre la peur et le stigmate, l'intégration et la compensation (Sociologie des troubles mentaux, Demailly 2011). Dans cette construction, la santé peut alors prendre quelque peu une logique de rentabilité au service d'un ordre social que nous détaillerons par la suite (Ehrenberg 2004).

C. 3. La thérapeutique dans la construction de la norme

La construction d'une norme passe également par son rapport avec la thérapeutique. Cette idée peut sembler relever du bon sens mais le soignant et la population générale peuvent minimiser le rôle et l'impact d'une norme dans notre société moderne. Ainsi, il est parfois demandé au psychiatre d'atténuer des symptômes dans la logique non pas de soulager l'utilisateur mais de permettre à l'institution ou à la société de mieux intégrer la personne concernée. Il incombe donc au psychiatre de mesurer sa prescription et de bien saisir les tenants et aboutissants de ce type de demande.

Les données actuelles montrent qu'il y a une augmentation croissante de la consommation de psychotropes qui est parfois associée à un usage inadapté (Sociologie des troubles mentaux, Demailly 2011).

Dans la construction du DSM 5, une étude révèle qu'environ 56% des experts avaient des liens financiers avec une ou plusieurs firmes pharmaceutiques (Cosgrove et al. 2006). On retrouve également dans une autre étude des liens importants entre les experts travaillant sur les recommandations de bonne pratique quant à l'usage du médicament et les firmes pharmaceutiques (Cosgrove et al. 2009).

Comme évoqué précédemment, la psychiatrie ne dispose que de peu d'examen pour poser un diagnostic mais possède paradoxalement une pharmacopée efficace en terme de réduction des symptômes. Elle devient alors, en parti, assez dépendante de la recherche pharmaceutique et, par conséquent, des attentes de la société civile parfois qui véhicule une volonté de contrôle social dans certaine demande (Sociologie des troubles mentaux, Demailly 2011). On assiste alors à un double impact avec d'un côté une demande de la société civile pour atténuer certains troubles et de l'autre une possibilité d'action thérapeutique de plus en plus efficace non seulement grâce à la pharmacopée à disposition des psychiatres mais aussi grâce à

l'apport des psychothérapies (psychothérapie institutionnelle, thérapie comportementale, thérapie d'inspiration analytique...) dans la prise en charge du malheur psychique. Ce double impact contribue ainsi à cette construction sociale. « *Foucault a particulièrement thématiqué la technique de l'aveu, qui, de la direction de la conscience à la psychanalyse, a particulièrement marqué le mode de correction du malheur psychique dans l'espace judéo-chrétien* » (Sociologie des troubles mentaux, Demailly 2011). De même, les apports de la sociologie de la déviance ont montré que certains types de comportements individuels sont qualifiés parfois de « déviants » à l'ordre social interne et une médicalisation spécifique est alors proposée afin d'atténuer ce trouble à l'ordre établi (Trepied 2015).

« *Sous le rapport de la santé et de la maladie, et par suite sous le rapport de la réparation des accidents, de la correction des désordres, ou pour parler populairement des remèdes aux maux, il y a cette différence entre un organisme et une société que le thérapeute de leurs maux sait d'avance sans hésitation, dans le cas de l'organisme, quel est l'état normal à instituer, alors que, dans le cas de la société, il l'ignore.* » (Le normal et le pathologique, Georges Canguilhem). Cette phrase illustre quelque peu le rapport mécanique entre la médecine et la thérapeutique. La psychiatrie, qui se retrouve schématiquement au carrefour entre une discipline purement médicale et un abord plus psychologique avec les sciences sociales, peut également soutenir un tel rapport dans sa pratique thérapeutique dans le cas de trouble clairement identifié. Mais le rapport à la souffrance psychique peut parfois laisser un doute sur le retour d'un état dit normal. On peut tout à fait espérer soigner complètement les symptômes d'un trouble de stress post-traumatique mais la mémoire issue de l'évènement traumatique ne peut être effacée, à la rigueur l'émotion engendrée par ce souvenir peut être atténuée, et son contenu en tant que rapport au normal (vétérans de guerre ou violence sexuelle pour illustrer notre propos) ne peut pas être que l'apanage du métier de médecin. Une fois encore, le rapport au normal dans le champ de la psychiatrie est multiple.

iii. Perception de la maladie mentale auprès du personnel travaillant en EHPAD.

Peu d'études se sont intéressées aux représentations de la maladie mentale auprès du personnel travaillant en EHPAD (Clesse et al. 2016). Les études, mémoires et thèses réalisées sont qualitatives. Il est cependant admis que le personnel a une représentation assez similaire à la population générale (Ethique et norme en psychiatrie et santé mentale, Grenouilloux 2011).

Les statistiques montrent que, depuis plusieurs années, les EHPAD ont accueilli de plus en plus de personnes souffrant de pathologie psychique probablement en lien avec l'augmentation de l'espérance de vie de cette population (Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés, dossier DREES 2016). Cette population qui n'était pas habituelle a ainsi obligé les EHPAD à s'adapter et à trouver de nouvelles façons de travailler.

On assiste également à un décalage entre la représentation générale dans la population française qui aurait une mauvaise image des EHPAD pour 49% et les résidents vivant en ces lieux qui estimeraient "bien" ou "plutôt bien" y vivre (Qualité de vie en Ehpad (volet 3) La vie sociale des résidents en Ehpad, document HAS Vincent Caradec).

Un des thèmes souvent abordés est le manque de personnel et son manque de qualification pour accompagner la personne souffrant de troubles psychiques (Marc Fernandes 2008). Le second thème est la difficulté de communication avec le résident. Le troisième thème est la particularité d'avoir certaines compétences comme l'énergie, le recul, l'investissement moral,

l'inventivité la patience, et l'écoute. Certains thèmes restent assez centraux avec l'idée d'une certaine imprévisibilité du résident.

De façon paradoxale, bien que les soignants soient en demande de formation en lien avec la santé mentale, une part majoritaire d'entre eux ne souhaiterait pas accueillir des résidents souffrant de trouble psychique et ne souhaiterait pas travailler dans une institution en lien avec la santé mentale (Marc Fernandes 2008). Une des explications possibles provient du sentiment d'avoir un besoin plus important de surveiller les résidents souffrant de pathologie psychique avec un plus grand risque de fugue et de violence verbale ou physique. Une autre explication provient d'un phénomène de stigmatisation envers cette population.

De même, on rencontre une certaine lassitude des soignants dans les prises en charge de ces résidents avec un sentiment d'insatisfaction puisqu'il ne s'agit plus de guérir ou d'abonder dans le sens de l'autonomie du résident mais de les stabiliser.

Il demeure aussi un sentiment d'abandon dans un contexte institutionnel où les soignants se sentent quelque peu démunis dans l'accompagnement de leurs résidents. Qu'il s'agisse d'un manque de moyen ou d'un manque de partenaire de tout bord (sanitaire, social), les soignants décrivent le sentiment d'avoir à « pallier les trous ». Ce sentiment d'abandon est principalement décrit avec les secteurs de psychiatrie où un manque de coopération semble important sur le territoire national (Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 ; Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux 2002). Il ressort dans ce contexte un refus de certains EHPAD d'admettre des personnes clairement identifiées comme usagères régulières de soin psychiatrique au regard du risque de déviance comportementale que cette admission engendrerait.

Les représentations propres à la psychiatrie sont illustrées par trois mots récurrents : dépression, folie et démence. La démence est ainsi assimilée à la psychiatrie chez une part

non négligeable de soignants (Marc Fernandes 2008). La limite entre neurologie et psychiatrie est plus poreuse à mesure où la personne âgée vieillit.

Ces soignants semblent également avoir une vision pessimiste de guérison chez les personnes souffrant de trouble psychique. Mais paradoxalement, les soignants reconnaissent l'action thérapeutique de soulagement et de sécurité qu'il y a à admettre ces personnes en maison de retraite et se disent prêts à donner de leur temps pour les aider (Marc Fernandes 2008).

Ils reconnaissent une certaine peur vis-à-vis des résidents en lien avec l'imprévisibilité de leur comportement et souhaiteraient que ceux-ci soient réorientés vers des structures plus adaptées. Ils décrivent un sentiment de « patate chaude » quand ces résidents issus de la psychiatrie arrivent en EHPAD. Cette peur des résidents illustre un manque de qualité de soin dans l'institution (manque de temps, de personnel, de structure adaptée) (Marc Fernandes 2008).

Certains directeurs d'EHPAD vont même jusqu'à affirmer que les résidents venant d'hôpitaux psychiatriques n'ont rien à faire dans leurs établissements : « *La psychiatrie et la maison de retraite sont deux mondes différents qui n'ont pas à coexister* » (*Spécificités de l'accueil psychiatrique en EHPAD*, Adeline Godard 2018).

Jarry Claudy, président de la Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Etablissements et services pour Personnes Agées (FNADEPA) rapporte dans une autre formulation : « *Il ne faut pas se leurrer. Les EHPAD sont beaucoup moins coûteux que l'hospitalisation. On cherche des solutions hors- psychiatrie, pour des raisons qui n'ont rien à voir avec la psychiatrie* » et de rajouter « *On en a terminé avec les politiques stigmatisantes et sectorielles. A tous les niveaux, on assiste à des formes avancées d'intégration : les enfants handicapés à l'école, les crèches intergénérationnelles... Cela relève de la même recherche de "normalité"* ». Une question revient fréquemment : la peur des comportements violents

chez les résidents souffrant de trouble psychique. Ce risque est fréquemment associé chez les usagers de psychiatrie avec un caractère imprévisible comme si à tout moment le soignant prenait un risque dès lors qu' « *un malade mental peut à tout moment devenir violent* ».

Cette peur du "fou" reste encore très présente dans le discours de ces soignants. Ils parlent souvent en des termes anciens en référence à la psychiatrie « d'enfermement » « d'asile »... Il existe une différence entre des résidents dits « normaux » et ceux « anormaux ».

IV. Enquête réalisée sur les représentations sociales de la maladie mentale dans le département du Nord auprès de 7 EHPAD.

A. Description de l'étude

Il s'agit d'une enquête observationnelle transversale descriptive réalisée par auto-questionnaire entre mai et septembre 2019. La diffusion a été faite soit par les médecins coordinateurs de l'EHPAD soit directement par l'enquêteur principal avec quelques explications succinctes sur les objectifs de cette étude. Sept EHPAD ont été tirés au sort depuis le logiciel TRAJECTOIRE dans tout le département du Nord. Les EHPAD tirés au sort sont les suivants :

- EHPAD Albert du Bosquiel à Bondues
- EHPAD Les Provinces Du Nord à Marc en Baroeul
- EHPAD Résidence du Chemin vert à Trelon
- EHPAD Résidence Les fleurs de la Lys à Comines

- EHPAD Saint Antoine de Padoue à Lille
- EHPAD Jean de Luxembourg à Haubourdin
- EHPAD Fondation Serbat du centre hospitalier de Valenciennes.

B. Objectifs

Ces travaux ont pour objectif principal l'étude des représentations sociales de la maladie mentale chez le personnel travaillant en EHPAD. Les objectifs secondaires sont l'étude de leurs connaissances générales en santé mentale et également de leur façon de travailler auprès de personnes ayant un trouble psychique et dans le cadre de la psychiatrie de liaison.

Le bénéfice attendu de cette étude est d'améliorer la formation et la sensibilité en matière de santé mentale du personnel travaillant auprès des personnes âgées, de mieux cibler leurs attentes avec la psychiatrie de liaison et ainsi offrir une meilleure prise en soin pour les résidents. Il est également attendu à plus long terme la déstigmatisation des personnes souffrant de trouble psychique auprès du personnel.

C. Population étudiée

L'ensemble des professionnels travaillant en EHPAD a été inclus dans cette étude, c'est-à-dire tant le personnel médical et paramédical que le personnel administratif. En effet, beaucoup de personnes travaillant dans l'administration sont en contact plus ou moins quotidien avec les résidents et avec leurs familles.

Les psychologues/psychiatres intervenant dans les établissements ou toute personne travaillant directement dans le champ de la santé mentale ont été exclus de l'étude.

D. Création du questionnaire

Le questionnaire comporte 3 parties après recueil des données sociodémographiques : une première s'intéressant au niveau de connaissance en santé mentale, une deuxième évaluant les pratiques des professionnels avec les personnes souffrant de trouble psychique et la troisième spécifique aux représentations sociales de la maladie mentale.

Ce questionnaire a été créé à partir d'un précédent travail qualitatif que j'ai réalisé dans le cadre de mon mémoire de DIU *Santé Mentale dans la Cité*. Des focus groupes avec des soignants travaillant en EHPAD avaient permis de recueillir leurs représentations sur la santé mentale et les intrications avec leurs expériences professionnelles. Dans ce travail, trois thématiques avaient été abordées : la représentation de la maladie mentale, celle de la violence et les pratiques professionnelles en lien avec les résidents souffrant de trouble psychique. Une autre partie provient directement du questionnaire issu de l'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG) et d'une enquête menée par le CCOMS sur le CHU de Nice (dont les résultats n'ont pas encore été publiés) grâce à l'aimable autorisation du CCOMS de Lille.

E. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été faites à partir du logiciel Excel en partenariat avec la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et en Santé Mentale (F2RSM).

F. Résultats

F. 1. Données sociodémographiques

Au total, 196 questionnaires ont été remplis par différents professionnels. On retrouve une majorité importante de femmes comparativement aux hommes (86,2 % soit 169

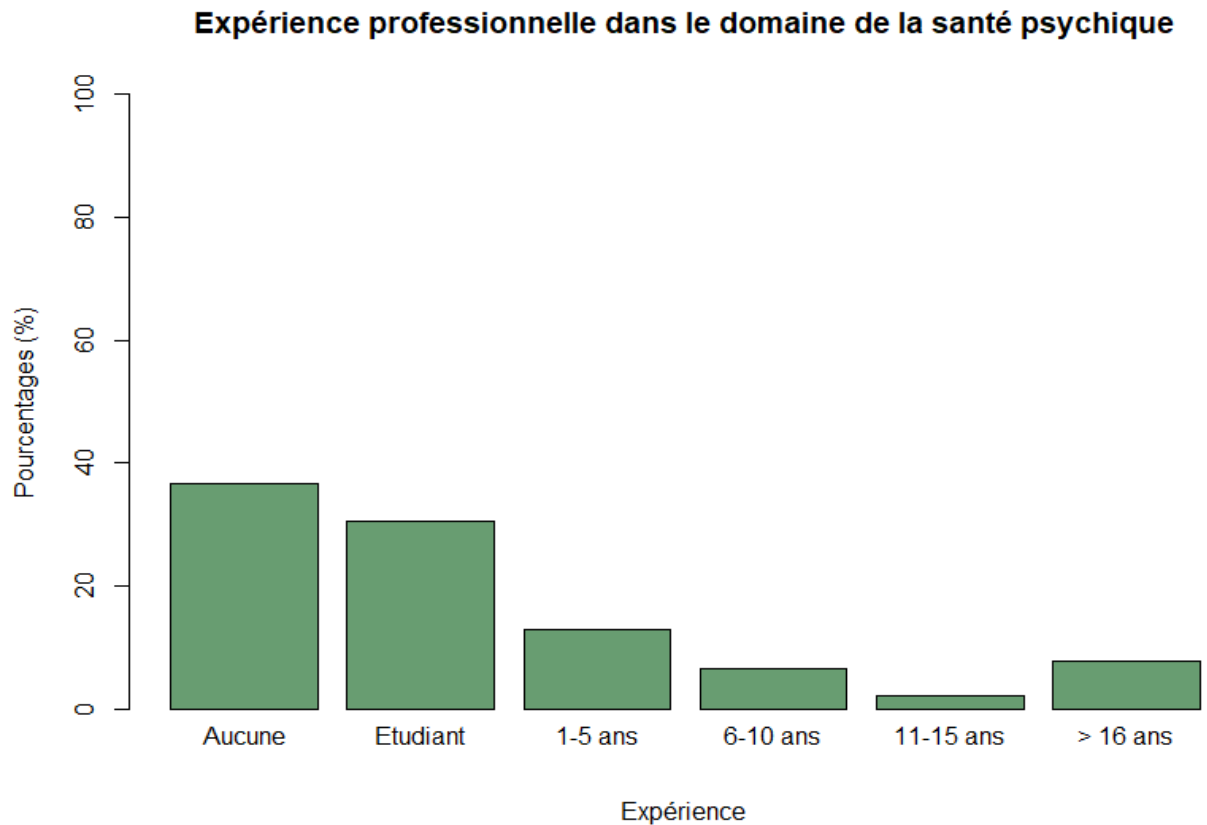
questionnaires pour les femmes contre 13,8 % soit 27 questionnaires pour les hommes) avec un âge moyen de 38 ans et demi (déviation standard +/- 10,3).

Les questionnaires proviennent en majorité de l'EHPAD de Comines (35,2% soit 69 questionnaires), de Jean de Luxembourg (15,8% soit 31 questionnaires), de Chemin Vert à Trelon (14,8% soit 29 questionnaires), Fondation Serbat à Valenciennes (11,2% soit 22 questionnaires), des Provinces du Nord à Marcq-en-Baroeul (10,2% soit 20 questionnaires), de Saint Antoine de Padoue à Lille (9,7% soit 19 questionnaires), D'Albert du Bosquiel à Bondues (3,1% soit 6 questionnaires).

Le personnel médical provient pour la majorité d'unité au sein d'EHPAD sans spécificité (150 soit 76.5 % des questionnaires) et de différents services au sein des EHPAD comme des Unités d'Hébergement Renforcée (UHR, 5 soit 2.6 % des questionnaires), Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD, soit 3,6 %), gérontopsychiatrie (4 soit 2 %), Unité de Vie Alzheimer (UVA, 3 soit 1,5%) et d'autres services (troubles cognitifs service fermé, Personnes Handicapées Vieillissantes...). Les aides-soignants (AS) constituent la majorité du personnel ayant répondu avec un taux de réponse de 50%, soit 98 questionnaires, suivis par les infirmiers.ères (13,3% soit 26 questionnaires). On retrouve également 8 cadres de santé (soit 4% des questionnaires) 7 médecins (soit 3,6% des questionnaires), 2 directeurs (1%), 2 secrétaires (1%). Plusieurs questionnaires ont été remplis par des professionnels issus de divers milieux pour 23,5% (assistante sociale, animatrice sociale, agent d'entretien, adjointe administrative, hôtesse d'accueil...) et 3,6% sans précision.

La majorité du personnel est titulaire d'un diplôme (85,2%). La moyenne du nombre d'années d'exercice après leur diplôme était 13,1 ans (déviation standard +/-10,3 ans). Les autres ont été recrutés sans diplôme particulier ou sont des étudiants en cours de formation (14,8%).

Dans l'ensemble des sondés, 36,7% des personnes rapportent n'avoir aucune expérience dans le champ de la santé mentale contre 60% ayant eu au moins une ou plusieurs expériences et 3,3% ne se prononcent pas.



Concernant les formations en santé mentale, 49% déclarent n'en avoir reçu aucune contre 48% qui en aurait reçu au moins une (certains soignant déclarent n'avoir reçu qu'une simple formation durant leurs études d'infirmière ou d'aide-soignant avec des cours dispensés sur leur lieu de travail par des psychiatres pour 64% d'entre eux ; d'autres une formation interne en gérontopsychiatrie 14,9% ; d'autres une formation interne au trouble du comportement 10,6% ; d'autres formation avec des DIU/DU « gestion de la pathologie démentielle », « soins gérontologie »... 1,3% ; non spécifié 9,2%). 3% ne sont pas prononcés sur le sujet.

Tableau 1 : Données socio-démographiques		N = 196
Sexe, nombre (%)		
Homme		27 (13.8)
Femme		169 (86.2)
Age, moyenne (déviation standard)		
		38.5 (10.3)
Profession, nombre (%)		
Aide-soignant		98 (50)
Infirmiers.ères		26 (13.3)
Cadres de santé		8 (4)
Médecins		7 (3.6)
Directeurs		2 (1)
Secrétaires		2 (1)
Autres professions (hôtesse d'accueil, animatrice, assistante sociale, agent d'entretien...)		46 (23.5)
Non précisé		7 (3.6)
Ville, n (%)		
	Bondues	6 (3.1)
	Comines	69 (35.2)
	Jean De Luxembourg	31 (15.8)
	Marq en Baroeul	20 (10.2)
	St Antoine de Padoux	19 (9.7)
	Trelon	29 (14.8)
	Valenciennes	22 (11.2)

Unité, n (%)	
Ehpad	150 (76.5)
SSIAD	
(Service Soins Infirmiers à Domicile)	7 (3.6)
UCC	
(Unité cognitivo-comportementale)	6 (3.1)
UHR (Unité d'Hébergement Renforcé)	5 (2.6)
PHV (Personnes Handicapées Vieillissantes)	5 (2.6)
Gérontopsychiatrie	4 (2.0)
Alzheimer	4 (2.0)
Gériatrie	3 (1.5)
Administratif	3 (1.5)
UVA (Unité de Vie Alzheimer)	3 (1.5)
Trouble cognitif unité fermée	2 (1.0)
Service de soin, démences et troubles cognitifs	1 (0.5)
SSIAP	
(Service de Sécurité Incendie et d'Assistance aux Personnes)	1 (0.5)
Trouble du comportement service fermé	1 (0.5)
Unité fermée	1 (0.5)

F. 2. Connaissances sur la santé mentale

On retrouve une note moyenne de 4.7/10 (+/-1.9) en connaissance générale dans les 196 questionnaires remplis. Le tableau 2 récapitule l'ensemble des résultats sur les connaissances générales et plus détaillées en fonction des pathologies proposées.

Tableau 2 : récapitulatif sur les connaissances en santé mentale	
Connaissances	Moyennes sur 10 (sd)
Générales	4.7 (1,9)
Pathologies	
<i>Dépression</i>	5.7 (2.4)
<i>Anxiété</i>	5.4 (2.5)
<i>Addictions</i>	5.0 (2.5)
<i>Phobies</i>	4.3 (2.4)
<i>Troubles de personnalité</i>	4.3 (3.8)
<i>Troubles obsessionnels compulsifs</i>	4.3 (2.5)
<i>Troubles bipolaires</i>	4.2 (2.5)
<i>Schizophrénie</i>	4.0 (2.8)
<i>Psychose</i>	3.9 (2.4)
<i>Suicide</i>	3.8 (2.6)

Les résultats principaux à retenir sont un niveau de connaissance plus important pour la dépression (5.7 +/-2.4) et l'anxiété (5.4+/-2.5) ; mais un niveau de connaissance plus faible sur le suicide (3.8+/-2.6).

A la question relative aux connaissances sur les structures en lien avec la santé mentale ("*Parmi les structures suivantes, cochez celles que vous connaissez et qui vous semblent en lien avec la santé mentale*"), les sondés ont identifiés en majorité les Centres médico-psychologiques (CMP, 86.2%) ; les Etablissements Publics de Santé Mentale (EPSM,

84.2%) et les urgences psychiatriques (76%). Le tableau 2 reprend ces résultats et ceux pour les autres structures.

Tableau 2 : structures en lien avec la santé mentale

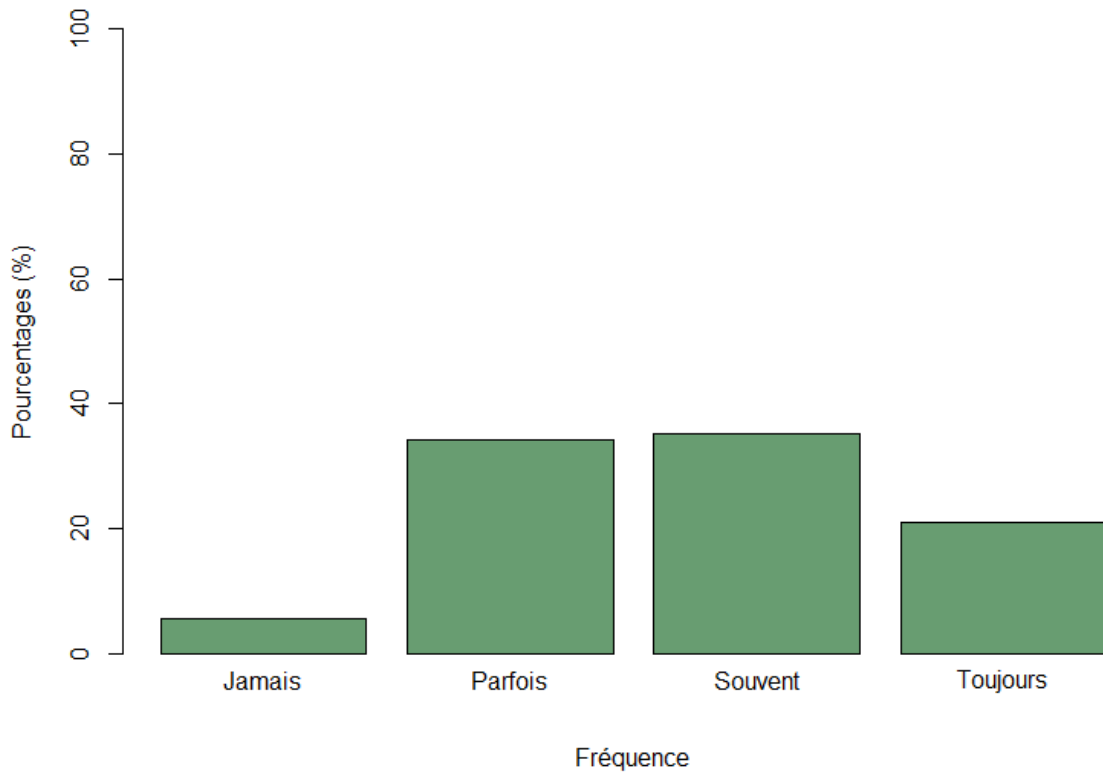
Structures :	Oui Nombre (%)	Non Nombre (%)	Non précisé Nombre (%)
Centre Médico-Psychologique (CMP)	169 (86.2)	18 (9.2)	9 (4.6)
Etablissements Publics de Santé Mentale (EPSM)	165 (84.2)	21 (10.7)	
Urgences psychiatriques	149 (76.0)	38 (19.4)	
Psychiatrie libérale	122 (62.2)	65 (33.2)	
Appartements thérapeutiques	101 (51.5)	86 (43.9)	
Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT)	88 (44.9)	99 (50.5)	
Médecin généraliste	83 (42.3)	104 (53.1)	
Institut médico-éducatif (IME)	73 (37.2)	114 (58.2)	
Centre d'Accueil et de Crise (CAC)	71 (36.2)	116 (59.2)	
Centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP)	50 (25.5)	137 (69.9)	
Centre d'action médico-sociales précoce (CAMSP)	44 (22.4)	143 (73.0)	
Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM)	12 (6.1)	175 (89.3)	
MGEN	10 (5.1)	1770.3)	

F. 3. L'accueil du résident

L'accueil d'un résident est un moment particulier qui marque un changement important dans sa vie. La partie actuelle du questionnaire concerne l'accueil spécifique qui est fait au Résident Atteint de Pathologie Psychique (RAPP dans la suite du texte). A son admission, la majorité des sondés rapporte avoir (question 8) :

- souvent connaissance des antécédents psychiatriques du résident souffrant d'un trouble psychique (35.2%),
- parfois connaissance (34.2%),
- toujours connaissance (20.9%),
- jamais connaissance (5.6%)
- et 4.1% des soignants ne se prononçant pas sur la connaissance des antécédents de pathologie psychique de leurs résidents.

Informations concernant la présence d'un trouble psychique à l'accueil d'un résident

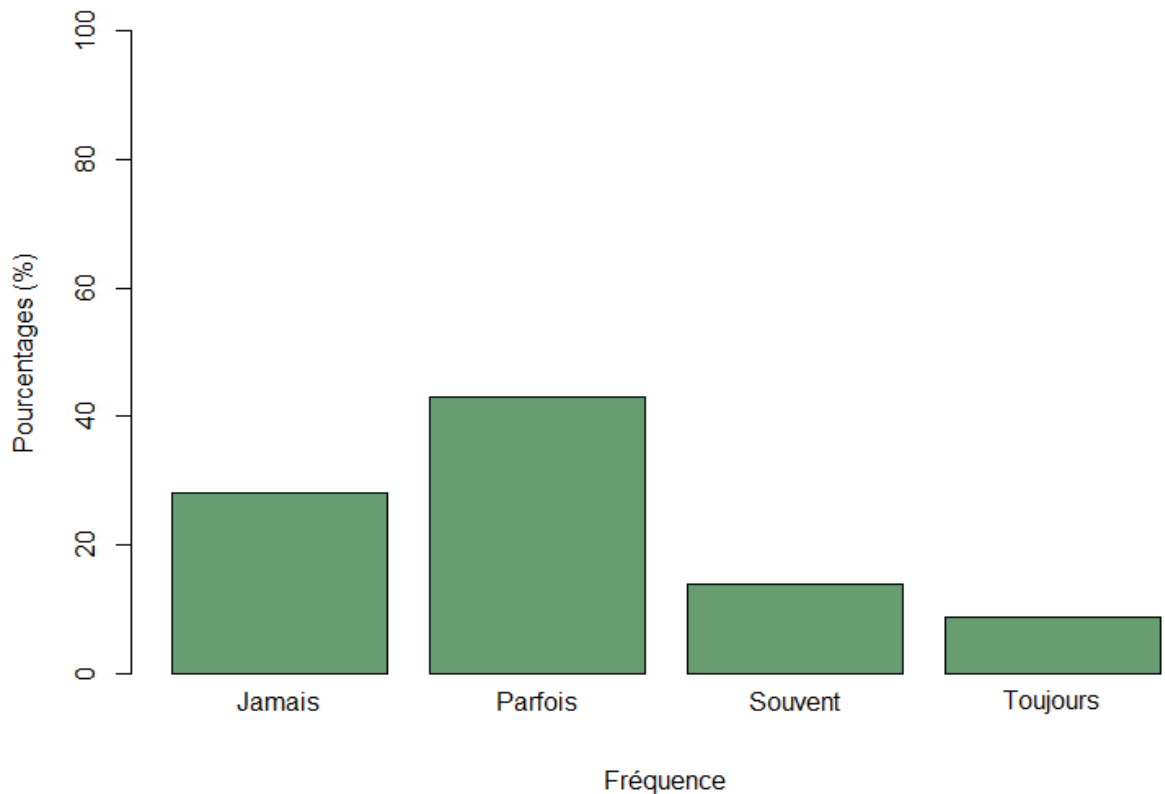


A la question 9, la plupart reçoit les informations par transmission orale et avec le dossier médical (plus de 80% parmi les 177 personnes ayant répondu à cette question).

A la question des consignes spécifiques concernant l'accueil des RAPP (question 10), les soignants rapportent recevoir :

- parfois (42.9%) des consignes spécifiques pour la prise en charge des RAPP,
- jamais (28.1%) de consigne,
- souvent (13.8%) de consigne,
- toujours (8.7%),
- et 6.6% ne se prononçant pas.

Consignes pour l'accueil d'un résident présentant un trouble psychique



Ces consignes sont données en majorité par le médecin (21.7%), la cadre (21.7%), le médecin avec la cadre (11.7%) et, l'infirmière (7%). 14.1% des soignants de ne se prononcent pas et le reste est défini autrement sans précision (23.8%).

Les sondés considèrent pour 67.3% qu'il n'existe pas de différence dans l'accueil réservé aux RAPP, 15.8% rapportent à l'inverse qu'il existe une différence et 16.8% ne se prononcent pas (question 11).

Parmi les 15.8% ayant répondu oui, ils précisent :

- que le résident est accueilli avec une adaptation en fonction de son trouble psychique connu pour 19.2%,
- que l'accueil est différent du fait d'un risque de fugue et de trouble du comportement pour 3.2%,

- qu'ils mettent en place un plan personnalisé d'accueil pour 3.2%,
- qu'ils ont spécifiquement une communication adaptée pour 3.2%,
- qu'ils mettent le RAPP dans un lieu sécurisé pour 3.2%,
- qu'ils mettent en place rapidement un suivi psychologique pour 3.2%,
- qu'il existe un accueil spécifique en fonction de l'âge du résident notamment ceux autour de 60 ans pour 3.2%,
- que l'accueil est différent en fonction de la connaissance des antécédents suicidaires du RAPP pour 3.2%,
- qu'une équipe de l'EPSM est présente au moment de l'accueil du RAPP pour 3.2%,
- qu'ils sont plus vigilants pour 3.2%,
- qu'il existe une prise en charge plus importante pour 3.2%.

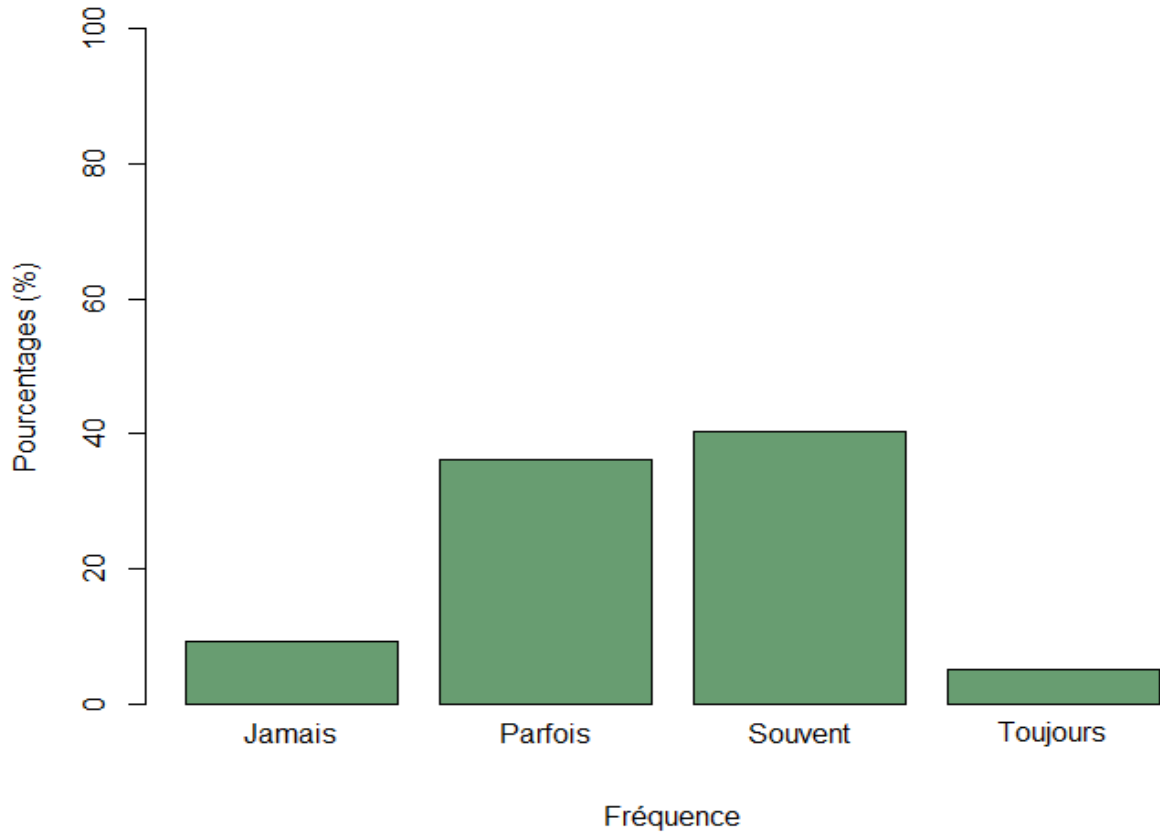
48.8% ne précisent pas le contenu de cette différence.

F. 4. Au quotidien

Cette partie du questionnaire s'intéresse au ressenti et aux pratiques du quotidien des sondés auprès des RAPP.

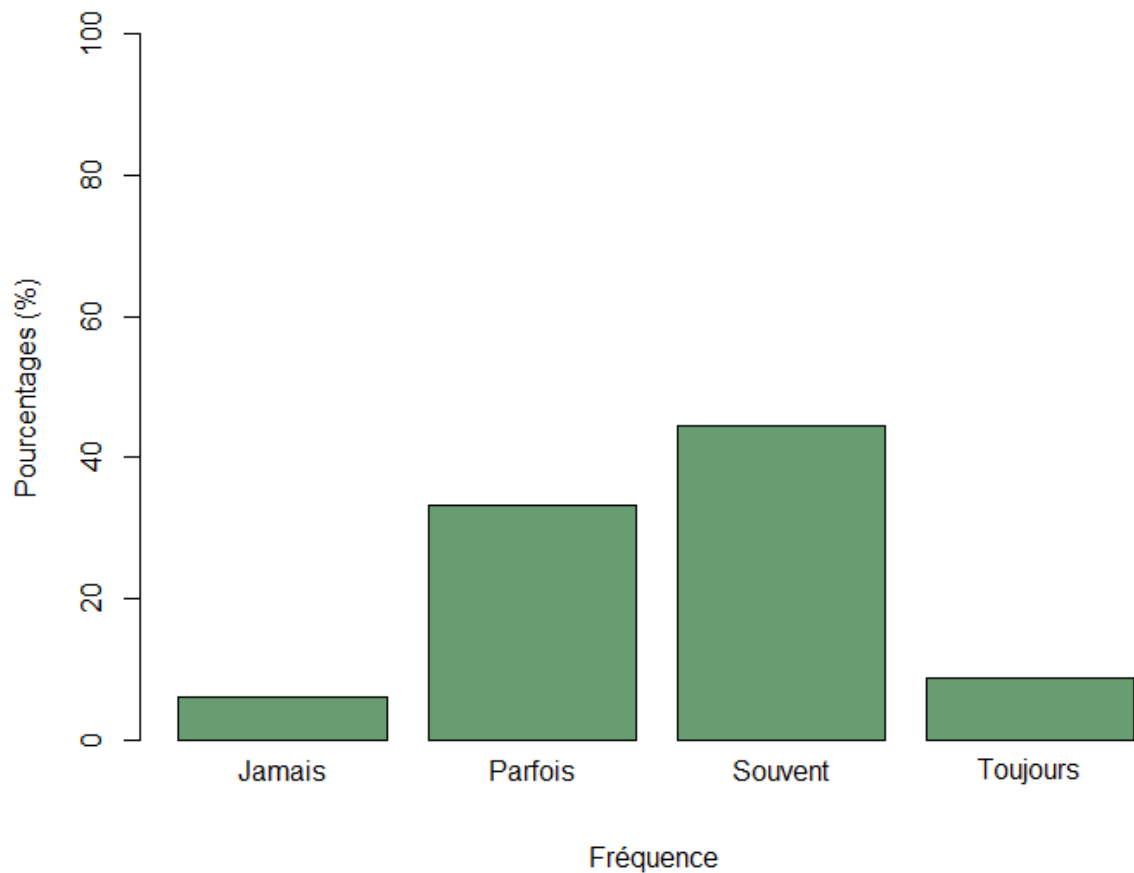
A la question 12 "*Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge des RAPP ?*", les sondés ont répondu en majorité se sentir souvent à l'aise dans la prise en charge des RAPP pour 40.3%, 36.2% parfois, 9.2% jamais, 5.1% toujours et 9.2% ne se prononçant pas.

Aisance des professionnels dans la prise en charge des RAPP



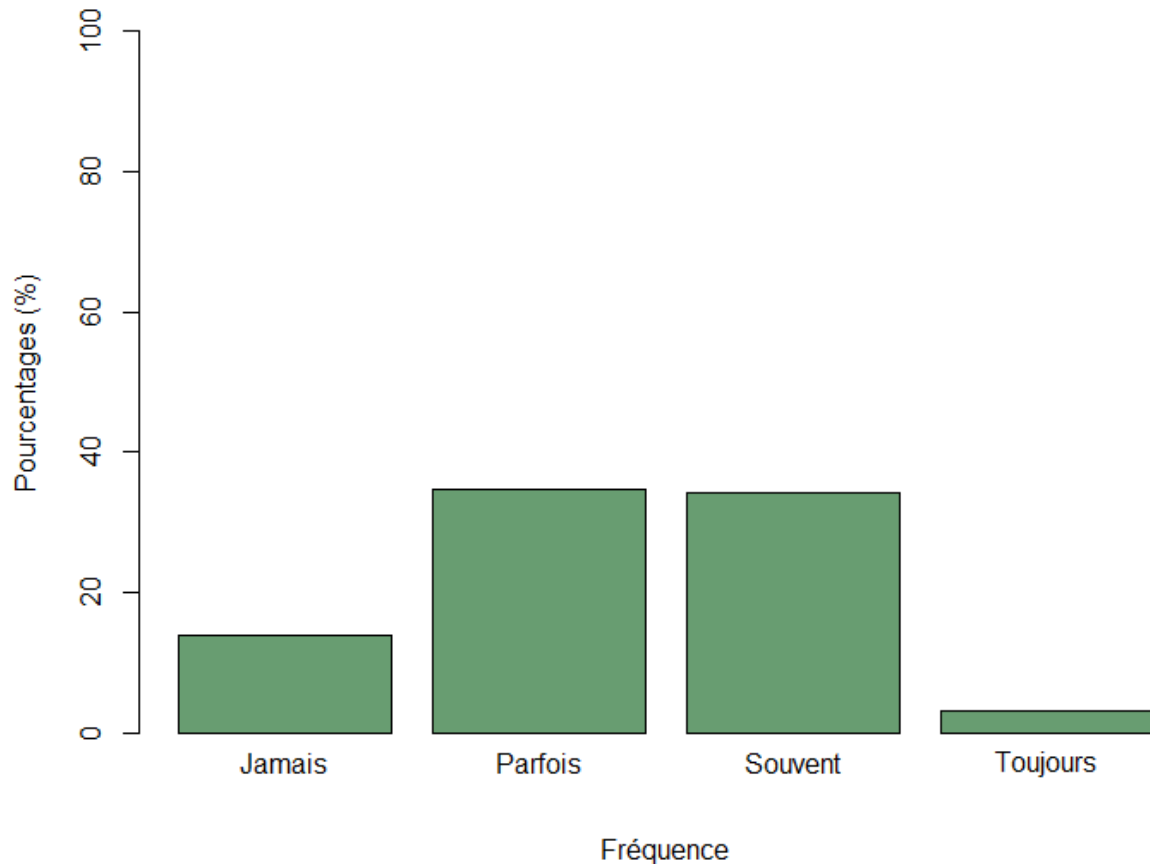
A la question suivante (question 13), relative à l'aisance des sondés pour communiquer avec les RAPP, ils ont répondu à 44.4% se sentir souvent à l'aise pour communiquer, 33.2% parfois, 8.7% toujours, 6.1% jamais et 7.7% ne se prononçant pas.

Aisance des professionnels pour la communication avec les RAPP



Concernant le sentiment de sécurité des sondés auprès des RAPP (question 14), 34.7% se disent parfois en sécurité, 34.2% souvent en sécurité, 13.8% jamais, 3.1% toujours et 13.8% ne se prononçant pas.

Sentiment de sécurité auprès des RAPP lors des soins



Les sondés ont répondu à 44.4% qu'ils ne travaillaient pas avec de la psychiatrie de liaison (question 15), 33.2% à l'inverse qu'ils travaillaient avec de la psychiatrie de liaison, 1% ne sachant pas et 21.4% ne se prononçant pas.

La question 16 concerne la prise en charge du risque suicidaire, 55.1% des sondés déclarent ne pas avoir peur des idées suicidaires de leurs résidents contre 39.8% et 5.1% ne se déclarant pas (question 16.a.).

De même, les sondés reconnaissent à 37.8% se sentir parfois à l'aise dans la prise en charge des idées suicidaires (question 16.b.), 27.6% souvent à l'aise, 23% jamais à l'aise, 3.6% toujours et 8% ne se déclarant pas.

La majorité ne sait pas dire, par contre, s'il existe un protocole pour la prise en charge de ces idées suicidaires (42.3%). 30.6% déclarent l'inexistence de ce genre de protocole, 22.4% son existence et 4.7% ne se prononçant pas (question 16.c.).

Ils répondent en forte majorité leur souhait de créer un tel protocole à 70.6% contre 2.1%. Le reste ne se prononçant pas à 27.3% (question 16.d.).

Les sondés ont pu répondre en majorité se sentir parfois à l'aise dans la prise en charge des tentatives de suicide à 36.2%, 33.2% jamais, 16.3% souvent, 2.6% toujours et 11.7% ne se prononçant pas.

Concernant l'existence d'un protocole de prise en charge des tentatives de suicide, plus de la moitié des sondés déclarent ne pas en avoir connaissance (45.4%). 29.1% rapportent l'inexistence d'un tel protocole contre 18.4% qui en ont connaissance. 7.1% ne se prononçant pas.

74.7% souhaiteraient qu'un protocole de prise en charge des tentatives de suicide puisse exister. 3.4% seraient contre. 21.9% ne se prononçant pas.

La question 17 relative à l'usage de la contention précise que 77% des sondés reconnaissent utiliser la contention, 18.4% ne l'utilisant pas et 4.6% ne se prononçant pas.

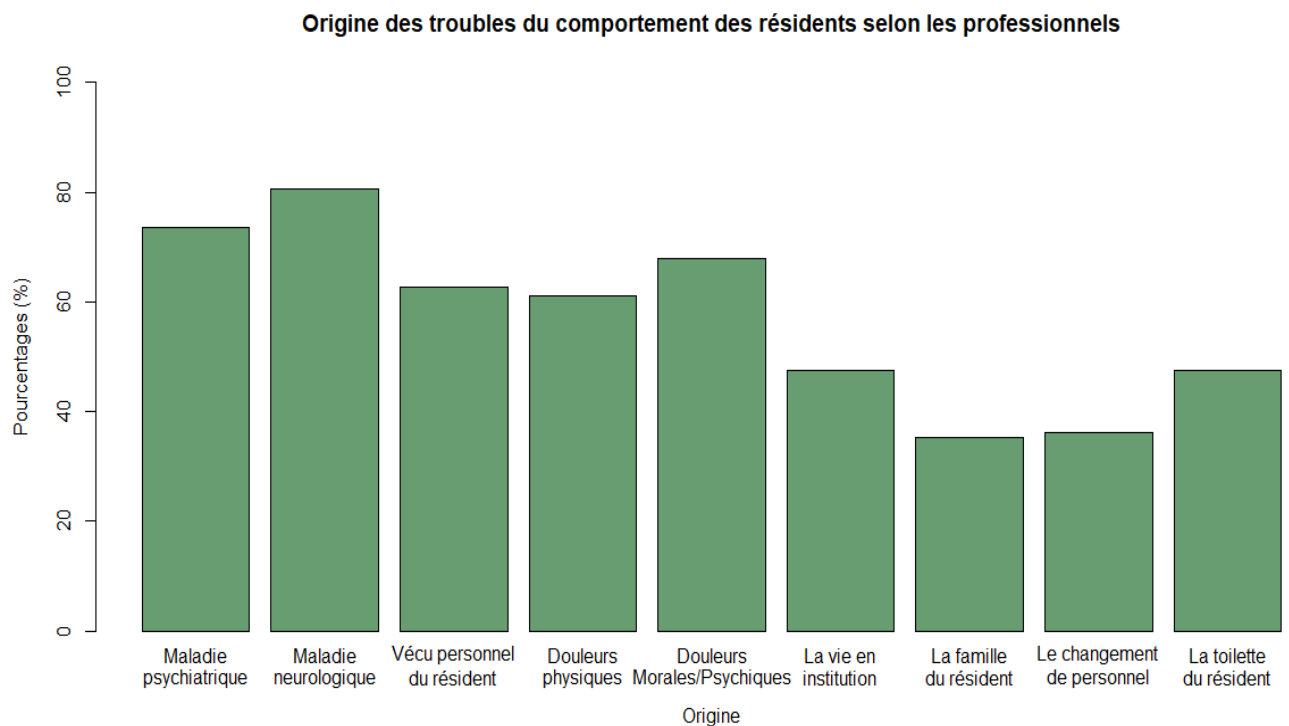
L'usage le plus fréquent de son utilisation se fait en prévention des chutes 90.7%, 49% dans les situations d'agitation et 7.9% dans d'autres situations parmi les 151 réponses obtenus (question 17.a. à choix multiples).

La fréquence de son utilisation est majoritairement quotidienne avec usage tous les jours de la contention pour 51.1% des sondés, puis une fois par mois pour 20.5%, une fois par semaine pour 8.6%, rarement 0.6%. 18.5% des sondés ne se prononçant pas (question 17.b.).

57.1% des sondés connaissent l'existence d'un protocole pour la contention, 18.9% n'en ont pas connaissance, 8.2% affirment qu'il n'en existe pas et 15.8% ne se prononcent pas (question 17.c.).

43.4% souhaiteraient la mise en place d'un protocole de contention, 22.6% ne le souhaitant pas, 34% ne se prononçant pas parmi les 53 réponses à la question 17.d.

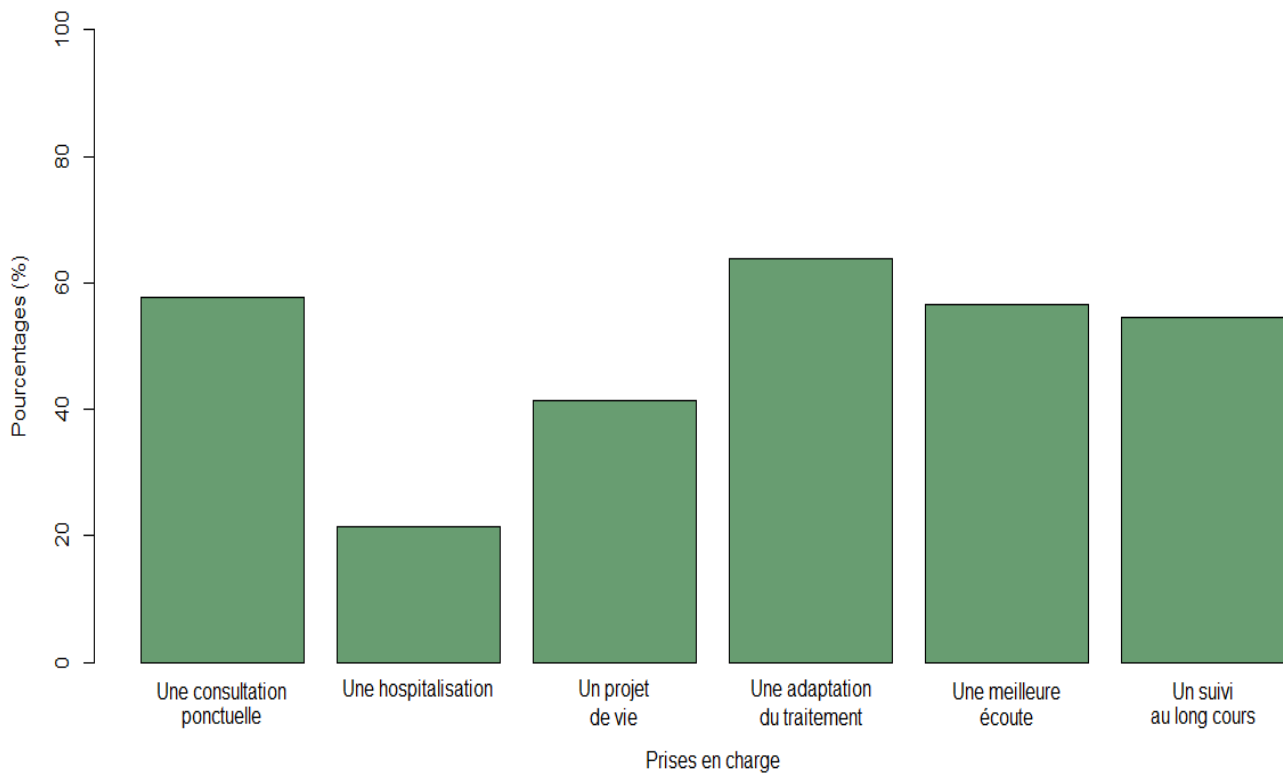
Concernant l'origine des troubles du comportement chez les résidents, 80.6% des sondés les mettent en lien avec une origine neurologique, 73.5% avec une origine psychiatrique, 67.9% liée à une douleur morale ou psychique, 62.8% liée au vécu personnel du résident, 61.2% liée à une douleur physique, 47.4% liée à la vie institutionnelle, 47.4% liée à la toilette du résident, 36.2% liée au changement de personnel, 35.2% liée à la famille du résident (question 18 choix multiples).



A la question 19 « *Qu'attendriez-vous de la part d'un.e psychiatre pour vos résidents ?* », 57.7% souhaiteraient une consultation ponctuelle, 63.8% une adaptation de traitement, 56.6%

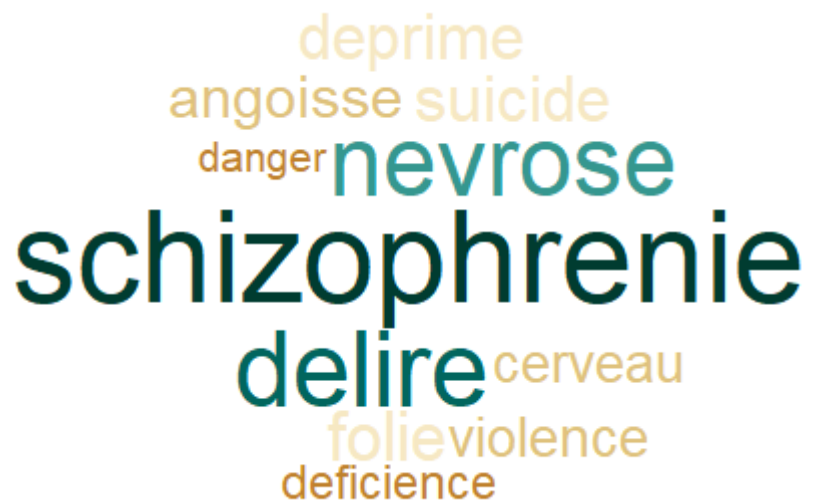
une meilleure écoute sur leur ressenti de la situation, 41.3% élaboraient un projet de vie, 54.6% un suivi au long cours type psychothérapie, 21.4% une hospitalisation (question 19 avec choix multiples).

Attentes des professionnels vis-à-vis du psychiatre dans la prise en charge des résidents



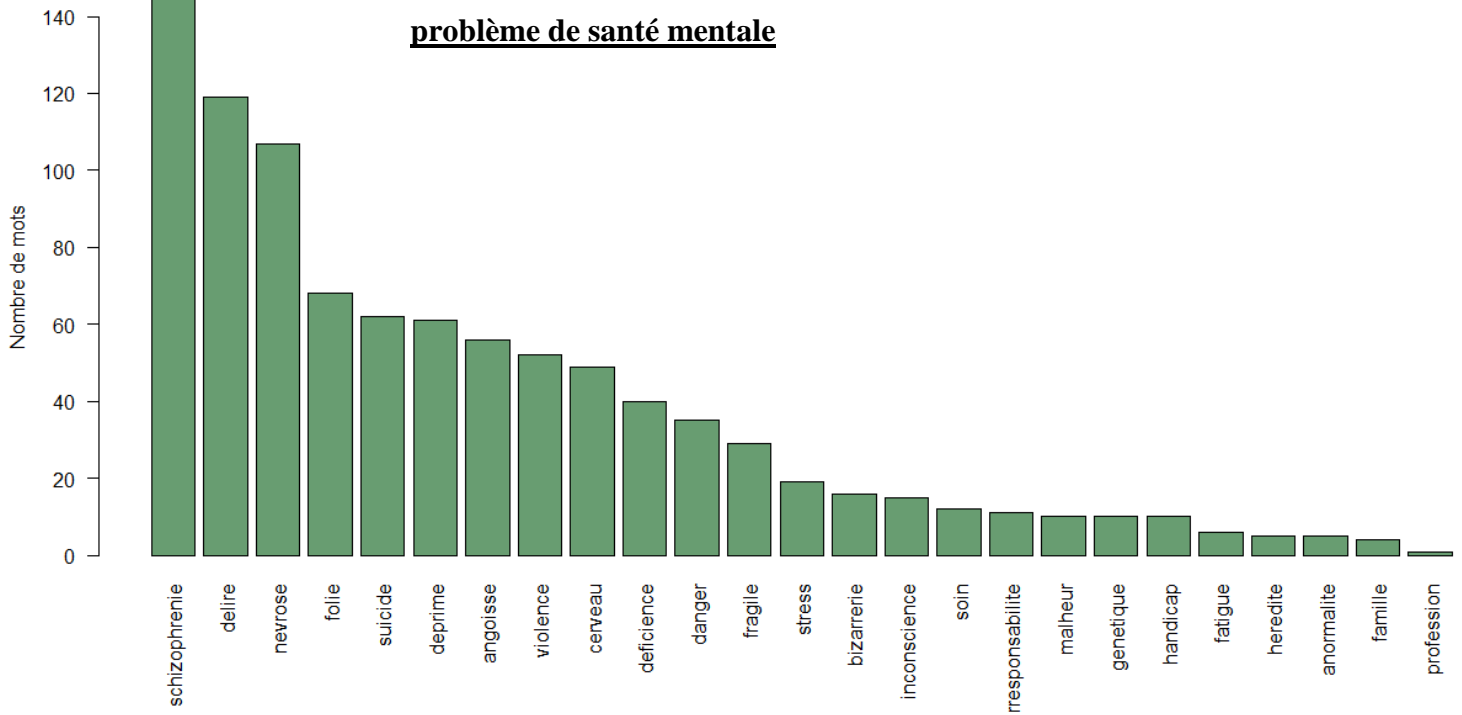
Concernant la partie sur les représentations sociales de la maladie mentale à la question 20, les mots illustrant le plus un problème de santé mentale sont parmi les sondés :

- schizophrénie pour 74.5%
- délire pour 60.7%
- névrose pour 54.6%
- suicide pour 36.6%
- folie pour 34.7%
- déprime pour 31.1%
- angoisse pour 28.6%
- violence pour 26.5%
- cerveau pour 25%
- déficience pour 20.4%
- danger pour 17.9%
- fragile pour 14.8%
- stress pour 9.7%
- bizarrerie pour 8.2%
- inconscience pour 7.7%
- soin pour 6.1%
- irresponsabilité pour 5.6%
- handicap pour 5.1%
- malheur pour 5.1%
- génétique pour 5.1%
- fatigue pour 3.1%
- hérédité pour 2.6%
- anormalité pour 2.6%
- famille pour 2%
- profession pour 0.5%



Nuage de mots les plus utilisés concernant un problème de santé mentale relative à la question 20 : « Parmi cette liste, entourez les 5 mots qui illustrent pour vous un problème de santé mentale ? (Uniquement CINQ) »

Mots les plus fréquents retrouvés à la question 20 illustrant un problème de santé mentale



Concernant la dernière partie du questionnaire, question 21, le tableau ci-dessous apporte des précisions sur les représentations en fonction d'un comportement que nous pouvons détailler comme suit :

- Quelqu'un qui **pleure** et est souvent **triste** est considéré comme **dépressif** (89.8%) pour la plupart **anormal** (48%) et **peu dangereux** (64.3%)
- Quelqu'un qui se **suicide** est considéré en majorité comme **dépressif** (78.6%), **anormal** (75.5%) et **dangereux** (85.7% et avec une précision "pour lui-même" rapporté dans plusieurs questionnaires).
- Quelqu'un qui prend régulièrement des **drogues** n'est **aucun des trois** pour 69.4%, considéré comme **anormal** pour 79.6% et **dangereux** pour 88.3%.
- Quelqu'un qui prend régulièrement des **boissons** n'est également qualifié dans **aucun des trois** pour 63.8%, **anormal** pour 70.4%, **dangereux** pour 75%.
- Quelqu'un qui **bat régulièrement son ou sa compagne** et ses enfants est considéré par une majeure partie des sondés comme **malade mentale** pour 37.2% et **aucun des trois** pour 30.1%. Il est vu comme **anormal** pour 89.3% et **dangereux** pour 94.9%.
- Quelqu'un qui est **violent envers les autres et les objets** est en majorité perçu comme **malade mentale** pour 58.2%, **anormal** pour 87.2% et **dangereux** pour 91.3%.

- Quelqu'un qui est **violent envers lui-même** est **malade mentale** pour 64.3% **anormal** pour 85.2% et **dangereux** pour 90.8%.
- Quelqu'un qui **délire** est **malade mentale** pour 74.0%, **anormal** pour 82.7% et **dangereux** pour 71.9%.
- Quelqu'un qui fait des **crises, des convulsions** n'est **aucun des trois** pour 81.6%, **anormal** pour 70.4% et **dangereux** pour 63.8%.
- Quelqu'un qui a **un comportement bizarre** n'est **aucun des trois** pour 62.2%, **anormal** pour 62.8% et **peu dangereux** pour 53.6%.
- Quelqu'un qui a **un discours bizarre** est soit en majorité **malade mentale** (42.9%) ou **aucun des trois** pour 46.9%), **anormal** pour 78.1% et **peu dangereux** pour 63.8%.
- Quelqu'un qui est **négligé** n'est **aucun des trois** pour 65.8%, **anormal** pour 59.7% et **peu dangereux** pour 79.1%.
- Quelqu'un qui est **isolé** est **dépressif** pour 57.1%, **anormal** pour 54.6% et **peu dangereux** pour 67.9%.
- Quelqu'un qui est **anxieux** n'est **aucun des trois** pour 59.7%, **normal** en majorité pour 48% et **peu dangereux** pour 71.4%
- Quelqu'un qui commet **un viol** est en majorité **malade mentale** pour 46.9%, **anormal** pour 89.3% et **dangereux** pour 92.9%.
- Quelqu'un qui commet **un inceste** est **malade mentale** en majorité pour 44.9%, **anormal** pour 90.3% et **dangereux** pour 91.3%.
- Quelqu'un qui **commet un meurtre** est à la fois **fou** (24.5%), **malade mentale** (18.4%) et **aucun des trois** (19.4%), il est **anormal** pour 56.6% et **dangereux** pour 61.7%.

Selon vous, quelqu'un qui :	A				B		C	
	Fou	Malade mental	Dépressif	Aucun des 3	Normal	Anormal	Dangereux	Peu dangereux
pleure souvent et qui est la plupart du temps triste est :	0 (0.0)	0 (0.0)	176 (89.8)	15 (7.7)	86 (43.9)	94 (48.0)	56 (28.6)	126 (64.3)
tente de se suicider est :	0 (0.0)	22 (11.2)	154 (78.6)	18 (9.2)	27 (13.8)	148 (75.5)	168 (85.7)	15 (7.7)
prend régulièrement des drogues est :	9 (4.6)	28 (14.3)	24 (12.2)	136 (69.4)	19 (9.7)	156 (79.6)	173 (88.3)	13 (6.6)
boit régulièrement des boissons alcoolisées est :	0 (0.0)	18 (9.2)	43 (21.9)	125 (63.8)	32 (16.3)	138 (70.4)	147 (75.0)	35 (17.9)
bat régulièrement son mari ou sa femme ou ses enfants est :	48 (24.5)	73 (37.2)	10 (5.1)	59 (30.1)	5 (2.6)	175 (89.3)	186 (94.9)	1 (0.5)
est violent envers les autres et les objets est :	34 (17.3)	114 (58.2)	8 (4.1)	37 (18.9)	5 (2.6)	171 (87.2)	179 (91.3)	4 (2.0)
est violent envers lui-même est :	17 (8.7)	126 (64.3)	33 (16.8)	24 (12.2)	7 (3.6)	167 (85.2)	178 (90.8)	6 (3.1)
délire, hallucine est :	27 (13.8)	145 (74.0)	5 (2.6)	18 (9.2)	12 (6.1)	162 (82.7)	141 (71.9)	36 (18.4)
fait des crises, des convulsions est :	1 (0.5)	23 (11.7)	4 (2.0)	160 (81.6)	37 (18.9)	138 (70.4)	125 (63.8)	53 (27.0)
a un comportement bizarre est :	18 (9.2)	37 (18.9)	10 (5.1)	122 (62.2)	45 (23.0)	123 (62.8)	63 (32.1)	105 (53.6)
a un discours bizarre, sans aucun sens, est :	12 (6.1)	84 (42.9)	6 (3.1)	92 (46.9)	22 (11.2)	153 (78.1)	51 (26.0)	125 (63.8)
est négligé, souvent sale est :	4 (2.0)	15 (7.7)	50 (25.5)	129 (65.8)	49 (25.0)	117 (59.7)	20 (10.2)	155 (79.1)
est isolé, en retrait, cherche à être seul est :	0 (0.0)	7 (3.6)	112 (57.1)	71 (36.2)	70 (35.7)	107 (54.6)	41 (20.9)	133 (67.9)
est anxieux est :	0 (0.0)	14 (7.1)	61 (31.1)	117 (59.7)	94 (48.0)	75 (38.3)	29 (14.8)	140 (71.4)
commet un viol est :	47 (24.0)	92 (46.9)	2 (1.0)	49 (25.0)	6 (3.1)	175 (89.3)	182 (92.9)	3 (1.5)
commet un inceste est :	47 (24.0)	88 (44.9)	5 (2.6)	51 (26.0)	5 (2.6)	177 (90.3)	179 (91.3)	5 (2.6)
commet un meurtre est :	48 (24.5)	36 (18.4)	5 (2.6)	38 (19.4)	7 (3.6)	111 (56.6)	121 (61.7)	2 (1.0)

Tableau relatif à la question 21 sur les représentations des comportements en fonction s'ils sont fou, malade mental, dépressif ou aucun des trois ; s'ils les décrivent comme normal ou anormal et enfin dangereux ou peu. Le nombre principal représente le nombre de questionnaires et entre parenthèses le pourcentage associé.

G. Discussion générale :

G. 1. Données socio-démographiques

Une part importante des questionnaires est représentée par l'EHPAD de Comines et l'ensemble des questionnaires est représentatif du personnel soignant (plus de 60%) et plus particulièrement des aides-soignants (50% des questionnaires). La professionnalisation en EHPAD est représentée à plus de 85% par une population féminine avec un âge moyen autour de la quarantaine. Ce fort taux de population féminine se retrouve dans les données statistiques de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpads, DREES 2018). Du fait de la surreprésentation de l'EHPAD de Comines, il est possible que l'on observe un biais de sélection et que cette étude ne puisse être le reflet des représentations de l'ensemble des EHPAD du département du Nord. La majorité des sondés travaillent en EHPAD sans distinction de service (76.5%) mais on observe l'existence d'une pluralité d'unités qui complexifient l'analyse. Ces différentes unités pourraient influencer les représentations du personnel par la diversité des pratiques issue de ces unités mais il n'a pas été possible de corréler les résultats avec le lieu de travail au vu du faible échantillonnage. De même, il semble difficile de pouvoir directement comparer ces données avec celles de la population générale en lien avec l'hétérogénéité de notre population. Il est cependant intéressant de noter qu'il s'agit de la première étude quantitative tentant de décrire les représentations sociales du personnel en EHPAD et qu'il existe très peu d'études traitant de ce sujet (Clesse et al. 2016). Les études traitant du sujet sont qualitatives et ne ciblent que le ressenti des professionnels autour de leur pratique.

Dans cette présente étude, les soignants interrogés n'avaient pour la plupart que peu d'expérience en santé mentale (environ 66% n'ont aucune ou qu'une expérience unique

durant la période étudiante) et n'avaient pas eu ou très peu de formation dans ce domaine (49% des sondés). Ces données peuvent être mises en relation directe avec une envie de formation. En effet, environ 94% des sondés ont exprimé le souhait de bénéficier d'une formation en santé mentale. Ce manque d'expérience et le peu de formation suggèrent que la population de professionnels en EHPAD peut être tout de même considérée comme proche de la population générale sur les représentations sociales de la maladie mentale telles que décrites dans l'étude de Roelandt et al. en 2010 et comme le suggère également l'étude d'Armelle Grenouilloux en 2011. Cette dernière étude précise notamment qu'au plus les soignants sont au contact de personnes souffrant de trouble psychique et ont une formation en santé mentale au plus on pourra changer leurs représentations périphériques sans toutefois atteindre directement le noyau central de leurs représentations. Son idée repose sur les fonctions essentielles des représentations sociales, pour rappel, au nombre de quatre : fonction de savoir, fonction d'orientation, fonction identitaire et fonction de justification des pratiques. Elle analyse alors que ces fonctions essentielles sont confrontées directement à la limite des représentations de la maladie mentale entre une forme de savoir dit objectif et une autre forme subjective qui est propre au soignant. Ainsi le savoir objectif, qui peut être compris comme le niveau de formation et de connaissance du soignant, est intégré dans ses représentations périphériques mais la subjectivité du soignant s'intègre plutôt à son noyau central. Ce noyau central est alors constamment sollicité dans les limites de la connaissance du soignant face aux comportements du patient. Par la fonction de justification des pratiques dans les fonctions essentielles des représentations sociales, le soignant autorise ou non tel type de comportement et se montre garant d'un cadre qui devient dès lors normatif. Concernant le savoir dit objectif, l'auteure pointe également une grande diversité de savoir théorique dans l'épistémologie actuelle de la psychiatrie et que cette diversité en fait ainsi un savoir dynamique entre ces différents courants. Le soignant est donc également confronté à ce dynamisme et doit pouvoir

évoluer en fonction de l'état des connaissances. Il est important de rappeler que la distinction entre éléments centraux et périphériques des représentations reste difficile. Cette dichotomie entre savoir objectif et subjectif mériterait d'être davantage explorée pour mieux définir la saillance des différents éléments et leur lien éventuel avec les éléments centraux ou périphériques. La question soulevée dans ce contexte reste entière : comment modifier nos représentations et éviter ainsi au maximum un rejet de ces personnes par nos pratiques futures et dans nos pratiques actuelles ? Il est admis qu'un meilleur niveau de connaissance puisse améliorer les représentations sociales de la maladie mais ne soit pas suffisant dans la lutte contre la stigmatisation. Peu d'études ont pu démontrer une réelle amélioration suite à des programmes de lutte contre la stigmatisation. Il semble néanmoins que les associations d'usagers et les explications centrées sur le rétablissement soient plus susceptibles d'agir sur les représentations négatives (Bonsack et al. 2013).

G.2. Connaissances en santé mentale

Les connaissances générales en santé mentale sont assez faibles avec une note moyenne de 4.7/10. Le meilleur niveau de connaissance concerne la dépression et l'anxiété (respectivement 5.7/10 et 5.4/10), pathologies les plus fréquentes en population générale mais également au sein des résidents en EHPAD. Ce résultat est assez conforme avec l'étude de Giordana, Roelandt, et Porteaux en 2010 et dans la thèse de Clémence Gavois (Ressenti de la personne âgée en EHPAD souffrant de dépression : étude qualitative, 2017) qui retrouvent une prévalence plus importante de trouble de l'humeur et de trouble anxieux évalués par le questionnaire du MINI dans la population âgée. Ces troubles plus fréquemment rencontrés peuvent expliquer en partie une plus grande aisance des professionnels en EHPAD dans leurs connaissances et dans leur pratique.

A l'inverse, le suicide, la psychose et la schizophrénie sont les troubles les moins connus (respectivement 3.8, 3.9 et 4.0/10). L'étude de Giordana, Roelandt, et Porteaux en 2010 confirme également ce faible taux et permet d'éclairer cet aspect. En effet, l'étude retrouve un taux plus important de suicide au plus la population vieillit et développe ainsi un adage selon lequel « *plus on vieillit, plus on se suicide et plus le suicide présente un risque d'aboutir* ». Cette moindre connaissance du suicide dans notre étude peut être comprise comme une peur réelle chez le personnel soignant qui se sent souvent démuni et incompetent. On retrouve cette peur dans bon nombres d'études qualitatives (Benjamin Vinnac, 2018 et Marc Fernandes, 2008). Les suicides sont rares mais assez marquants pour les équipes. La verbalisation de ces idées suicidaires est quasi-quotidienne et interprétée comme un appel à l'aide, une demande de soutien du résident. Les équipes déplorent souvent le manque de temps consacré à la réassurance de leurs résidents. La période de confinement consécutive au Covid-19 a d'ailleurs renforcé ce sentiment. Elle a également été marquante pour beaucoup de soignants par la mémoire des résidents les plus âgés qui ont pu se rappeler de la période de couvre-feu durant la seconde guerre mondiale (Charazac 2020).

Concernant le manque de connaissance sur la schizophrénie, une même peur que celle du suicide se retrouve vis-à-vis des résidents souffrant de cette pathologie. Pour beaucoup il s'agit de "*bombes à retardement*" avec un risque de décompensation à tout moment (Benjamin Vinnac, 2018). Ce trouble est perçu comme imprévisible et le rend dangereux aux yeux des professionnels. Il est également important de souligner le manque de considération au niveau des pouvoirs publics dans la reconnaissance et la prise en charge spécifique des patients psychotiques vieillissants (G. Jovelet 2010). Ce manque d'investissement au niveau national et le processus de stigmatisation envers ces sujets couplés à une moindre connaissance du trouble sont les origines les plus probables de cette peur et de cette méconnaissance (G. Jovelet 2010). L'auteur de cette étude insiste sur les difficultés

auxquelles sont confrontés ces usagers en ces termes : « *Les patients psychotiques vieillissent cumulent les représentations sociales négatives, les préjugés et le rejet liés à la psychose, c'est-à-dire à la folie avec un effet de discrimination sensible sur leur lieu de vie personnel ou en Ehpad, de la part des autres résidents, des familles, du personnel qui déclare : "Nous ne sommes pas compétents, pas formés, nous n'entendons rien à la psychiatrie !"* ». Il semble parfois difficile de pouvoir apporter un changement aussi bien aux représentations périphériques qu'au noyau central concernant la schizophrénie. Lorsque l'on regarde l'image quotidienne véhiculée par les médias (les fameux dangereux "schizophrènes" qui tuent), les films (on peut penser par exemple au film "Psychose" de 1960 d'Alfred Hitchcock), séries ("Bates Motel", série qui explique les origines du film " Psychose") etc et l'emploi du mot "schizophrène" pour définir la société actuelle, dans l'idée qu'elle perd de son sens et qu'elle est à double facette donc imprévisible, par des intellectuelles de tout bord, il apparaît très clairement que ce mot est chargé d'une telle connotation négative que des moyens importants doivent être mis en œuvre pour venir contrecarrer ces représentations (Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux 2002, communiqué de l'OMS 2002).

Concernant les structures, beaucoup de professionnels ont une certaine connaissance du réseau de soin en santé mentale. Il est à noter cependant que le médecin généraliste n'est que peu reconnu comme acteur de santé mentale. Pourtant, celui-ci est souvent un acteur central dans les prises en charge. Il n'est pas rare que les résidents rentrant en institution conservent leur médecin généraliste. Il est également le premier médecin à être consulté pour des symptômes anxio-dépressifs, des douleurs etc... Cette non-reconnaissance pourrait être plus en lien avec un manque de connaissance sur le concept de santé mentale. Comme le rappelle Alain Ehrenberg, le concept de santé mentale s'est considérablement élargi et de nouveaux champs d'action, de nouveaux interlocuteurs sont apparus récemment dans ce concept de

santé mentale (Ehrenberg 2004) qui complexifie les repères pour le personnel travaillant en EHPAD. Il est également important de noter qu'un rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) souligne le manque de coopération du psychiatre avec le médecin généraliste (Rapport coordination médecin généraliste psychiatre HAS septembre 2018). Beaucoup de généralistes rapportent un sentiment d'abandon et de solitude, de mise à l'écart et se plaignent de ne pas être écoutés par les professionnels de la psychiatrie. Ces deux aspects renforcent ce caractère de "ne pas être un acteur" à part entière en santé mentale. Il est donc important pour les psychiatres de mieux communiquer avec les médecins généralistes et d'expliquer aux professionnels travaillant en EHPAD les différents aspects que recouvre la santé mentale : *« un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »* d'après le site de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Pour conclure, les connaissances en santé mentale sont relativement faibles et démontrent une peur, une appréhension envers les personnes souffrant de trouble psychique. Ayant conscience de ce manque de connaissances, la grande majorité des professionnels souhaiteraient pouvoir bénéficier de formations dans ce domaine.

G.3. L'accueil du résident

Le sentiment général qui se dégage de cette partie est une communication assez satisfaisante entre les différents professionnels. Que cela soit par transmission orale ou écrite, il ressort des résultats que le personnel a une bonne connaissance des antécédents psychiatriques des résidents au moment de leur admission. Il ne semble pas y avoir de différence particulière entre les résidents souffrant et ceux ne souffrant pas de trouble psychique.

L'accueil réservé aux RAPP est à analyser avec le niveau de connaissances des professionnels. En effet, il est important de rappeler que la politique de secteur mise en place en 1960 a permis de favoriser au maximum le maintien des personnes souffrant de trouble psychique au domicile. Les soins ont principalement été développés sur des activités ambulatoires avec les consultations au CMP par exemple. Le mouvement de désinstitutionalisation dans les années 1980 avec des contraintes économiques de plus en plus fortes sur les hôpitaux psychiatriques (fermeture de 15 000 lits entre 1997 et 2015 d'après Béguin B., LE MONDE 2018, *La psychiatrie en grande souffrance*) a également influencé le déplacement de ces personnes vieillissantes, auparavant finissant leurs jours dans les hôpitaux psychiatriques, vers des structures telles que les EHPAD. Le mémoire d'Adeline Godard « *Spécificités de l'accueil psychiatrique en EHPAD* » illustre cette évolution. On observe ainsi un accueil de plus en plus fréquent de RAPP au sein des EPHAD.

Cet ensemble fait quelque peu ressortir le contraste entre un manque de formation et un accueil toujours plus grandissant de cette population vieillissante (Clesse et al. 2016). On remarque alors que les consignes d'accueil ne sont pas la majorité mais lorsque les consignes sont clairement établies, il en ressort des consignes en lien avec un risque de dangerosité chez les RAPP. A la fois un sentiment de dangerosité lié à de potentielles fugues mais également un risque de passage à l'acte avec des troubles du comportement. Le besoin de sécurité se fait à nouveau sentir et se retrouve également dans d'autres études (Benjamin Vinnac, 2018 ; Marc Fernandes, 2008 ; *Spécificités de l'accueil psychiatrique en EHPAD* Adeline Godard, 2018).

Lorsque l'on prend en compte l'ensemble de ces informations, on peut se demander si un RAPP ne bénéficierait pas d'une plus grande attention lors de son arrivée en lien avec des représentations négatives comme un risque de dangerosité ou un risque de fugue que l'on retrouve dans d'autres études (Vieillesse et santé mentale : droits et accès aux services de

santé mentale, rapport de recherche, Gagné J. Poirier M. 2018). Retrouvons-nous alors un début de représentation périphérique autour de la maladie mentale ? En effet, les études citées montrent encore dans beaucoup de structures une réticence parfois clairement affichée par les directeurs.directrices à accueillir un résident adressé directement par les Etablissements Publics de Santé Mentale (Spécificités de l'accueil psychiatrique en EHPAD, Adeline Godard 2018). Certains soignants vont même jusqu'à affirmer leur crainte vis-à-vis de cette population à leur entrée (Benjamin Vinnac, 2018). Cet aspect est d'ailleurs développé dans la thèse de Valentine Trépied (Trepied 2015) qui montre qu'au travers d'un processus d'étiquetage "potentiellement déviant" du résident souffrant de trouble psychique, ce dernier peut à tout moment venir troubler l'ordre social interne aux EHPAD. Cet étiquetage de déviance est rendu possible par la manière dont les autres réagissent aux actes du résident. « *En effet, les transmissions écrites et orales des soignants –des aides-soignantes aux infirmières- rendent compte des processus à l'œuvre dans la médicalisation des comportements qui peuvent transgresser l'ordre social interne* ». Les soignants ont donc une plus grande méfiance envers les personnes souffrant de trouble psychique qui arrivent dans leur structure.

Il serait intéressant d'aborder plus en détail cette question qui ne peut être clairement élucidée par la présente étude.

G.4. Au quotidien

La comparaison entre les réponses des professionnels aux questions 12, 13 et 14 est intéressante. Il peut en effet paraître quelque peu paradoxal que les professionnels travaillant en EHPAD aient en majorité une certaine aisance dans la prise en charge et la communication des RAPP alors que cette tendance semble s'inverser à la question relative au sentiment de sécurité auprès des RAPP. Autrement formulé, peut-on se sentir à l'aise dans la prise en

charge d'un résident alors que nous ne nous sentons pas en sécurité ? Une fois encore ce contraste doit être pris avec précaution et des investigations plus importantes mériteraient d'affiner cet aspect. Il semble néanmoins que l'on observe l'émergence d'un système périphérique de la représentation sociale de la maladie mentale autour de cette question du sentiment d'insécurité à leur contact. Ce sentiment d'insécurité pourrait notamment avoir une fonction de régulation dans le travail du personnel auprès des RAPP avec une forme de méfiance face à toute forme d'imprévisibilité dans leurs comportements. En somme, les nouvelles situations de vie type EHPAD peuvent avoir des conséquences sur le degré de stigmatisation des RAPP mais ne sont pas encore suffisamment documentées (Depla et al. 2005).

Concernant le lien entre les EHPAD et la psychiatrie de liaison, cette question a fait ressortir des divergences entre les professionnels. On retrouve un contraste avec des réponses différentes du personnel d'une même structure à cette question. La question de l'information concernant le passage possible du psychiatre n'est pas clairement établie entre eux. Ce renforcement du rapprochement avec la psychiatrie de liaison est pourtant une des préconisations du rapport de la Haute Autorité de Santé (Rapport coordination médecin généraliste psychiatre, HAS septembre 2018) et du plan du Haut Conseil de la Santé Publique 2011-2015 (Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015). Ceux-ci soulignent également un rapport assez flou pour les RAPP entre le psychiatre, le gériatre et le médecin généraliste (Spécificités de l'accueil psychiatrique en EHPAD Adeline Godard, 2018 ; Benjamin Vinnac, 2018). Ce lien étroit entre psychiatrie, médecine générale et gériatrie peut constituer un des freins au recours à la psychiatrie de liaison et à la difficulté de bien définir quel interlocuteur doit être sollicité de préférence. Il n'est pas rare que ces professionnels renforcent eux-mêmes cette frontière floue tant les situations cliniques peuvent être complexes (Ehrenberg 2004). Ce plan du Haut Conseil de la Santé Publique 2011-2015 préconisait en ce sens que «

L'organisation d'une psychiatrie spécifique du sujet âgé, enjeu majeur de santé publique pour les années à venir au regard de l'augmentation des besoins doit être davantage identifiée, coordonnée et développée dans ses modalités d'intervention et de formation de professionnels. » d'après le Ministère des Solidarités et de la Santé. *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015.*

Concernant les idées suicidaires, le personnel avait exprimé une moindre connaissance du suicide mais rapporte par contre dans leur quotidien une certaine aisance pour gérer la verbalisation de ces idées suicidaires pour la majorité. Cette partie sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide montre une envie particulièrement forte des soignants d'une meilleure coordination des soins au travers du souhait de la mise en place de protocole. Que ces protocoles existent ou non, les soignants ont eu des réponses divergentes dans des structures similaires reflétant une fois encore ce manque de coordination et de communication. Entre le temps compressé de l'institution avec du personnel qui reconnaît ne pas avoir le temps de prendre connaissance de ces protocoles (Benjamin Vinnac, 2018) et des demandes de plus en plus fortes des politiques dans la prévention et l'accompagnement des personnes à risque suicidaire tel que défini dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 (d'après le Ministère des Solidarités et de la Santé. *La stratégie nationale de santé 2018-2022*), il semble que ces demandes soient confrontées tôt ou tard à une impasse. En effet, notre étude montre que le rôle du psychiatre de liaison puisse être mis à mal pour une meilleure offre de soin pour les RAPP. Ce risque peut notamment se refléter à travers l'usage grandissant de la contention qui reste majoritairement prescrit dans la prévention des chutes. Toutefois, comme l'indique cette étude, le recours à la contention n'est pas si anodin puisqu'il est quotidien et que 49% de son utilisation se fait dans des contextes d'agitation. Il est important dans ce contexte de bien saisir l'importance de cette problématique et de rappeler que le manque de personnel, à la fois qualifié et encadré, est une des raisons possibles pour expliquer ce constat (Spécificités de

l'accueil psychiatrique en EHPAD Adeline Godard, 2018 ; Benjamin Vinnac, 2018 ; Marc Fernandes, 2008). Les équipes expriment le souhait de pouvoir solliciter le psychiatre principalement pour des adaptations ou propositions thérapeutiques. Cette demande est souvent formulée autour des troubles du comportement des résidents. Le traitement par psychotropes est perçu comme pouvant apaiser les tensions et peut parfois être réclamé face à des conduites d'opposition (Benjamin Vinnac, 2018). Seulement, une augmentation de la prescription de ces psychotropes doit être une donnée de surveillance constante pour éviter tout abus comme le rappelle le rapport de la HAS dans son rapport d'octobre 2007 (prescription psychotropes chez le sujet âgé, HAS 2007). La prescription de psychotropes reste encore une prescription courante avec cependant une diminution dans certaines habitudes de son utilisation (Ehpad et baisse de la consommation des médicaments psychotropes, Giet R. et Bonet C., 2017).

L'origine des troubles du comportement trouve son explication dans la maladie pour la grande majorité des soignants. Qu'il s'agisse d'un désordre neurologique ou psychiatrique, la majorité du personnel reconnaît une intrication possible avec le vécu du résident et des douleurs physiques ou psychiques associées. Il est cependant surprenant de voir un taux de réponse bien plus faible concernant la place de l'institution comme source possible des troubles du comportement. En effet, de nombreuses études soulignent le poids de l'institution dans ses obligations de rendement avec la charge de travail qui incombe aux personnels (*Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés*, dossier DREES 2016 ; Benjamin Vinnac, 2018 ; Marc Fernandes, 2008). Le cumul de ces tensions a un impact direct sur la disponibilité psychique des équipes pour accueillir au mieux les besoins de leurs résidents et faire preuve d'une adaptation en fonction du contexte. Les nombreux arrêts de travail en lien avec cet épuisement, le changement des équipes avec le recours de plus en plus fréquent à des intervenants intérimaires (*Le personnel et les difficultés*

de recrutement dans les EHPAD, DREES 2018), les difficultés cognitives fréquentes chez les résidents donnent un sentiment de "cocktail explosif". De même, les études sociologiques sur la notion de déviance illustrent ce rapport conflictuel entre le comportement de l'individu et la conscience collective issue de l'institution. Le soignant se voit contraint de tâches qui peuvent parfois véhiculées un ordre moral (par exemple l'obligation de se laver le matin dans certains EHPAD avec des résidents très altérés sur le plan cognitif). Cette idée est notamment illustrée dans la thèse de Valentine Trepied (Trepied 2015) : « L'ordre social s'entend comme un ordre moral qui émerge de l'intériorisation de normes et de valeurs par l'individu. Les travaux en sociologie de la déviance ont porté leur attention sur les perturbations à l'ordre social. Dans la sociologie classique, Durkheim a étudié les conditions de transgressions des règles et des normes de la société. Il a montré que l'acte déviant correspond à une « blessure de la conscience collective » et se rencontre dans toutes les sociétés quel que soit leur degré de développement. En étudiant plus précisément le crime dans les sociétés, il montre la manière dont cet acte témoigne de l'inégale adhésion des individus aux normes institutionnelles. La déviance peut apparaître comme la conséquence d'attentes contradictoires ou de conflits de rôles sociaux. Elle désigne donc les comportements individuels ou collectifs qui tout en s'écartant de la norme, créent des dysfonctionnements et donnent lieu à une sanction. Selon une approche interactionniste, Howard Becker définit la déviance comme une transgression à des normes socialement construites ». Dans une autre logique et comme le rappelle Livia Velpry (Velpry 2008), la psychiatrie de secteur permet à l'inverse dans son institution « un cadre pour ces décrochages de cadre » qui pourrait être également possible dans les EHPAD et expliquerait une plus grande tolérance dans l'accueil des troubles du comportement.

Ce plus faible taux semble cependant en contradiction avec les autres études qualitatives dans lesquelles on note une critique assez fréquente du personnel sur la vie en institution telle qu'elle est établie (Benjamin Vinnac, 2018).

G.5. Représentations sociales

A la question relative aux mots qui représentent le plus un problème de santé mentale, le mot schizophrénie a été le plus retrouvé. Une fois encore, la stigmatisation autour de la schizophrénie reste un enjeu central dans la prise en charge de ce trouble. Il est fréquemment associé à une représentation de dangerosité et se retrouve chargé de connotation négative comme en témoignent l'ensemble des études (Clement et al. 2013 ; Clesse et al. 2016 ; Wood et al. 2016). Cette stigmatisation aboutit parfois même à un déni de toute autre difficulté en dehors du champ psychiatrique que les anglo-saxons appellent « diagnostic overshadowing » (Vieillissement et santé mentale : droits et accès aux services de santé mentale, rapport de recherche, Gagné J. Poirier M. 2018). Ce terme renvoie à l'idée que toute perception du patient est attribuable à la manifestation de sa maladie psychiatrique. Par exemple, le discours d'une personne souffrant de schizophrénie n'est perçu par le professionnel de santé que sous une forme continuellement déformée de la réalité même si cette personne est stabilisée dans sa maladie ou bien la manifestation d'une authentique douleur physique qui se voit rattacher à un phénomène hallucinatoire. Les termes de délire, de violence, folie, suicide et danger viennent renforcer le risque inhérent à la santé mentale. Le terme de névrose se rapporte plus au champ de la psychanalyse. Contrairement à l'étude de Roelandt et al. (2010), nous n'avons pas retrouvé un lien plus important entre la santé mentale et les notions d'inconscience (7.7%) et d'irresponsabilité (5.6%) dans notre étude. Dans d'autres études, ce lien est parfois décrit de façon contradictoire par les personnes interrogées entre une irresponsabilité des actes commis mais une responsabilité dans la survenue de leur problème de santé (Vieillissement et santé mentale : droits et accès aux services de santé mentale, rapport de recherche, Gagné J. Poirier M. 2018).

La stigmatisation et la discrimination associée aux personnes vieillissantes souffrant d'une maladie mentale est un problème qui reste très négligé (Depla et al. 2005). L'impact de cette

stigmatisation sur la prise en charge des personnes la subissant est de plus en plus documenté et montre une véritable perte de chance pour l'utilisateur. De surcroît, l'accessibilité aux soins des sujets âgés présentant des troubles psychopathologiques est insuffisamment développée en France qui, en 2007, était classée par l'OMS en dix-huitième position mondiale en termes de structures et d'organisations de soins en psychiatrie de la personne âgée (Clesse et al. 2016).

Les études interrogeant les personnes sur leur vécu en lien avec de la stigmatisation rapportent une part inhérente à la personnalité des sondés. Certains minimisent voire dénie et à l'inverse d'autres ont tendance à "exagérer" leur vécu (Depla et al. 2005). Certains traits de personnalité seraient plus enclins à percevoir de la stigmatisation dans leur quotidien, notamment ceux qui se considèrent malchanceux dans leur vie de tous les jours, et à l'inverse, ceux ayant une grande volonté de contrôle dans leur vie subiraient moins cette stigmatisation (Depla et al. 2005).

Quoiqu'il en soit, ce qui semble clair, c'est que la stigmatisation a des conséquences négatives pour les personnes atteintes de maladie mentale. Elle porte atteinte à leur estime de soi et à leur bien-être psychologique, tout en affectant leur comportement et leur adaptation sociale (Vieillesse et santé mentale : droits et accès aux services de santé mentale, rapport de recherche, Gagné J. Poirier M. 2018). Le retrait social est décrit par certains comme un mécanisme clé pour faire face à la douleur de la stigmatisation. Cela impliquerait que le rejet social soit encore plus douloureux que l'isolement social. En d'autres termes, la stigmatisation peut être plus préjudiciable à la qualité de vie d'un individu qu'une existence en retrait social (Depla et al. 2005). On peut dire que la stigmatisation combine plusieurs mécanismes incluant notamment des problèmes de connaissance (ignorance), des attitudes (préjugés) et des comportements (discrimination) (Roelandt et al. 2010).

Plusieurs programmes tentent de diminuer le poids de ce stigma (Vieillesse et santé mentale : droits et accès aux services de santé mentale, rapport de recherche, Gagné J. Poirier M. 2018). Le Japon a notamment changé le terme de schizophrénie en 2002 pour *trouble de l'intégration* et a contribué à modifier les mécanismes en lien avec ce terme. Des résultats assez encourageant montrent un impact positif lié à ce changement, à la communication des pouvoirs publics japonais et aux modifications de la médiatisation en lien avec ce trouble (Sato, 2017 ; Aoki et al. 2016).

Cependant, il semble que sur le plan international, beaucoup de pays ne prennent pas suffisamment en compte le poids de ce stigma et qu'il persiste encore beaucoup de travail sur le sujet comme le rapporte un communiqué de l'OMS en ces termes : « *Que [concernant les préconisations contre la stigmatisation] dire du respect de ces principes pour les personnes âgées avec troubles mentaux ? Quand nous pensons que 40% des pays membres des Nations Unies n'ont pas une politique de santé mentale et que les soins pour les personnes âgées ne sont pas considérés comme une priorité dans la plupart des pays du monde, nous ne pouvons qu'avoir une réponse pessimiste à cette question.* » (Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux 2002, communiqué de l'OMS 2002).

Il est important de rappeler que cette étude porte sur les représentations au sein des EHPAD. Ces structures comportent une dimension sociale intrinsèque puisque elles accueillent en général des résidents avec possiblement moindre de revenus que certains. Cet effet du milieu social a été également soulevé en sociologie avec un impact possible sur les représentations sociales. En effet, les milieux sociaux plus aisés ont plus facilement recours à des soins en lien avec la santé mentale que d'autres (Trepied 2015). Les personnes les plus aisées sont souvent prises en charge en libéral tandis que les plus démunis par des hôpitaux publics. Cette

question du milieu social montre que les milieux les plus démunis peuvent également être plus sujette à une forme de stigmatisation par les professionnels de la santé. On retrouve parfois un niveau d'hospitalisation plus importants pour des troubles similaires chez les personnes plus démunies (Sociologie des troubles mentaux, Demailly 2011). Concernant la possible implication du milieu social sur le processus de stigmatisation, l'étude de Depla et al. en 2005 n'avait pas retrouvé de différence de stigmatisation entre les structures accueillant des RAPP. Il est toutefois possible que ce processus ait tout de même un effet et qu'un processus stigmatisant soit plus important chez les personnes les plus démunies dans les EHPAD.

Le tableau de la question 21 nous renseigne enfin sur la perception des comportements par les professionnels. Il provient directement de l'étude Santé Mentale en Population Générale (SMPG) et a été diffusé sur l'ensemble du territoire (Roelandt et al. 2010).

On peut discerner dans cet ensemble que le dépressif est vu comme une personne en retrait, qui pleure souvent et est considérée comme anormale. Elle est à risque de tentative de suicide et devient alors dangereuse pour elle-même. Cette description est également retrouvée dans l'étude de Roelandt et al. (2010). Il est une fois encore intéressant de noter que le personnel perçoit l'anxiété non pas comme une maladie ou comme anormale alors même qu'il rapporte un niveau de connaissance assez élevé des troubles anxieux. De même, l'existence des troubles addictifs est peu connue du personnel. La description de comportements ("boire régulièrement de l'alcool" et "consommer régulièrement des drogues") que l'on mettrait plus facilement en lien avec un trouble addictif n'est pas décrite sous l'angle médical par le personnel qui reconnaît tout de même son caractère anormal et la dangerosité que cela constitue. La médicalisation des troubles anxieux et addictifs est peu courante et est probablement plus rattachable à une perception d'un phénomène social.

L'effet stigmatisant des psychoses a été bien décrit chez les jeunes adultes. Le diagnostic de schizophrénie est moins utilisé en psychiatrie de la personne âgée mais, quand il l'est, le même stigma s'y trouve attaché (Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux 2002, communiqué de l'OMS 2002).

Le fou n'est quasiment pas identifiable car très peu employé. Ce terme n'a plus sa place auprès du personnel soignant (Benjamin Vinnac, 2018). Il n'est que peu décrit hormis dans quelques comportements hétéro-agressifs d'une extrême violence comme le meurtre. Il est perçu comme anormal et dangereux. Ce résultat diffère de l'étude de Roelandt et al. (2010) par cette moindre utilisation de ce terme. Les comportements du fou se retrouvent plus volontiers dans la description du malade mental. Le fou s'est vu "médicalisé".

Le malade mental est perçu au travers d'acte violent (violences conjugales, violence envers les objets, violence envers lui-même, viol, inceste ou meurtre). Souvent décrit comme anormal, il n'en demeure pas moins dangereux. Il possède également quelques caractéristiques plus en lien avec des aspects médicaux comme le délire et des bizarreries dans son comportement.

L'ensemble de la description du dépressif, du fou et du malade mental permet de comprendre un changement de l'emploi des termes. En effet, le terme de "fou" ne s'emploie effectivement plus comme rapporté dans les études (Benjamin Vinnac, 2018). Il a tendance à disparaître pour laisser place au malade mental. Seulement dans cette terminologie, le malade mental conserve les caractéristiques anciennes du fou. En effet, le fou est décrit initialement comme une personne commettant des actes d'une extrême violence sans que l'on puisse expliquer son comportement. Il agit par instinct et ne possède aucune limite. L'étude de Roelandt et al. en 2010 retrouve également ces mêmes aspects. Ils décrivent un glissement sémantique du terme "fou" vers le terme "malade mental". Ce dernier est un fou dont le comportement peut être

expliqué médicalement. Les auteurs retrouvent un lien fort entre maladie mentale et violence que nous retrouvons également dans notre étude. Le terme de fou ne se dit plus, on préfère le terme de malade mental, qui serait "moins péjoratif", mais l'ensemble des mécanismes attribués au fou se retrouvent dans la maladie mentale (Benjamin Vinnac, 2018). Cependant, le malade mental se voit quelque peu rendu responsable de la survenue de son problème de santé (Vieillessement et santé mentale : droits et accès aux services de santé mentale, rapport de recherche, Gagné J. Poirier M. 2018) ce qui pourrait expliquer que la seule médicalisation du terme n'ait pas permis une diminution de la stigmatisation.

En conclusion, notre étude permet de montrer une nette évolution avec une moindre utilisation du terme de "fou" au profit du terme de "maladie mentale". Les mécanismes attribuables à l'usage du mot "fou" ont été déplacés au terme de "maladie mentale" sans une amélioration des connaissances en santé mentale permettant ainsi d'expliquer une partie importante de la stigmatisation dans l'emploi d'explication médicale de certains comportements ou maladie chez les RAPP.

En population générale, cette assimilation du fou et du malade mental semble ne pas être le fait d'une catégorie sociale particulière. Le terme de fou se retrouve cependant plus fréquemment chez les personnes ayant un niveau scolaire plus faible (Roelandt et al, 2010). La stigmatisation que l'on retrouve dans le champ de la maladie mentale peut être expliquée en partie par la qualification des comportements comme déviant. Cette qualification possible de cette déviance dépend en partie de deux aspects comme le rappelle dans sa thèse Valentine Trepied : « *La déviance n'est pas une propriété simple, présente dans certains types de comportements et absente dans d'autres mais le produit d'un processus qui implique la réponse des autres individus à ces conduites (...). Bref, le caractère déviant ou non d'un acte*

donné dépend en partie de la nature de l'acte (c'est-à-dire de ce qu'il transgresse ou non une norme) et en partie de ce que les autres en font » (Trepied 2015). Cette déviance de la norme suscite alors un besoin de compréhension que vient combler l'étiologie médicale. Ce glissement opératoire donne sens à l'individu qui peut alors mieux rationaliser, mieux expliquer, donner du sens à une violence qui nous fige, nous laisse très souvent sans mot et sans réponse. Nous pouvons faire un parallèle avec les violences des attentats en France où la barbarie des actes commis à pousser les pouvoirs publics français à s'emparer de la question et a souhaité demander au psychiatre de pouvoir lui aussi apporter une réponse face à cette menace à l'ordre (je me permettrai de citer l'excellente vidéo du Psylab sur le sujet https://www.youtube.com/watch?time_continue=179&v=2HStSdZ-Hzw&feature=emb_logo). En dehors de la norme, il y a le psychiatre, garant de son maintien et de son explication. Toute déviance à la norme doit nécessairement passer par le regard du psychiatre qui paradoxalement n'est pas souvent perçu comme un médecin à part entière (Déborah Sebbane, 2014) et dont les compétences attendues par la société peuvent parfois dépasser la raison.

CONCLUSION :

L'objectif de ce présent travail était d'objectiver les représentations sociales de la maladie mentale du personnel travaillant en EHPAD et de les comparer avec celle de la population générale. En accord avec les précédentes études menées sur le sujet, il semble que le personnel ait des représentations assez similaires à celle de la population générale. Ce constat est inquiétant au vu de la stigmatisation que l'on connaît envers les personnes souffrant de trouble mental. Les représentations en lien avec le vieillissement donnent également le sentiment que la personne âgée souffrant de trouble psychique subisse alors une double stigmatisation.

Les actions possibles dans la lutte contre cette stigmatisation sont possibles à de nombreux niveaux (lutte contre l'étiquetage, informations sur la maladie en différenciant bien la personne et sa maladie, promouvoir les droits...) et l'ensemble du personnel doit être sensibilisé à ce sujet. Une meilleure formation du personnel seule ne peut suffire à améliorer durablement les représentations négatives de la maladie. Des rencontres avec des associations d'usagers entre autre pourraient permettre une nette évolution dans leurs représentations sociales.

Les objectifs secondaires concernaient l'évaluation des connaissances, des soins en lien avec les personnes âgées souffrant de trouble mental. Il apparaît clairement que les mauvaises connaissances en santé mentale puissent être un des facteurs explicatifs des représentations négatives du personnel. Bien que plusieurs formations se soient développées notamment dans le département du Nord en lien avec l'ARS, la lutte contre la stigmatisation ne peut être axée uniquement sur l'amélioration des connaissances du soignant. Plusieurs auteurs et groupe de

réflexions ont proposé une approche multidisciplinaire où à chaque niveau dans le processus de stigmatisation des actions sont possibles.

Le quotidien du soignant est cependant une tâche de plus en plus lourde pour laquelle plusieurs inconvénients n'ont été que très peu abordés dans ce travail. Entre les nombreuses heures de travail, la pénibilité à la fois physique et psychique, l'absence de considération du travail fourni par ces soignants, une réflexion profonde centrée sur le vieillissement doit se poursuivre. Il existe une réelle urgence à se saisir à bras le corps de cette question tant on sait que le vieillissement issu du baby-boom est en cours et que la question économique en lien avec le financement des retraites, de la santé mentale et du développement de structures capables d'accueillir l'ensemble de la population reste en suspens. Les nombreux arrêts de travail au sein du personnel travail en EHPAD sont également très questionnant alors même que durant le confinement, beaucoup de soignants ont fait le choix de se confiner avec leurs résidents pour éviter au maximum de les contaminer. Il est important que les pouvoirs publics s'emparent de la question et prennent en compte cet aspect de pénibilité dans le travail du soignant. De nouveaux EHPAD doivent à nouveau faire face à la reprise de circulation de la COVID-19 et les mesures de confinement pourraient à nouveau fragiliser les personnes les plus vulnérables qui se retrouvent peu écoutées dans l'espace public dans leurs souhaits et leurs attentes pour terminer leur vie probablement bien remplie...

Annexes 1 : questionnaire diffusé sur les représentations sociales de la maladie mentale

Enquête Santé mentale et psychiatrie

Ce questionnaire a pour but de contribuer à améliorer la prise en compte des problèmes psychiatriques des résident-es que vous accompagnez.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Il s'agit d'un questionnaire anonyme qui ne prendra que quelques minutes à remplir (22 questions au total). Merci de votre participation.

Quelques questions vous concernant

Age : Sexe : Profession :

Type d'unité où vous travaillez :

1. Etes-vous diplômé-e ?

Oui

Non

Si oui, depuis combien de temps :

2. Avez-vous une expérience professionnelle dans le domaine de la santé psychique ?

Etudiant

Aucune

1-5ans

6-10 ans

11-15ans

16 ans et plus

3. Avez-vous une formation/sensibilisation dans le domaine de la santé psychique ?

OUI

NON

Précisez :

4. Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous votre niveau de connaissance en santé mentale ? 1= aucune connaissance / 10 = bonnes connaissances : _____

5. Pensez-vous que des formations sur la pathologie psychique puissent être utiles pour votre pratique ?

OUI

NON

6. Pour chaque pathologie notez sur une échelle de 1 à 10 le niveau de connaissances que vous estimez avoir parmi la liste suivante (1 = vous estimez ne pas bien connaître cette pathologie, 10 = vous estimez bien connaître cette pathologie)

Addictions : ___ Dépression : ___ Phobies : ___ Psychose : ___ Schizophrénie: ___

Troubles de personnalité : ___ Troubles de l'anxiété : ___ Troubles bipolaires : ___ Troubles

Obsessionnels Compulsifs : ___ Suicide : ___

7. Parmi les structures suivantes, cochez celles que vous connaissez et qui vous semblent en lien avec la santé mentale :

Centre Médico-Psychologique (CMP) / Psychiatre Libéral / Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) / Centre d'Accueil et de Crise (CAC) / MGEN / Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) / Urgences psychiatriques / Médecin généraliste / Centre d'Action Médico-sociale Précoce (CAMSP) / Appartements thérapeutiques / Institut Médico-Educatif / Centre d'Activité à Temps Partiel (CATTP) / Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT)

Quelques questions sur votre pratique

8. À l'accueil d'un-e résident-e, savez-vous s'il/elle est atteint-e d'un trouble psychique ?

Jamais

parfois

souvent

toujours

9. Si oui comment en êtes-vous informé-e ?

- Fiche de liaison Dossier patient
Transmission orale Courrier médical
Autre . Précisez

10. À l'accueil d'un-e résident-e, recevez-vous des consignes particulières pour la prise en charge des résidents-es atteints-es de pathologie psychique (lire partout RAPP) ?

Jamais parfois souvent toujours

Si oui par qui ? Médecin Cadre de santé Autre précisez :.....

11. Est-ce que l'accueil dans votre service est différent pour les RAPP ?

OUI NON

SI OUI, Précisez :.....

Au quotidien

12. Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge des RAPP ? Jamais parfois souvent toujours

13. Vous sentez-vous à l'aise quand vous communiquez avec les RAPP ?
Jamais parfois souvent toujours

14. Vous sentez-vous en sécurité auprès des RAPP lors des soins ? Jamais parfois souvent toujours

15. Travaillez-vous avec de la psychiatrie de liaison ? OUI NON

16. Concernant le risque suicidaire (idées suicidaires, tentatives de suicide) :

a) En avez-vous peur ? OUI NON

b) Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge des idées suicidaires ?

Jamais parfois souvent toujours

c) **Existe-t-il un protocole dans votre service pour la prise en charge des idées suicidaires ?**

OUI NON ne sais pas

d) **Si non, souhaiteriez-vous qu'il y en ait un mis en place ?** OUI NON

e) **Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge des tentatives de suicide ?**

Jamais parfois souvent toujours

f) **Existe-t-il un protocole dans votre service pour la prise en charge des tentatives de suicide ?** OUI NON ne sais pas

g) **Si non, souhaiteriez-vous qu'il y en ait un mis en place ?**

OUI NON

17. **Avez-vous déjà eu recours à la contention ?** OUI NON

a) **Si oui, dans quelles situations en majorité ?**

Agitation : / prévention des chutes : / autres : précisez :.....

b) **A quelle fréquence avez-vous recours à la contention ?**

Plus d'une fois par jour / Plus d'une fois par semaine / Plus d'une fois par mois

c) **Existe-t-il un protocole dans votre service pour le recours à la contention ?**

OUI NON ne sais pas

d) **Si non, souhaiteriez-vous qu'il y en ait un mis en place ?**

OUI NON

18. **Selon vous, à quoi est dû la majorité des troubles du comportement chez vos résidents ?**

(plusieurs choix possibles)

Maladies psychiatriques / maladies neurologiques / vécu personnelle du résident /

douleurs physiques / douleurs morales/psychiques / la vie en institution /

la famille du résident / le changement de personnel / la toilette du résident

19. **Qu'attendriez-vous de la part d'un-e psychiatre pour vos résidents ? (plusieurs choix possibles)**

Une consultation ponctuelle / une hospitalisation / un projet de vie / une adaptation de traitement / une meilleure écoute de votre ressenti sur la situation / un suivi au long cours type psychothérapie

Quelques questions sur les problèmes psychiatriques

20. Parmi cette liste, entourez les 5 mots qui illustrent pour vous un problème de santé mentale ? (Uniquement CINQ)

Malheur	Irresponsabilité	Cerveau	Angoisse	Génétique
Folie	Déprime	Névrose	Famille	Danger
Fragile	Hérédité	Suicide	Schizophrénie	Bizarrie
Profession	Violence	Handicap	Stress	Soin
Anormalité	Inconscience	Délire	Déficiences	Fatigue

21. Pour chaque comportement listé ci-dessous (colonne de gauche), cochez une seule réponse en A – B – C :

Exemple : Selon vous, quelqu'un qui pleure souvent, qui est triste est :

- fou / un malade mental / un dépressif / aucun des 3 ? (1 SEULE réponse colonne A)
- normal / anormal ? (1 SEULE réponse colonne B)
- dangereux / peu dangereux ? (1 SEULE réponse colonne C)

A**B****C**

Selon vous, quelqu'un qui :

		Fou,	malade mental	dépressif	aucun des trois	normal	anormal	dangereux	peu dangereux
1a	- pleure souvent, et qui est la plupart du temps triste est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b	- tente de se suicider est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c	- prend régulièrement des drogues (cannabis, héroïne, cocaïne...) est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1d	- boit régulièrement des boissons alcoolisées est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1e	- bat régulièrement son mari ou sa femme ou ses enfants est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1f	- est violent envers les autres et les objets est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1g	- est violent envers lui-même est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1h	- délire, hallucine est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1j	- fait des crises, des convulsions (chute, tremblements, bave, évanouissement,...) est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1k	- a un comportement bizarre est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1l	- a un discours bizarre, sans aucun sens est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1m	- est négligé, souvent sale est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1n	- est isolé, en retrait, cherche à être seul est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1o	- est anxieux est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1p	- commet un viol est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1q	- commet un inceste est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1r	- commet un meurtre est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Avez-vous des commentaires/remarques sur le questionnaire ?

.....
.....

Bibliographie par ordre alphabétique :

- Abric Jean-Claude. 1990. *Coopération, Compétition et Représentation Sociale*. Cousset: Delval.
- Aoki, Ai, Yuta Aoki, Robert Goulden, Kiyoto Kasai, Graham Thornicroft, et Claire Henderson. 2016. « Change in Newspaper Coverage of Schizophrenia in Japan over 20-Year Period ». *Schizophrenia Research* 175 (1-3): 193-97
- Balahoczky, Mireille. 2003. « Images du grand âge : impact des représentations sociales sur les soins et l'accompagnement », n° 1: 6.
- Bellamy, Roelandt et Caria 2004. « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale », 12.
- Bois, Jean-Pierre. 2002. « Exclusion et vieillesse: Introduction historique ». *Gérontologie et société* 25 / n° 102 (3): 13.
- Bonardi Christine Roussiau Nicolas. 1999. « Les représentations sociales ».
- Bonsack et al. 2013. « Le stigmate de la «folie» : de la fatalité au rétablissement ». *Revue Médicale Suisse*.
- Cadec, B., G. Poussin, I. Deschamps, et C. Lacombe. 2016. « La dépendance affective chez les personnes âgées ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 16 (95): 280-84.
- Canguilhem Georges - Le normal et le pathologique - 1966
- Caradec, Vincent. 2009. « L'expérience sociale du vieillissement ». *Idées économiques et sociales* N° 157 (3): 38-45.
- Caradec Vincent Qualité de vie en Ehpad (volet 3) La vie sociale des résidents en Ehpad, document HAS.
- Charazac, P. M. 2020. « Covid-19 et remaniement des défenses contre la dépression chez les soignants en Ehpad ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, mai.
- Clement, Sarah, Francesca Lassman, Elizabeth Barley, Sara Evans-Lacko, Paul Williams, Sosei Yamaguchi, Mike Slade, Nicolas Rüsçh, et Graham Thornicroft. 2013. « Mass Media

- Interventions for Reducing Mental Health-Related Stigma ». *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 7 (juillet): CD009453.
- 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.
- Cosgrove, Lisa, Harold J. Bursztajn, Sheldon Krimsky, Maria Anaya, et Justin Walker. 2009. « Conflicts of Interest and Disclosure in the American Psychiatric Association's Clinical Practice Guidelines ». *Psychotherapy and Psychosomatics* 78 (4): 228-32.
- Cosgrove, Lisa, Sheldon Krimsky, Manisha Vijayaraghavan, et Lisa Schneider. 2006. « Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry ». *Psychotherapy and Psychosomatics* 75 (3): 154-60.
- Coutant, Isabelle, et Simeng Wang. 2018. *Santé mentale & souffrance psychique*. Paris: Cnrs.
- Demilly Lise. 2011. *Sociologie des troubles mentaux*.
- Depla, Marja F. I. A., Ron de Graaf, Jaap van Weeghel, et Thea J. Heeren. 2005. « The Role of Stigma in the Quality of Life of Older Adults with Severe Mental Illness ». *International Journal of Geriatric Psychiatry* 20 (2): 146-53.
- Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés, dossier DREES 2016.
- Durive, Barthélemy. « Quelques concepts de Georges Canguilhem », 12.
- Ehrenberg, Alain. 2004. « Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale ». *Esprit (1940-)*, n° 304 (5): 133-56.
- Fassin D. et coll. Les inégalités sociales de santé. Inserm, La Découverte, 2000
- Fernandes Marc. 2008. « la difficile prise en charges des personnes âgées atteintes de troubles mentaux divers en institution ».

Foucault Michel - *Histoire de la folie à l'âge classique* - 1976

Gagné J. et Poirier M. Vieillesse et santé mentale : droits et accès aux services de santé mentale, rapport de recherche, 2018.

Gavois, Par Clémence. « Ressenti de la personne âgée en EHPAD souffrant de dépression : étude qualitative. », 66.

Giet R. et Bonet C., Ehpads et baisse de la consommation des médicaments psychotropes, 2017.EM-Consulte.

Giordana J-Y. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Masson; 2010.

Giordana, J.Y., J.L. Roelandt, et C. Porteaux. 2010. « La Santé Mentale des personnes âgées : Prévalence et représentations des troubles psychiques ». *L'Encéphale* 36 (3): 59-64.

Godard Adeline. « Spécificités de l'accueil psychiatrique en EHPAD, 2018 », 109.

Goffman Erving - *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps* - 1963

Grenouilloux, Armelle. 2010. « Quels besoins et quels moyens pour une nosologie psychiatrique au xxie siècle ? » *L'information psychiatrique* 86 (2): 135

Grenouilloux, Armelle. 2011. « Éthique et normes en psychiatrie et santé mentale ». *L'information psychiatrique* 87 (6): 479.

Jovelet, Georges. 2010. « Psychose et vieillissement ». *L'information psychiatrique* Volume 86 (1): 39-47.

Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpads, DREES 2018

Leyens JP. *Sommes-nous tous des psychologues?* Liège: Mardaga; 1983

Link BG, Phelan JC, *Conceptualizing Stigma*, Annual Review of Sociology 2001.

Maier, Anna. 2013. « Une expérience qui engage ». *Empan* 91 (3): 30.

Maust, Donovan T., H. Myra Kim, Claire Chiang, et Helen C. Kales. 2018. « Association of the Centers for Medicare & Medicaid Services' National Partnership to Improve Dementia Care

- With the Use of Antipsychotics and Other Psychotropics in Long-Term Care in the United States From 2009 to 2014 ». *JAMA Internal Medicine* 178 (5): 640.
- Micoulaud-Franchi, Jean-Arthur, Pierre-Alexis Geoffroy, Ali Amad, et Clélia Quiles. 2015. « Le jardinier et le botaniste. Proposition d'une organisation minimale de la sémiologie psychiatrique pour l'étudiant en médecine ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 173 (5): 460-69.
- Moscovici, Serge. 2004. *La psychanalyse, son image et son public*. PUF.
- Netgen. « Le stigmate de la "folie" : de la fatalité au rétablissement ». *Revue Médicale Suisse*.
- Pélicier Yves - *Histoire de la psychiatrie* - 1994
- Postel Jacques et Quézel Claude - *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. - 2012
- Prescription psychotropes chez le sujet âgé, HAS 2007
- Ranchin, Bruno. 2013. « Derrière la vieillesse, la vie. Représentations, territoires, enjeux ». *Empan* 91 (3): 18.
- Rapport coordination médecin généraliste psychiatre HAS septembre 2018
- « Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux », communiqué de l'OMS 2002
- Robertson, Fabien. 2003. « Durkheim : Entre religion et morale ». *Revue du MAUSS* no 22 (2): 126-43.
- 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.
- Ruiz, Claire, et Laurence Kurkdjian. 2007. « La santé mentale en population générale : images et réalités: Premiers résultats en région PACA ». *L'information psychiatrique* 83 (10): 821.
- Sato, Mitsumoto. 2017. « What Have We Learned from the Name Change for Schizophrenia? » *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 71 (3): 153-153.

- Schuster, Jean-Pierre, Aude Manetti, Myriam Aeschmann, et Frédéric Limosin. 2013. « Epidemiology of psychiatric disorders in elderly and their impact on somatic health ». *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement* 11 (2): 181-85.
- Sebbane, Déborah. « “Être” psychiatre, clichés, réalités et perspectives : résultats d’une enquête nationale française menée en 2013 sur la stigmatisation de la profession ».
- Soins Psychiatriques sans consentement - Connaître les bases et maîtriser la pratique - Octobre 2015.
- Stuart, H., N. Sartorius, T. Liinamaa, et the Images Study Group. 2015. « Images of Psychiatry and Psychiatrists ». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 131 (1): 21-28.
- Thomas Pierre, Arnaud Biraben, et CPNLF. 2015. *Epilepsie et psychiatrie*. Paris: Dunod.
- Thornicroft, Graham, Diana Rose, Aliya Kassam, et Norman Sartorius. 2007. « Stigma: Ignorance, Prejudice or Discrimination? » *British Journal of Psychiatry* 190 (3): 192-93.
- Tourret, Martine. 2015. « Vieillir, vous avez dit vieillir ? » *Empan* 98 (2): 134.
- Trepied, Valentine. 2015. « Devenir dépendant : approche sociologique du grand âge en institution ». Thesis, Paris, EHESS.
- Trincas Jacqueline « Personne âgée : quelles représentations sociales ? Hier et aujourd’hui. octobre 2019 ».
- Velpry, Livia. 2008. *Le quotidien de la psychiatrie: Sociologie de la maladie mentale*. Paris: Armand Colin.
- Vinnac Benjamin. « Comment les représentations sociales de la maladie mentale du personnel en EHPAD impactent leur travail ».
- Wood, Lisa, Rory Byrne, Filippo Varese, et Anthony P. Morrison. 2016. « Psychosocial Interventions for Internalised Stigma in People with a Schizophrenia-Spectrum Diagnosis: A Systematic Narrative Synthesis and Meta-Analysis ». *Schizophrenia Research* 176 (2-3): 291-303.

AUTEUR : Nom : VINNAC

Prénom : BENJAMIN

Date de soutenance : 16 septembre 2020

Titre de la thèse : Les représentations sociales de la maladie mentale auprès du personnel travaillant en EHPAD

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : *psychiatrie sociologie*

DES + spécialité : *psychiatrie*

Mots-clés : psychiatrie – sociologie – représentations sociales – EHPAD

Résumé : Les résidents en EHPAD souffrant de trouble psychique sont l'objet d'une double stigmatisation en lien avec les représentations sociales du vieillissement et celles de la maladie mentale. Il est démontré de façon générale que ces représentations négatives constituent une perte de chance dans la qualité des soins pour la personne les subissant. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la lutte contre celles-ci comme un axe prioritaire.

Les usagers de psychiatrie vieillissent de mieux en mieux suite à l'amélioration des prises en charge et sont de plus en plus admis dans des structures de type EHPAD. Parallèlement à ce phénomène, il est observé une augmentation importante du taux des troubles mentaux dans celle-ci. Les soignants travaillant auprès de ces résidents rapportent une volonté d'être mieux formés à la santé mentale et de plus travailler avec la psychiatrie de liaison.

L'objectif principal de ce présent travail est de recueillir les représentations sociales de la maladie mentale auprès du personnel travaillant en EHPAD. Les objectifs secondaires consistent à évaluer leurs niveaux de connaissance en santé mentale et les pratiques professionnelles associées aux résidents souffrant de pathologies psychiques (RAPP). Un questionnaire quantitatif a été créé grâce à un précédent travail qualitatif et avec une partie du questionnaire issue de l'étude Santé Mentale en Population Générale issue du Centre Collaborateur de l'OMS de Lille.

196 questionnaires ont été recueillis dans 7 EHPAD du département du Nord. Les résultats de cette étude montrent que les représentations sociales de la maladie mentale auprès du personnel travaillant en EHPAD sont assez similaires à celle de la population générale. Leurs connaissances en santé mentale sont relativement faibles et montrent ainsi des difficultés dans leur travail quotidien aussi bien au niveau organisationnel que relationnel avec les RAPP.

Composition du Jury :

Président : Pr THOMAS

Assesseurs : Pr VAIVA / Dr D'HONDT

Directeur de thèse : Dr DURAND