

Un autre... si différent ?



UE 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 25 mai 2021

Directrice de mémoire : Mme GEVAUDAN

Note aux lecteurs : « *Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur* »

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue pour la réalisation de ce mémoire. Tout d'abord, ma directrice de mémoire Mme GEVAUDAN qui a su me guider et m'orienter, ma famille (mon père, mes oncles, Cyrielle, Florian et Aurélie) pour leur soutien, mais aussi Laurence qui s'est dévouée pour relire toutes mes pages à plusieurs reprises et m'a aidée pour la mise en page. Je tiens également à remercier tous mes amis spécialement Laetitia pour son superbe dessin, à Lucie d'avoir aussi relu une partie, ainsi que Manon et Virginie qui ont été présentes pour répondre à toutes mes questions et qui ont également écouté toutes mes plaintes.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
2. SITUATION D'APPEL ET QUESTION DE DEPART.....	3
2.1. Situation d'appel et questionnement.....	3
2.2. Question de départ	7
3. CADRE DE REFERENCE	8
3.1. Histoire de la psychiatrie	8
3.1.1. Définitions	8
3.1.2. Chronologie	9
3.2. Les représentations	19
3.2.1. Définition et origine du concept	19
3.2.2. La normalisation	20
3.2.3. La stigmatisation des malades	24
3.3. La relation soignant / soigné	29
3.3.1. Perception de la maladie dans une approche globale	29
3.3.2. La place de la relation dans la prise en charge	33
4. L'ENQUETE EXPLORATOIRE.....	38
4.1. La méthode exploratoire	38
4.2. Analyse	42
4.2.1. Leur savoir sur la psychiatrie	42
4.2.2. Leur savoir sur la maladie psychiatrique.....	44
4.2.3. L'importance des traitements	47
4.2.4. La présence de l'équipe pluridisciplinaire.....	49
4.2.5. Un manque de temps et une surcharge de travail	51
4.2.6. Une appréhension et une peur	52
4.2.7. Leurs représentations	53
4.2.8. La norme dans les représentations.....	55
4.2.9. La stigmatisation qui s'en suit.....	55
4.2.10. Exclusion et isolement	56
4.2.11. Le rôle de la famille et des proches	57

4.2.12.	La relation	58
4.2.13.	Une prise en charge compliquée	62
4.2.14.	Un manque de connaissances ?.....	63
5.	PROBLEMATIQUE	65
5.1.	Questionnement	65
5.2.	Question de recherche.....	66
6.	CONCLUSION	67
7.	BIBLIOGRAPHIE	69
8.	ANNEXES	71

1. INTRODUCTION

Depuis toujours en France les représentations sociales sur la psychiatrie et les personnes souffrant de troubles mentaux existent.

Les représentations sociales en psychiatrie sont également présentes plus largement à l'échelle internationale, même si dans certaines cultures la souffrance psychique n'est pas perçue comme une maladie. Elles sont toujours d'actualité dans notre société, y compris dans le monde hospitalier. D'après un article publié sur la revue *Actualité et dossier en santé publique*, la psychiatrie est « *une discipline peu connue, qui fait peur irrationnellement et qui souffre d'un déficit majeur de communication* » (Martinez.J, 1996, p.13). Dans ce même article est évoqué qu'une étude réalisée auprès des professionnels hospitaliers montre « *que l'image des maladies mentales n'est pas très différente chez eux de celle qu'en a l'opinion publique* ».

Ainsi, les personnes atteintes de troubles psychiatriques se retrouvent sous l'emprise de représentations socialement établies. Et malgré le temps qui passe, une certaine empreinte des représentations des anciennes générations restent, y compris pour une partie des soignants exerçant dans le milieu hospitalier. Il serait donc intéressant de comprendre ces représentations, de connaître leurs origines et l'impact qu'elles pourraient avoir notamment sur la relation soignants / soignés.

J'ai choisi ce thème pour mon mémoire pour diverses raisons.

Tout d'abord, j'ai pu remarquer à plusieurs reprises lors de mes stages, que des représentations, voire mêmes des stigmatisations, étaient présentes chez les soignants lorsqu'ils recevaient des patients atteints de troubles psychiatriques ou encore des patients atteints de démences pour des soins. Ils pouvaient être considérés comme « anormaux », ou du moins, n'étaient pas perçus comme le reste des patients hospitalisés ou des résidents dans le cas des lieux de vie. Je me suis donc demandé pourquoi certains soignants ne les voyaient pas comme les autres patients, c'est-à-dire, des personnes souffrant d'une maladie. Nous aurions tendance à penser que le soignant devrait voir chaque personne atteinte d'une maladie, qu'elle soit d'origine organique, fonctionnelle ou mentale, de la même manière.

Pourtant, parfois nous ne portons pas le même regard selon qu'un patient est diagnostiqué souffrant d'un trouble psychiatrique ou d'un trouble physique (organique, fonctionnel).

De plus, j'ai pu également constater que ces représentations sont bien implantées au niveau social. Dans mon entourage, ces personnes sont représentées comme des « fous » et à cela s'ajoute une certaine dangerosité. Lorsque j'ai pu effectuer un stage en psychiatrie lors de ma deuxième année de formation, une des questions de mon entourage qui m'est souvent revenue est « Mais cela ne te fait pas peur ? ». Ainsi, une certaine appréhension voire une peur de la personne atteinte de troubles psychiatriques semble bien ancrée.

Enfin, le milieu de la psychiatrie est un milieu qui m'intéresse car je le trouve particulièrement riche à la fois par la complexité des maladies mais aussi pour la réflexion que cela demande. Dans cette pratique, la relation a une place de choix également, en effet, elle tient un rôle important dans le soin, elle est au cœur même du traitement.

Dans ce mémoire, j'aborderai, dans un premier temps, la situation d'appel à partir de laquelle va découler ma question de départ. Ensuite, sera abordé le cadre de référence avec tout d'abord une partie sur l'histoire de la psychiatrie, puis une partie sur les représentations pour finir avec la relation soignant / soigné. S'en suivra l'enquête exploratoire qui me permettra d'aller sur le terrain pour rencontrer des soignants. Je pourrai ainsi confronter mon cadre de référence à la réalité du terrain puis enfin terminer avec la problématique.

2. SITUATION D'APPEL ET QUESTION DE DEPART

2.1. SITUATION D'APPEL ET QUESTIONNEMENT

La situation que j'ai choisie se déroule dans un EHPAD dans lequel j'effectuais un stage de 6 semaines. A ce moment-là, cela faisait 4 semaines que mon stage avait commencé. Je connaissais donc la plupart des résidents et j'ai pu créer quelques liens avec certains notamment avec Madame R, âgée de 68 ans. Cette dernière est arrivée dans cet EHPAD suite à un AVC (accident vasculaire cérébrale) qu'elle a eu quelques semaines auparavant. Lorsqu'elle a eu son AVC, elle se trouvait être hospitalisée dans un hôpital psychiatrique en gérontopsychiatrie. En effet, elle est atteinte de troubles bipolaires. Ce sont des infirmiers du service qui l'ont retrouvée au sol dans sa chambre et qui l'ont rapidement prise en charge. Suite à son AVC, elle a eu quelques séquelles notamment au niveau moteur. Elle a donc un traitement qui lui est donné en adéquation avec l'AVC qu'elle a eu. Elle a quelques troubles moteurs et se déplace soit avec un déambulateur, soit avec un fauteuil roulant. Elle utilise rarement son fauteuil et préfère son déambulateur quand elle n'est pas trop fatiguée.

Elle avait également une sonde à demeure qui lui a été retirée une semaine avant. Une toilette partielle était réalisée lorsqu'elle est arrivée puis elle a commencé à faire ses toilettes seule. Elle pouvait cependant demander de l'aide à l'habillage à cause de sa sonde.

Madame R est une personne qui apprécie parler et échanger avec les autres résidents de l'EHPAD ainsi que les bénévoles. J'aimais prendre un peu de temps avec elle, avant le repas du midi, pour parler à la fois avec elle mais aussi avec les autres résidents qui étaient présents. Elle aimait tellement parler qu'elle avait tendance à répéter les mêmes choses chaque jour. Elle m'a ainsi expliqué à plusieurs reprises qu'elle était très reconnaissante envers l'équipe soignante de l'hôpital psychiatrique et me disait qu'elle était proche des soignants.

Madame R est une personne qui est cultivée, c'est une ancienne secrétaire. Elle aimait parler de l'actualité mais aussi des faits divers de son époque. Elle appréciait également le théâtre. Pendant ces quelques semaines j'ai pu la voir toujours enjouée et très souriante. C'est une personne très communicante à la fois par les gestes mais aussi par la parole.

Elle participait toujours aux activités proposées par l'établissement, que ce soit aux jeux (scrabble) ou encore aux chants.

Elle a noué des liens avec un autre résident qui est arrivé une semaine auparavant et avec qui elle s'entendait très bien. Malgré tout cela, peu de personne venait lui rendre visite. Uniquement ses nièces sont passées la voir.

De plus, l'équipe soignante de l'EHPAD m'a expliqué que Madame R devait être dans une phase hypomaniaque, elle a donc été vue par le médecin et son traitement a été modifié, on lui a ajouté de la DEPAKINE (thymorégulateur).

La situation que j'ai donc choisie se déroule un mercredi vers 13h30. Je me trouve à ce moment-là à l'étage, dans un des quatre secteurs de l'établissement, dans une chambre double avec uniquement Madame R avec l'infirmière et une seconde stagiaire.

Nous nous sommes rendues dans cette chambre pour évaluer l'état de Madame R qui était revenue de l'hôpital le jour même dans les alentours de 2h du matin. En effet, cette résidente est partie le mardi soir à l'hôpital à cause d'une hyperthermie trop élevée, de vomissements et de douleurs. Elle avait également des brûlures mictionnelles, des nausées, et une sonde urinaire lui avait été retirée la semaine précédente. Le risque qu'elle ait une infection urinaire était donc très élevé et elle a donc été envoyée à l'hôpital où ils ont posé le diagnostic d'une pyélonéphrite (qui est une infection des reins). De plus, depuis quelques jours son humeur était plutôt basse et un ralentissement psychomoteur était présent chez elle.

Lorsque je suis passée vers 7h du matin, elle n'avait pas d'hyperthermie mais était très somnolente et toujours très fatiguée. Nous sommes repassées la voir à 13h30 dans sa chambre où elle s'y trouvait seule, elle a commencé à parler de tout ce qui était négatif pour elle à ce moment-là en l'expliquant avec beaucoup d'émotions et une souffrance qu'elle ne pouvait cacher. Elle avait également des difficultés à retenir ses larmes.

Cependant, à côté de son humeur triste, elle avait une logorrhée (une surproduction verbale) avec la présence de diffluences (son discours était désorganisé et elle passait ainsi du coq à l'âne). Et elle a fini par exprimer sa souffrance verbalement.

Lors de son discours qui était plus ou moins cohérent, elle parlait de timbres qu'elle n'arrivait pas à se procurer (cela faisait plusieurs semaines qu'elle voulait des timbres afin d'envoyer des lettres aux infirmiers de l'hôpital psychiatrique) et elle ajoutait que personne ne voulait en acheter pour elle, même lorsqu'elle proposait de donner de l'argent.

Elle a enchaîné ensuite avec le fait qu'elle n'avait pas d'enfant et qu'ainsi il n'y avait personne pour venir la voir et lui tenir compagnie du côté de sa famille.

L'infirmière présente dans la pièce lui a parlé de ses nièces qui sont venues la voir une fois mais la résidente a rétorqué « *qu'elles avaient mieux à faire que de venir lui rendre visite* ». Elle a après abordé le sujet de son frère qui s'est suicidé et du fait qu'elle voudrait elle aussi se suicider mais que, « *par égard pour sa famille et pour la personne qui pourrait la retrouver* », elle ne le ferait pas. Elle en est ensuite venue au sujet de l'euthanasie bien que sachant que cela est interdit en France mais nous a tenu que « *cela serait une bonne chose que l'on puisse la pratiquer sur des personnes comme elle* ». L'infirmière a essayé de relativiser en lui expliquant qu'elle « *n'est pas au plus mal comparée à d'autres résidents* ». Elle lui a dit que c'était juste un « *passage de la vie qui est compliqué mais qui allait passer* ».

Une fois qu'elle a expliqué cela, nous avons quitté la chambre et l'infirmière est allée voir le médecin présent ce jour-là pour qu'il vienne voir la résidente (ce n'était pas le médecin habituel de la résidente). Nous nous sommes donc à nouveau rendus dans la chambre dans l'heure qui a suivie, avec le médecin gériatrique de l'EHPAD. L'infirmière a esquissé un petit sourire en entendant la résidente tenir exactement les mêmes propos que précédemment au médecin. Ce dernier s'est retrouvé dépourvu de tout moyen face à cette situation et ne savait que dire à la résidente. Il a ainsi fini par dire à la résidente la même phrase que l'infirmière : « *Ce n'est qu'un mauvais passage qui va finir par passer une fois que vous vous sentirez mieux* ». Cependant, ces mots n'ont pas eu l'air de reconforter ou d'aider la résidente qui a continué à se perdre dans son discours logorrhéique. Lorsque nous sommes sortis de la chambre, le médecin a expliqué « *De toute manière c'est une patiente 'psy'* ». Etant étonnée de cette réflexion, je n'ai pas demandé ce qu'il voulait dire en disant cela. De plus, j'ai pu constater une certaine normalisation et utilisation de ce terme dans mes stages précédents. Le médecin n'est pas retourné la voir par la suite jusqu'à la fin de mon stage.

De plus, dans les jours qui ont suivis, la psychologue a pu voir entre temps la résidente et lors des transmissions entre midi et deux, elle a simplement évoqué que les sujets d'euthanasie et de suicide sont arrivés uniquement parce que la résidente était perdue dans sa logorrhée et était sous l'emprise de sa maladie à cet instant. Pour elle, cela n'était que la suite d'idées dont la résidente n'avait pas vraiment conscience. La psychologue a terminé en disant que le risque de suicide semblait donc faible pour cette résidente. Ils n'ont également pas contacté de psychiatre pour la prise en charge de la patiente.

Plusieurs choses m'ont interpellées dans cette situation.

Tout d'abord, lorsque l'infirmière et le médecin disent « *ce n'est qu'un mauvais passage qui va finir par passer une fois que vous vous sentirez mieux* », ils emploient une phrase récurrente utilisée pour n'importe qu'elle personne, qu'elle ait une pathologie ou non.

De plus, la psychologue évoque également le fait qu'elle est sous une certaine emprise de sa maladie et d'après elle, la patiente « *n'a pas conscience de ses propos* ». Ce ne serait donc plus la patiente qui pense et réfléchit mais sa maladie.

Aussi, il est difficile de savoir comment réagir à ce genre de situation face à une personne atteinte de troubles bipolaires étant dans une phase instable de sa maladie.

On peut se demander également si les soignants n'étaient pas influencés, de manière plus ou moins inconsciente, par leurs représentations sur les personnes atteintes de troubles psychiatriques. En effet, le terme de 'psy' est un terme que l'on entend régulièrement dans les établissements non spécialisés dans la psychiatrie. C'est un terme que j'ai rencontré dans d'autres hôpitaux à plusieurs reprises dans différents services. Une certaine appréhension des soignants se faisait ressentir par rapport à la prise en charge de ces patients.

Ainsi, toute personne atteinte de troubles psychiatriques se voit attribuer ce terme qui va la suivre comme une marque au fer rouge. C'est comme si les soignants cherchaient à ranger ces patients dans une « case ». Ces personnes se retrouvent stigmatisées.

Cependant, j'ai pu constater que les patients atteints de troubles psychiatriques ne sont pas les seuls à présenter une stigmatisation et être sujets de représentations. Il en va de même pour d'autres personnes, et plus particulièrement les personnes âgées, atteintes de démence.

En première année de formation, lors de mon tout premier jour de stage dans un service de SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) d'un hôpital, j'ai pu assister à une situation du même genre. Des aides-soignantes s'occupaient de la toilette d'une patiente dans la salle de bain (porte ouverte) d'une chambre double, pendant qu'une seconde patiente se trouvait dans son lit, en larme et particulièrement angoissée. Elle disait être « *seule* » et n'appréciait pas que « *personne ne s'occupe d'elle* ».

Les aides-soignantes lui ont dit qu'elles avaient entendu et ont demandé à la patiente de « *se taire* ». A ce moment-là j'étais outrée du manque d'empathie et de compréhension des soignantes, je suis allée réconforter la patiente toujours en train de pleurer.

Elle ne s'est pas tout de suite calmée et j'entendais les aides-soignantes souffler tout en continuant de faire la toilette de la seconde patiente. Puis l'une des deux soignantes sort de la salle de bain, me voit avec la patiente et me dit « *Elle est démente de toute manière ça ne sert à rien* ». Elle a ensuite repris son travail et j'ai continué à parler à la patiente malgré mon manque d'expérience car pour moi, il était inenvisageable de laisser cette patiente seule dans cette détresse. Par la suite, la patiente a commencé à se sentir mieux et m'a remerciée d'être restée avec elle et pour elle.

Pour conclure, dans ces deux situations, les soignants semblent aveuglés par la maladie du patient, à tel point qu'ils semblent ne plus arriver à voir la personne qu'ils ont en face d'eux. Se pourrait-il que les soignants ne voient plus que la maladie et oublient le patient ? Comme si la maladie outrepassait la personne.

De plus, les représentations des soignants à l'égard des patients semblent avoir une certaine influence dans la relation entre le soignant et le soigné.

C'est pour cela qu'on peut se demander quel est l'impact des représentations des soignants sur les personnes atteintes de troubles psychiatriques, dans la relation soignant / soigné (en dehors des établissements spécialisés dans la psychiatrie).

2.2. QUESTION DE DEPART

Ma question de départ est donc la suivante : **Quel est l'impact des représentations des soignants sur les personnes atteintes de troubles psychiatriques, dans la relation soignant / soigné (en dehors des établissements spécialisés dans la psychiatrie) ?**

3. CADRE DE REFERENCE

3.1. HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

3.1.1. Définitions

Etymologiquement, le terme de psychiatrie signifie « *médecine de l'esprit* » ou « *médecine de l'âme* ». A l'époque, la psychiatrie était vue comme une pathologie touchant l'esprit, l'âme de la personne, expliquant ainsi cette étymologie. Mais elle est davantage vue comme une médecine spécialisée de nos jours. D'ailleurs, pour Foucault, la psychiatrie n'était pas une branche de la médecine générale à la fin du XVIIIe siècle et au début du XIXe. Elle fonctionnait plutôt comme « *une branche spécialisée de l'hygiène publique* » (Foucault, 1999, p109). Il explique ainsi que « *Avant d'être une spécialité de la médecine, la psychiatrie s'est institutionnalisée comme domaine particulier de la protection sociale, contre tous les dangers qui peuvent venir à la société du fait de la maladie, ou de tout ce qu'on peut assimiler directement ou indirectement à la maladie.* » (Foucault, 1999, p109). Il y a ainsi une notion de danger qui est apportée puisqu'il s'agit de maladies.

Leuret va définir la psychiatrie comme étant « *une médecine active, réfléchie, fondée sur l'écoute soigneuse du patient, le recueil minutieux de son histoire, l'analyse de ses symptômes* » (Hochmann, 2018, p23-24).

Elle aura également été vue au cours de notre histoire comme une trace d'infantilité, ou encore d'imbécilité.

De nos jours, si l'on se base sur la définition donnée par le Petit Larousse, la psychiatrie est « *une discipline médicale dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales* ». Ainsi, c'est une discipline qui relève de l'étude des pathologies d'ordre mentale.

Auparavant, on parlait d'aliénisme et non pas de psychiatrie. Ce terme sera utilisé pour la première fois dans les années 1800 en Allemagne avant qu'il soit repris dans le reste du monde.

3.1.2. Chronologie

Au Ve siècle avant Jésus Christ, c'est Hippocrate qui expliquera avec sa théorie des humeurs, que l'origine de la folie se fait par les troubles de l'humeur (sang, bile etc...) qui vont venir altérer le fonctionnement du cerveau.

Lors de la période de l'Empire Romain, diverses théories vont se développer entre le Ier et le Ve siècle. Galien par exemple expliquera que ce sont des maladies de l'âme liées à des lésions de la sensibilité et de l'intelligence.

Au Moyen-âge, la folie s'explique par la possession démoniaque et les personnes qui en sont atteintes seront envoyées au bucher. Elles seront également faites prisonnières dans des donjons ou assignées à résidence. Certaines, finiront dans des Hôtel Dieu, mises à part des autres patients. Ces personnes qui étaient auparavant vues comme des sorciers, possédées par des démons, étaient vues comme des dangers pour la société. C'est pour cela que l'on cherchera à les isoler rapidement afin qu'elles ne puissent faire de mal à personne. En 1826, le délire était « *la marque constitutive, le qualificatif majeur, en tout cas, de la folie* » (Foucault, 1999, p121). La folie se distinguait donc principalement de par le délire dont la personne était atteinte. Ce n'est qu'en 1862, qu'un édit royal sera délivré mettant fin aux poursuites pour fait de possession et de sorcellerie pour ces personnes.

Entre le XIXe et le XXe siècle, 6 périodes se sont démarquées et ont permis à la psychiatrie d'évoluer rapidement. On distingue ainsi l'âge des pionniers où les « *aliénés* » seront enfin expertisés par des médecins et non plus par la loi ou encore l'Eglise. Vient ensuite la période de 1850 où on met de côté les causes, et l'origine de la maladie serait liée à une lésion ou une dégénérescence. A l'âge positif (1870-1900) la psychiatrie se détache de l'emprise de la religion et s'inscrit dans les sciences. Cependant, c'est à cette époque également que les conditions de vie pour les personnes atteintes de troubles mentaux vont se dégrader et où les asiles deviennent davantage des lieux carcéraux. De 1900 à 1940, la psychopathologie commence à se développer tout comme la psychochirurgie et les théories eugénistes. Mais l'après-guerre sera décisif dans la modification du rapport de la prise en charge de ces patients. Les institutions vont changer également. Cependant avec l'arrivée de la récession, ces avancées vont s'arrêter et c'est l'âge économique qui va s'imposer.

Il a fallu ainsi durant ces périodes, « coder » la folie comme une maladie, pathologiser les désordres et faire des analyses rapprochant cette « *hygiène publique* » évoquée par Foucault, à des maladies. Toujours d'après ce dernier, il a également fallu coder la folie comme étant un danger avant de pouvoir « *donner un statut pathologique* » (Foucault, 1999, p110).

Si on développe chacune de ces périodes en commençant par l'âge des pionniers, cette dernière se distingue notamment par le rôle fondamental que Pinel va jouer à cette période. Etant à la fois journaliste et médecin, il va s'intéresser à l'aliénation mentale. Il va vouloir intégrer les aliénés dans la médecine tout en se servant des savoirs philosophiques et psychologiques. Pinel va ainsi développer une classification en mélangeant les causalités organiques, lésionnels, aux « *désirs factices* » (Hochmann, 2018, p10). A cette époque, il est important de reconnaître la part d'humanité présente qui se cache derrière cette folie. En le détachant de ces idéologies sur la religion et la possession, on peut parvenir à faire entendre raison le sujet en trouvant « *une passion contraire plus forte* » (Hochmann, 2018, p10). C'est de cette manière que Pinel va créer un endroit où la folie peut prendre place pour être observée et pour ensuite pouvoir « raisonner » le sujet. Ce qui indique que le sujet a perdu la raison et l'asile se présente comme une manière correctionnelle de la retrouver. D'ailleurs certains psychiatres du XIXe siècle pensaient que le fou était toujours quelqu'un qui se prenait pour un roi. C'est pour cela que dans les asiles, le noyau ne sera pas le délire mais « *l'irréductibilité, la résistance, la désobéissance, l'insurrection* ». En parallèle, Michel Foucault aborde une idée intéressante qui est la suivante : « *La psychiatrie n'a pas cessé de montrer le caractère dangereux, spécifiquement dangereux, du fou en tant que fou* » (Foucault, 1999, p111). Ainsi, pour se développer, la psychiatrie a du pointer la part de folie chez ces personnes, et la part de danger qui pouvait en ressortir sous forme de différents troubles. Esquirol, le protégé de Pinel, viendra développer la notion d'isolement dans l'aliénation afin que le sujet soit coupé socialement pour avoir moins de stimuli provenant de son entourage. C'est également lui qui impose l'idée que la cohabitation avec d'autres aliénés devient un traitement pour le sujet. C'est d'ailleurs la loi de 1838 érigée par Esquirol, Falret et Ferrus qui permet de réaliser le placement d'un aliéné dans un hôpital psychiatrique sur l'ordre de l'administration préfectorale dans un établissement spécialisé où le malade doit y être guéri. Ainsi, la psychiatrie relève du domaine médical et plus précisément d'une spécialité de ce domaine puisqu'il faut des certificats médicaux pour appuyer l'ordre. Les médecins effectuent un rapport médical sur la personne placée.

Ce placement se fait par un état d'aliénation mais qui peut compromettre la sécurité de l'ordre ou du public. On revient ainsi au fait que la personne peut être un danger pour autrui ou pour elle-même. A partir de ce moment, l'administration fait elle-même le lien entre la folie et le danger, puisque toute personne pouvant être un danger se verra placée. Avec cette loi, on n'a plus besoin de la famille pour obtenir un internement mais il sera possible à l'entourage immédiat de faire une demande d'internement volontaire pour le malade en présentant un certificat médical (tout cela n'est pas sans rappeler les mesures actuelles avec SDT et SDRE). En plus des « *stigmates de l'incapacité au niveau de la conscience* », il y aura « *des foyers de dangers au niveau du comportement* » (Foucault, 1999, p131). On ne va plus réfléchir à ce que pense le malade mais plutôt à ce qu'il fait. Il y aura également la naissance d'une antipsychiatrie vers 1826 avec les idées abordées par le docteur Coste et également l'avocat Regnault. Pour ce dernier il ne peut pas y avoir de folie partielle ou de folie sans délire. La psychiatrie sera vue comme l'abus de « *pouvoir par les psychiatres pour faire échapper des coupables de la justice* » (Hochmann, 2018, p17). Leuret développera une théorie qui préconise « *contre les désordres physiques des remèdes physiques, et contre les désordres moraux des remèdes moraux* ». Les traitements cognitivo-comportementalistes de nos jours se basent d'ailleurs beaucoup sur ses théories. Ils cherchent à obtenir des réactions chez les sujets en manipulant aussi leurs émotions. Pour lui le sujet se trompe et il faut aussi le raisonner en le convainquant de son erreur (Leuret sera à l'origine des fameuses douches réalisées sur certains patients).

Vient ensuite les années 1850, c'est à cette période que les premiers asiles commencent à se construire. Moreau va aborder la psychiatrie du point de vue de la normalité et permettra de mettre en évidence ce qu'on appellera par la suite les névroses. Mais il rejoint tout de même le point de vue de Morel sur l'hérédité, et ainsi pour lui, les différentes formes d'aliénations sont issues de lésions héréditaires du système nerveux. Je trouve que pour cette époque, comme pour les maladies « physiques » avec une altération fonctionnelle ou lésionnelle, il s'agit absolument d'inscrire la psychiatrie dans quelque chose qui soit compréhensible, avec une origine physique et non pas métaphysique. Il s'agit de la ramener à quelque chose qui a déjà été construit comme une norme. Dans ce contexte on peut observer que pour la plupart des penseurs, toute maladie ne peut se développer que suite à une lésion. A cette époque la maladie se définit par des signes (différents des symptômes), son évolution, ses complications mais aussi par la présence d'une lésion.

Jacques Hochmann différencie le signe du symptôme de cette manière « *le symptôme est ce dont le malade se plaint, le signe ce que le médecin, grâce à son savoir, fait apparaître ou révèle derrière le symptôme* » (Hochmann, 2018, p36). La psychiatrie ne basera donc plus son diagnostic sur l'état de conscience de la personne mais sur « *une série de conduites, de troubles, de désordres, de menaces, de dangers, qui sont de l'ordre du comportement et non plus de l'ordre du délire, de la démence ou de l'aliénation mentale* » (Foucault, 1999, p136). Le psychiatre va donc prendre en charge médicalement les malades se trouvant dans leur famille. C'est comme cela que « *la psychiatrie s'inscrit donc comme technique de correction* ». Le terme de folie partielle utilisée par les aliénistes disparaîtra par la suite, car pour qu'un symptôme se manifeste chez la personne, c'est que la folie s'est déjà entièrement emparée d'elle. La folie se montrera désormais à travers ces symptômes et non plus par la conscience.

Mais en plus de ces symptômes, on peut retrouver une évolution sur les sujets et leur descendance (grâce à la théorie de l'hérédité). Mais aucune lésion n'a encore été démontrée jusqu'à présent. Morel va donc avancer la théorie de la lésion métaphysique qui repose sur une atteinte de la vitalité. Pour Moreau, cette lésion se situe davantage dans le système nerveux. La psychiatrie va donc pouvoir communiquer avec la médecine en passant par la neurologie (on peut retrouver l'épilepsie ou hystéro-épilepsie car on ne faisait pas encore la différence entre les deux). Falret, lui, rejoint le modèle de Pinel et se focalise sur le psychisme du sujet plutôt que sur une lésion fonctionnelle. Pour lui la lésion est plutôt au niveau des sentiments ou des « *penchants* ». Il va aborder la notion d'état, ce n'est pas une maladie mais plutôt « *un fond causal* » dans lequel va se « *développer des processus* » (Foucault, 1999, p284) et c'est de cette manière que la maladie va se construire et prendre forme. Pour Falret, celui qui porte un état ne sera pas un individu normal. Il s'agira de savoir quel individu peut développer cet état. C'est de cette manière que la théorie de l'hérédité va apparaître tout comme la théorie de la dégénérescence (proposée en 1857 par Morel).

Pendant la période de l'âge positif, Magnan avance la théorie selon laquelle ces maladies résultent d'une dégénérescence suite à des « *syndromes épisodiques héréditaires* ». Il parlera de troubles obsesso-compulsifs (où l'obsession et l'impulsion se mêlent sans être différenciées l'une de l'autre). Il fera la distinction entre les délirants chroniques qui n'ont pas d'antécédents héréditaires et les dégénérés qui sont anormaux dès l'enfance. On ne pourra pas guérir ces personnes.

Mais la psychiatrie peut protéger la société de ces dangers représentés par ces personnes en les mettant dans les asiles. Par cette notion d'hérédité, une marginalisation va prendre place contre les personnes étant porteuses d'un état comportant des anomalies. Il y a la possibilité de transmettre cette maladie à la descendance. Cette stigmatisation va entraîner une forme de marginalisation, mettant de côté les personnes atteintes de maladie mentale afin de ne pas la transmettre aux descendants. C'est en quelque sorte, une forme d'eugénisme. La psychiatrie va chercher à protéger la société en « *chassant les dégénérés* » puisque « *le dégénéré c'est celui qui est porteur de danger* » (Foucault, 1999, p300). On va également travailler l'axe « *du volontaire et de l'involontaire dans le comportement* » (Foucault, 1999, p146). On cherche ainsi à modifier le comportement de la personne et non plus à la raisonner. Pour Foucault, c'est comme ça que la psychiatrie sera « *la science et la technique des anormaux, des individus anormaux et des conduites anormales* » (Foucault, 1999, p151). Une personne est donc considérée anormale lorsqu'elle tient des conduites anormales. Baillarger en 1845/47 va ainsi dire que « *Ce qui caractérise un fou, c'est quelque chose qui est comme un état de rêve. Le rêve n'est pas un état dans lequel on se trompe de vérité, c'est un état dans lequel on n'est pas maître de sa volonté, c'est un état dans lequel on est tous traversés par des processus involontaires* » (Foucault, 1999, p146). C'est de cette manière que les délires aigus, les hallucinations, l'idée fixe, la manie etc... vont s'expliquer. Tout cela repose sur une conduite involontaire des suites d'un « *accident morbide du cerveau* ». On va aller chercher ce qui est derrière la formation du délire. On va pouvoir faire valoir des symptômes dans les maladies mentales. Baillarger sera d'ailleurs le premier psychiatre en France. A la différence de Pinel et Esquirol, il ne s'agit plus à cette période, de prendre en compte la subjectivité du sujet puisqu'on se base uniquement sur sa conduite. Le traitement moral va alors disparaître. Cette convulsion faite de mouvements involontaires constituera donc « *le modèle neurologique de la maladie mentale* » (Foucault, 1999, p208). La psychiatrie aurait une part de science neurologique comme vue précédemment de par ces mouvements involontaires qui sont produits lors de convulsions. Cette dernière va être à l'origine de la folie. On en vient à l'hystéro-épilepsie dont on va garder le nom de 1850 à 1875 jusqu'à ce que Charcot en parle. La médecine va donc s'emparer de la convulsion et l'église va transformer la possession par convulsion en une apparition de la Vierge. Pour Foucault, l'anormal va se développer autour de cette problématique de l'instinct qui va s'installer avec l'arrivée de la psychanalyse, ainsi que de ces thèmes qui vont prendre de plus en plus de place dans la psychiatrie comme les pulsions, les obsessions ou encore l'émergence

de l'hystérie. La psychiatrie devient « *une science des conduites normales et anormales* » (Foucault, 1999, p290). Il était question à nouveau de recentrer le délire et ainsi de « *reconvertir l'anormal en maladie* » (Foucault, 1999, p294). On va donc joindre le délire comme mécanisme de l'instinct (c'est là que prend forme le délire de persécution, le délire de possession etc...). Sigmund Freud en parallèle, va collaborer avec Breuer et théorise à cette époque ses différentes strates psychiques qu'il va appeler le conscient, l'inconscient, le préconscient puis le Ça, le Moi et le Surmoi. Freud va ainsi permettre le développement et la création de la psychanalyse. C'est avec l'arrivée de la psychanalyse qu'une psychiatrie de l'enfant a commencé à se développer. On pourrait ainsi réinscrire la psychiatrie dans la problématique de la biologie car on aborderait l'instinct. Avec la psychanalyse, nous retrouverons ainsi les névrosés comme « *de petits mentaux* » (Hochmann, 2018, p57) et les aliénés deviendront les psychotiques. Un névrosé était donc un sujet sans lésion et qui ne présentait pas d'état d'aliénation. Freud séparera aussi les perversions des névroses en s'appuyant sur le critère du passage à l'acte. C'est l'allemand Emil Kraepelin qui va distinguer plusieurs pathologies dans la psychose (psychose maniaco-dépressive, la paranoïa, la démence paranoïde, la catatonie etc..). Cependant, pour beaucoup de personnes, Kraepelin a enfermé les sujets dans un diagnostic, les proclamant incurables et à exclure car dangereux pour la société.

Vient ensuite l'âge de la psychopathologie et des traitements de choc. Une remise en question des systèmes précédents se fait et les psychiatres commencent à davantage s'intéresser aux processus des troubles mentaux, soit la psychopathologie. Freud parlera à cette époque de « *psychose de désir* », où les pulsions vont repousser les limites de la censure qui se présentent aux portes de l'inconscient. Ces pulsions vont se transformer en hallucinations. Foucault va aborder l'idée du monstre humain (qui sera davantage développée dans la deuxième partie du cadre de référence), et notamment la notion de masturbateur. Ces jeunes « masturbateurs » comme il les appelle, ont différentes somatisations : une pathologie totale (qui regroupe à peu près toutes les maladies qui existent) ; une deuxième forme qui serait la cause de myélite et de différentes pathologies atteignant la moelle épinière, elle serait également la cause d'atteintes du tissu osseux et de la moelle osseuse tout comme de maladies ophtalmiques ; la troisième forme est le délire hypochondriaque. La masturbation est donc renvoyée à toutes les pathologies y compris la mort. « *Elle va devenir la causalité universelle de toutes les maladies* » (Foucault, 1999, p226).

Alors qu'à la même époque on commençait également à trouver des liens entre des lésions organiques et les pathologies qui en découlent. « *La sexualité va permettre d'expliquer tout ce qui autrement n'est pas explicable* » (Foucault, 1999, p227). Les parents se devaient de surveiller leurs enfants pour qu'ils ne réalisent pas cet acte tabou. Les médecins vont donc trouver des solutions pour éviter cette masturbation. Une peur de l'inceste va se développer et la sexualité de l'enfant tout comme celle de l'adulte vont être vues comme dangereuses. C'est ainsi que va se développer la psychanalyse « *qui va apparaître comme la technique de gestion de l'inceste infantile et de ses effets perturbateurs dans l'espace familial* » (Foucault, 1999, p257). La psychiatrie va à partir de ce moment mélanger son concept d'instinct avec le concept de la sexualité (désir-folie). Pour Freud, la conscience cherche à se départir de cette réalité insoutenable que le monde extérieur est devenu « *du fait d'une perte que la réalité affirme mais que le Moi dénie* » (Hochmann, 2018, p64-65). Il s'agit donc là d'un défaut d'inhibition. Meyer développera également les troubles mentaux comme étant une réaction inadaptée à des situations qui s'inscrivent « *dans une histoire personnelle* » (Hochmann, 2018, p65). La psychose se détache ainsi petit à petit de cette image d'hérédité puisqu'il s'agit de l'histoire personnelle vécue par chacun. A cela viendra ensuite s'ajouter la systématisation ou non du délire ainsi que des différents mécanismes et thèmes sur lesquels ils reposent. Plusieurs penseurs vont ensuite parvenir chacun à décrire la schizophrénie de différentes manières. Bleuler par exemple, va proposer des traitements que l'on retrouve de nos jours dans les secteurs d'accueil crise fermé comme un isolement lors des périodes de crise aiguë, mais il préfère cependant que les patients restent dans leur environnement qui leur est familier. Ainsi, pour lui, le contexte familial est important. C'est pour cela qu'il va développer les consultations externes et les services de placement familial où des thérapies psychiques par psychanalyse seront réalisées. Leur but étant de traiter les patients « *en se donnant la peine d'entrer en relation avec eux sans considérer leurs symptômes comme incompréhensibles et dépourvus de sens* » (Hochmann, 2018, p75). Il s'agissait donc d'inclure le patient avec sa maladie, le but étant de ne pas se laisser envahir par cette étrangeté que représente l'autre ou plutôt sa maladie et de le prendre en charge de manière globale en incluant la personne se trouvant derrière la maladie. Federn va travailler sur la réappropriation du sentiment d'identité du patient (notion qui sera de nouveau abordée dans la dernière partie de mon cadre de référence), tout en développant la confiance et la sécurité relationnelle du patient.

La période de phénoménologie qui va suivre vers 1925 reprend cette approche globale et non plus uniquement symptomatologique comme évoquée précédemment. Il s'agira ainsi de s'intéresser aux émotions des patients, à ce qu'ils ressentent, en plus des troubles qu'ils ont. On rattache la personne à sa maladie. Malgré ces avancées, des régressions se font également au niveau de la prise en charge des malades où on voit se développer les traitements « de choc » où le courant électrique sera utilisé à la fois comme moyen de traitement mais aussi de punition, tout comme les bains froids. Cela a d'ailleurs inspiré beaucoup de films ou de séries comme *Vol au-dessus d'un nid de coucou* ou encore plus récemment, le préquel de ce film, la série *Ratched*. Le traitement par électrochoc reste utilisé encore aujourd'hui dans de rare situation et uniquement à visée thérapeutique. Toulouse va ensuite développer le modèle de l'hygiène mentale, où les patients seront libres dans certains services et pour qui la loi de contrainte ne sera pas mise en place. Il sera contre l'union des personnes ayant des troubles mentaux car pour lui, l'hérédité n'est pas entièrement mise de côté. Bleuler le rejoint et explique qu'il serait intéressant que la stérilisation soit mise en place pour ces personnes. D'autres vont encore plus loin en demandant une euthanasie. Les idées eugéniques commencent ainsi à s'installer dans certaines pensées. Je pense que ce sont des pratiques barbares et qui, par leurs réalisations, montreraient que ces personnes atteintes de troubles psychiatriques sont dépourvues d'humanité alors qu'il en est tout autrement. Heureusement ces pensées eugéniques ne sont restées que pensées et ne sont pas devenues pratiques.

L'âge des militants va arriver avec une réorganisation des hôpitaux psychiatriques. Pendant la guerre, la famine a été responsable de morts dans les hôpitaux psychiatriques qui étaient pleins à craquer. Le modèle de Pinel et Esquirol étant remis en cause avec l'arrivée de la psychothérapie institutionnelle, une réorganisation des hôpitaux va donc se faire. Alors que les asiles servaient à masquer la folie des patients, à la contenir en l'isolant du reste de la société, on cherche à réhumaniser ces établissements. Mais pour se faire, il fallait également changer la façon de penser, les représentations, et pour cela on a redonné la parole aux infirmiers qui avaient été réduits à l'état de gardien comme dans une prison, et non plus de soignant.

Il est intéressant de noter que pour modifier les représentations et la manière de penser, il a fallu faire appel aux infirmiers qui y travaillaient. Les infirmiers seraient donc une clé importante pour modifier les représentations de chacun.

Tosquelles, ainsi que d'autres, vont créer des associations à but non lucratif en retravaillant sur les liens sociaux, permettant aux malades de retrouver un semblant de liberté et une identité de sujet et non plus de malade. A cette réorganisation structurelle s'ajoute également les chimiothérapies. Même si des dérives se sont créées, utilisant les psychotropes non pas comme un moyen aidant à établir un dialogue mais plutôt comme quelque chose empêchant le dialogue avec le soignant. Ce que l'on peut d'ailleurs toujours retrouver actuellement, ou parfois la solution de chimiothérapie est utilisée comme un moyen de facilité pour la prise en charge dans certains services et non pas comme une solution pour réussir à entrer en contact avec les patients. Cette facilité permettant d'obtenir une certaine tranquillité notamment au niveau de la prise en charge de ces patients. Ces traitements permettant de soulager à la fois angoisse, délire, obsession ou dépression, se sont vus de plus en plus intéressants à développer pour les industries pharmaceutiques et c'est ainsi qu'ils ont été pris en compte par la sécurité sociale française. D'une certaine manière, on ramenait les malades mentaux à des malades comme les autres, en les incluant dans ce système de sécurité sociale puisque leur traitement est pris en compte. Paradoxalement, ces traitements ont également contribué à garder les malades dans cette anormalité puisque leur image renvoyée était celle d'une personne atteinte de catalepsie, de simples individus « *en masse de chair docile et sans initiative* » (Hochmann, 2018, p98) et dont l'image renvoyée était celle de « légume humain ». Cette image est d'ailleurs toujours présente dans l'esprit collectif. A cette période, la psychanalyse est toujours présente. Elle est utilisée pour les névroses mais aussi pour les « troubles narcissiques ». D'ailleurs, la psychothérapie familiale va se développer aux Etats-Unis en se basant sur la psychanalyse. Les thérapies comportementalistes vont également se développer et rencontrer de bons résultats notamment auprès des personnes atteintes de phobies. La psychologie humaniste va aussi se développer, s'appuyant sur diverses approches. En 1960, on voit le secteur psychiatrique se réorganiser de manière géographique pour assurer la continuité des soins et pour « *étendre [...] l'intervention psychiatrique* » (Hochmann, 2018, p105). Il ne s'agit plus d'isoler le patient dans une institution mais, au contraire, de l'inscrire dans une toile avec différents acteurs. Cela permet ainsi d'éviter l'exclusion du patient dans la société et de le préparer à une réinsertion. Des centres pour les enfants et les adolescents avec le développement de médiations se sont également construits. Cette psychiatrie, auparavant isolée entre quatre murs, est maintenant entretenue dans une communauté.

Enfin la dernière période, celle de l'âge économique, arrive avec la création du DSM (ou le *Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles mentaux*). C'est un nouveau moyen de diagnostic qui va être développé aux Etats-Unis pour permettre aux compagnies d'assurance et aux laboratoires pharmaceutiques d'avoir des évaluations. Il sera utilisé comme moyen de référence dans le monde entier à l'aide de classifications. On ne parle plus de névrose, ni de maladies mais de troubles. La psychiatrie psychanalytique s'efface petit à petit aux Etats-Unis et laisse davantage place à une neurosciences basée sur la biologie.

En France, de nos jours, on peut observer des déserts médicaux y compris dans la psychiatrie notamment dans les campagnes. Il y a de moins en moins de psychiatres ce qui augmente la difficulté de prise en charge des patients en intra et extrahospitalier ce qui pourrait expliquer le nombre de patients qui sont en rupture de traitements.

Ainsi la psychiatrie s'est développée en mélangeant différentes idéologies. Certaines ayant menées à enfermer ces « fous », ces « aliénés » entre des murs afin de les isoler du reste de la société de par le caractère dangereux qu'ils pouvaient représenter. D'autres allant dans le sens contraire, en le réinscrivant dans cette société qui veut le rejeter.

On peut constater que de nos jours, malgré toutes ces évolutions qui ont eu lieu dans le temps, nous évoluons encore plus dans une société qui se base sur des normes et des représentations.

3.2. LES REPRESENTATIONS

3.2.1. Définition et origine du concept

Ce concept a été introduit par Serge Moscovici en France dans les années 1960 à la suite d'une enquête qu'il a réalisée sur la psychanalyse en se basant sur les travaux réalisés par Emile Durkheim en 1898.

Si on se base sur l'étymologie du mot représentations ou *repraesentatio*, -onis en latin, l'action de « *mettre sous les yeux* » (Ljiljana, 2012, p265).

Il existe diverses définitions, cependant celle qui me parle le plus et qui, je trouve, est la plus pertinente est celle proposée par Abric (1999) et citée par Ljiljana Jovic (2012) qui indique « *nous appelons représentation l'ensemble organisé des informations, des croyances, des attitudes et des opinions qu'un individu (ou d'un groupe) élabore à propos d'un objet donné. La représentation est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu (ou un groupe) reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. Il n'existe donc pas – dans les activités humaines- de réalité objective* ».

Ainsi une représentation se construit sur plusieurs notions. C'est un mécanisme complexe qui permet d'obtenir une « *signification spécifique* » pour chaque individu. Cependant, ces représentations peuvent donc varier en fonction des individus si l'on se base sur les informations, les croyances, les attitudes ou les opinions de chacun. C'est d'ailleurs pour cela qu'Abric explique qu'il n'y a pas de réalité objective.

Il explique également que la « *représentation de la situation détermine le système d'attente et d'anticipation concernant, par exemple, le comportement de l'autre, le contenu de ce qu'il va dire etc...* ». Les représentations entraînent ainsi d'après l'auteur, une certaine appréhension ou une attente envers quelqu'un d'autre. Elles pourraient ainsi modifier les conduites et comportements des personnes de part cette anticipation.

Une autre définition donnée par Fischer (1987) est la suivante : « *la représentation sociale est la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personne, évènements, catégories sociales, etc.) et donnent lieu à une vision commune des choses, qui se manifeste au cours des interactions sociales* ».

Cette définition se croise avec celle donnée par Abric cependant de nouvelles notions sont apportées tel que le groupe social et les interactions sociales. Ainsi, les représentations s'inséraient également au cœur des interactions sociales en fonction des valeurs et croyances d'un groupe social.

Lorsqu'on parle de représentations, on pense également aux termes de stéréotype ou encore de préjugé. Ces deux termes étant très proches l'un de l'autre à tel point que l'on utilise les deux pour identifier les mêmes choses. Le stéréotype étant à la fois une représentation sociale et une catégorisation. C'est une image créée à partir de représentations qui vont permettre de catégoriser une personne. Tout comme les représentations, ils peuvent se baser sur les croyances, les opinions, les idées partagées par un groupe social. La ligue de l'enseignement explique qu'il « *applique une définition unique à tous les membres de ce groupe et ne tient pas compte des différences individuelles* ».

Alors que pour le préjugé, dans le mot même nous retrouvons le terme « juge », ainsi un préjugé est un jugement sans réel fondement. Il ne se base pas sur des actes, des attitudes ou des comportements mais plutôt sur un jugement erroné souvent dépréciatif.

Tout comme nous pouvons avoir des stéréotypes ou des préjugés sur des pays ou encore sur des ethnies, nous pouvons également avoir des représentations sur les malades et plus particulièrement les malades atteints de pathologies psychiatriques.

Avec ces définitions évoquées, on peut constater que ces représentations viendraient ainsi à créer une catégorisation des personnes voir une certaine normalisation. Comment cette normalisation a-t-elle pu s'installer dans le domaine de la psychiatrie ?

3.2.2. La normalisation

Pour certaines personnes, lorsqu'on évoque le terme de psychiatrie, cela renvoie à une personne dangereuse qui peut tout à fait commettre crime ou délit. Pour introduire ce concept, je vais développer l'idée évoquée par Michel Foucault dans le livre « *Les anormaux. Cours au collège de France, 1974-1975* ». Il commence par aborder le sujet des crimes commis par des personnes atteintes de troubles psychiatriques et les expertises réalisées par les psychiatres.

D'après l'auteur, pour l'après-guerre, la première chose que l'on demandait aux psychiatres dans ce domaine de la juridiction était « *Est-ce qu'il est dangereux ?* » (Foucault, 1999, p21),

puis s'il est « *accessible à une fonction pénale* » et enfin s'il est « *curable et réadaptable* ». Il n'est plus question de savoir si l'individu est responsable mais s'il est dangereux, s'il peut être puni par la loi et s'il est curable. Si c'est le cas, on les met à part car ils sont dangereux et on cherche à les « *réadapter* ». Pour Michel Foucault il s'agit ici d'une « *technique de normalisation* » (Foucault, 1999, p24). Aussi, il aborde le fait que si cette normalisation s'est développée, c'est grâce au fait qu'elle s'appuie sur plusieurs institutions et non pas qu'une seule (institution médicale, institution juridique par exemple). Il décrit cela comme « *une émergence du pouvoir de la normalisation [...] a étendu sa souveraineté dans la société* ». La normalisation s'étend dans la société tout comme les représentations peuvent le faire. A cette époque, les expertises psychiatriques sur la criminalité se basaient sur des termes péjoratifs tel que « *orgueil* » (Foucault, 1999, p32), « *paresse* », ou encore « *entêtement* » qui sont des termes à la fois réducteurs mais qui ont également quelque chose d'enfantin.

La clinique n'est pas recherchée et prise en compte car peu développée. Le statut de l'individu, celui d'un adulte ayant possiblement commis un crime, est renvoyé à celui d'un enfant. C'est ainsi que Foucault aborde cette notion de perversion qui se traduit en ces termes et auxquels un discours qui se veut moralisateur va être utilisé car on s'adresse à un enfant.

Ainsi le danger et la perversité sont au cœur de ces expertises de « folie » et le discours apporté est celui de la peur du fait du danger et de la moralisation en réponse à la perversité.

L'auteur explique ainsi que pour lui, l'expertise médico-légale est davantage prescrite pour une catégorie de personnes qu'il appelle les « *anormaux* », qu'il va définir par une « *graduation du normal à l'anormal* » (Foucault, 1999, p38). Cette normalisation qui se crée à un objectif : pouvoir garder le contrôle en exerçant un pouvoir sur l'autre qui est « anormal ». Michel Foucault l'explique d'ailleurs très bien « *le pouvoir de normalisation qui tend [...] à transformer aussi bien le pouvoir judiciaire que le savoir psychiatrique, à se constituer comme instance de contrôle de l'anormal* » (Foucault, 1999, p39). Le pouvoir judiciaire et le savoir psychiatrique sont ainsi utilisés pour avoir un certain contrôle sur l'anormal. On peut toujours le comparer de nos jours avec le développement plus poussé du savoir psychiatrique ainsi que la création des soins sans consentement.

En plus de cette notion de pouvoir, un autre concept est abordé, celui de la marginalisation. Le pouvoir exercé entraînant à la fois cette normalisation et ainsi une marginalisation, qui met à l'écart ces « anormaux » ou ces « fous ». Ce sont des mécanismes qui entraînent à la fois exclusion, exil et méconnaissance.

Michel Foucault compare ensuite le modèle de la Lèpre avec celle de la Peste. Il explique ainsi que ce dernier, contrairement au premier modèle abordé, est un modèle inclusif et non exclusif. En effet, dans le cas de la Peste, il s'agit de surveiller la population et de la garder en son centre en imposant une quarantaine (ce qui n'est pas sans rappeler la situation actuelle liée au COVID-19). Alors que pour la Lèpre au Moyen-Age, les personnes atteintes ont été exclues et mises à l'écart de la société. On passe donc d'une réaction négative avec le modèle de la Lèpre à une réaction positive comme pour la Peste. C'est un pouvoir qui agit par « *individualités différentielles* » (Foucault, 1999, p45). Chaque personne ayant sa propre individualité cependant si elle ne rentre pas dans les critères d'une certaine norme, elle se voit être considérée comme différente d'où ce terme employé par Foucault. Une autre idée évoquée par l'auteur c'est qu'être dans la norme, c'est avoir un peu de pouvoir « *La norme est porteuse d'une prétention de pouvoir* » (Foucault, 1999, p46). Derrière cette notion de normalisation est fortement intriquée la notion de pouvoir. Il introduit cette idée en se référant aux travaux de Canguilhem sur le Normal et le Pathologique où ce dernier explique que la normalisation touche toute la société : dans l'organisation des écoles qui représente l'éducation, de l'armée représentant le pouvoir militaire ou encore les hôpitaux pour la santé. La norme apporte aussi la notion de qualification et de correction. Elle n'a pas comme fonction l'exclusion ou le rejet comme la marginalisation même si celle-ci découle d'une normalisation. Il s'agit pour l'auteur d'une conception positive. Cependant si cette conception est positive, pourquoi est-ce que l'on voit de manière négative toute personne n'entrant pas dans une norme, et plus spécifiquement ceux qu'on appelle les « fous » ? Nous pouvons nous interroger sur l'écart empêchant les personnes atteintes de troubles psychiatriques d'atteindre ce concept de « normal ».

C'est de cette manière que Michel Foucault introduit la notion d'anomalie. Cette anomalie repose sur trois choses d'après l'auteur : « *le monstre humain* », « *l'individu à corriger* » et le « *masturbateur* » (Foucault, 1999, p51). Je ne développerai ici que la notion de monstre humain. Ce dernier est qualifié de cette manière car son existence renvoie à une forme d'infraction. En effet, il représente une violation à la fois des règles sociétales mais aussi des règles biologiques. Il est en dehors de ce qui est attendu d'un individu. Il est à la fois une infraction aux lois mais aussi un cas extrême car il n'est pas présent en majorité dans la société. Le monstre sera une « *différence, une infirmité, une déféctuosité* » (Foucault, 1999, p58). Du Moyen-âge au XVIIIe siècle ce monstre est mixte et peut avoir l'apparence d'un humain croisé avec un animal, de deux espèces croisées ou encore de deux corps croisés.

Le monstre peut être difforme : une personne qui n'a pas de bras ou pas de jambe. Cependant, cela ne suffit pas pour être catégorisé de monstruosité. A cela il faut rajouter une transgression de la loi qu'elle soit civile, religieuse ou divine. Il faut que ce désordre que représente la monstruosité « *bouscule le droit civique, le droit canonique et le droit religieux* » (Foucault, 1999, p59). A la Renaissance, ceux qui seront considérés comme des monstres sont les personnes siamoises (deux corps une tête, deux têtes et un corps). Alors qu'à l'Age classique se sont les hermaphrodites qui seront considérés comme des monstres. Puis au début du XIXe siècle, les monstruosité seront des « *bizareries, de mauvaises conformations, des bafouillages de la nature* » (Foucault, 1999, p67).

Le monstre combine « *l'interdit et l'impossible* » (Foucault, 1999, p57) en résultant de petites « *irrégularités* » de la nature. Ces irrégularités étant remises dans leur contexte, forment ainsi ce qu'il appelle des anomalies.

D'ailleurs, si l'on se réfère à la définition du petit Larousse en couleur de 1980, l'anomalie se définit comme étant « *Ce qui s'écarte de la norme, de la généralité* » et qui relève de « *l'irrégularité* » (Petit Larousse en couleur, 1980, p47). Ces anomalies s'inscrivent bien dans une forme d'anormale. Si l'on revient sur l'idée développée par Baillarger concernant les conduites involontaires, ce sont les écarts qui peuvent mettre en évidence les conduites comme étant des symptômes de la maladie mentale. Toute conduite est comparée à une norme. On va donc considérer l'écart avec la norme des conduites par rapport à des règles (administratives, familiales) soit sur une normativité sociale. C'est en prenant conscience de ces anomalies, de ces dysfonctionnements, de la mise en valeur de ces symptômes que le monstre ne sera plus vu tel quel mais comme un individu ayant des anomalies. L'individu possèdera un « *statut de dysfonctionnement pathologique par rapport au normal* » (Foucault, 1999, p151). Cela rejoint d'ailleurs l'idée de Falret où celui qui porte un état ne sera pas un individu normal. Ainsi, tout individu portant un état ne correspondant pas à la santé attendue diverge du normal.

Ce sont ces anomalies, qui créent ainsi ce danger qui peut émaner et ainsi faire peur. D'autant plus que leurs origines sont méconnues, pouvant davantage entraîner un sentiment de crainte de l'autre. Surtout lorsque la notion d'hérédité va prendre place dans les années 1850/1860 et où une forme de stigmatisation va se mettre en place car la descendance peut être atteinte de ce « *mal* » qui constitue la personne atteinte de troubles psychiatriques.

3.2.3. La stigmatisation des malades

Jusqu'à présent, nous avons pu voir que les personnes atteintes de « folie » ont pu être perçues comme des « monstres », des « masturbateurs », des « enfants », ou encore comme des « imbéciles ». Tous ces termes sont très stigmatisants pour la personne d'autant plus qu'encore aujourd'hui, la personne atteinte de maladie mentale ne possède pas une image des plus reluisante.

La stigmatisation n'est pas la même dans toutes les sociétés (quelque chose d'acceptable peut ne pas l'être pour une autre et vice versa). Cela varie également en fonction des époques.

C'est pour cela que les maladies ont souvent été l'origine de stigmatisation étant donné leur caractère dangereux pour l'homme. Malgré tout, la stigmatisation de la maladie mentale traverse les sociétés et les époques.

Il existe aussi une différence d'image projetée par les malades en fonction des pathologies. C'est ce qu'aborde Armel Rivallan, « *il vaut mieux être dépressif que schizophrène* » (Rivallan, 2011, p13). La notion de schizophrénie entraînant une notion de délire et ainsi toutes les représentations vues précédemment.

Jean-Yves Giordana donne la définition suivante de la stigmatisation « *c'est une attitude générale de l'ordre de l'injustice, du préjudice, induite par la méconnaissance d'une situation ou d'un état et qui va générer des comportements de rejet, de mise à l'écart et d'exclusion* » (Giordana, 2011, p14). La personne ne sera plus vue de la même manière par le reste de la société et sera traitée différemment dans des situations identiques. La stigmatisation a un impact sur la vie sociale et la vie quotidienne de cette personne. De nombreux obstacles peuvent se dresser face à elle de part cette volonté de mise à l'écart.

Une souffrance psychique va se faire ressentir à cause de cette discrimination, à tel point qu'on pourrait parler de « *seconde maladie* ».

Il y a 3 types de représentations d'après Jean-Yves Giordana :

- Des notions de violence et de dangerosité : c'est ce qui revient constamment dans les enquêtes.

- Une notion d'imprévisibilité, « *d'incapacité à se soumettre à des contraintes et aux exigences de la vie en société* » (Giordana, 2011, p15) avec également de l'irresponsabilité qui en découlerait (rejoignant l'idée de Morel sur les conduites involontaires entraînant cette imprévisibilité).
- Une perception infantile du monde, c'est une personne idiote.

On peut d'ailleurs lier ces différentes représentations des personnes atteintes de troubles psychiatriques, à l'évolution de la psychiatrie qui a elle-même attribué ces personnes comme étant dangereuses, imprévisibles ou infantiles. Ces représentations sont donc basées sur des idées véhiculées auparavant par la psychiatrie elle-même.

Ces représentations induisent ainsi différentes attitudes de la part des autres personnes de la société. C'est ainsi que cette peur de la dangerosité et de la violence de l'autre va conduire à une mise à l'écart, à une exclusion. La société va vouloir imposer des limites à ces personnes qui sont « *irresponsables* » et qui n'ont pas « *de convenances sociales* ». Alors que pour celles considérées comme plutôt infantiles, on va chercher à les protéger.

D'autant plus que pendant un certain temps, la méconnaissance aurait été l'origine de cette discrimination. Malgré une évolution des connaissances sur ces pathologies, les représentations de ces personnes (que cela soit en Europe et aux Etats-Unis) ne font qu'être de plus en plus négatives car elles incarnent le danger. L'un des points importants de l'origine de la stigmatisation est la différence. On en revient ainsi aux concepts développés par Michel Foucault sur les anomalies.

C'est donc un individu qui a une caractéristique particulière, qui ne répond pas aux normes de la société et se situe au-delà même de cette norme. Un processus de catégorisation se réalise en voulant classer cet individu par sa caractéristique qui le différencie des autres.

Cette différence, renvoie la société à quelque chose qu'elle ne supporte pas. Leur réaction sera donc de vouloir se protéger en rejetant, mais aussi en s'enfermant dans sa propre norme et en clivant. C'est ainsi que l'on est considéré comme normal ou fou. De nos jours, certains médias peuvent utiliser ce terme pour parler d'une personne atteinte de schizophrénie. Cette idée est donc véhiculée de différentes manières (télévision, portable, ordinateurs etc..) et une personne « folle » sera donc ainsi une personne ayant des troubles psychiatriques.

L'international study of discrimination and stigma outcomes, qui est une étude soumettant 732 personnes atteintes de schizophrénie à un questionnaire, a révélé que toutes les personnes ayant rempli ce questionnaire ont été victimes de discrimination dans divers domaines, que cela soit pour développer des amitiés, maintenir des relations familiales avec leurs proches ou encore trouver du travail. Cette étude a également mise en évidence que les personnes qui souffrent de troubles psychiques ressentent cette stigmatisation comme légitime.

Jean-Yves Giordana l'explique de cette manière : « *L'auto-stigmatisation est décrite comme un auto-discrédit des individus par l'internalisation de stéréotypes négatifs* » (Giordana, 2011, p16). Cette stigmatisation a un impact sur les personnes qui en sont atteintes. Leur propre image d'elles-mêmes se retrouve modifiée de part cette stigmatisation. C'est de cette manière que la théorie de l'étiquetage prend place. Cette dernière permet de mettre en évidence que la personne atteinte de troubles psychiques a tendance à accepter cette étiquette qu'on lui donne et va ainsi agir en conséquence. Cette auto-stigmatisation représente une entrave pour ces personnes qui pourraient ainsi moins adhérer aux traitements qui leurs sont administrés. En effet, ces individus présentent une certaine perte de motivation pour rechercher de l'aide. Le patient aura certainement des problèmes d'observance et d'adhésion aux thérapeutiques. Cette stigmatisation a un impact également sur la prise en charge des patients. Les soignants ont donc aussi un rôle à jouer. On pourrait penser que le soignant doit arriver à se détacher de la maladie, à la prendre en compte mais tout en intégrant la différence du patient afin de pouvoir se mettre au même niveau que lui. Le soignant prend en charge le patient de manière globale, pas uniquement sa maladie, car il existe aussi autrement qu'au travers sa maladie. Là est la difficulté de la prise en charge de ces patients.

Lacan ne voit cependant pas cela comme quelque chose de négatif puisqu'il explique que la stigmatisation permet de préserver la « *singularité* » et « *l'altérité* » de la personne (Jouffret, 2011, p20). De plus pour Erving Goffman, cela « *n'est pas possible de ne pas stigmatiser* » (Jouffret, 2011, p20). En effet, pour Goffman, c'est cette stigmatisation qui va permettre à l'individu de se faire une place dans la société. Cela lui permet d'être à la fois reconnu par la société grâce à la présence de sa différence mais aussi de pouvoir exister et vivre dans cette société. Ce sont l'évolution du monde sociale et l'arrivée des droits de l'homme qui ont poussé à interpréter autrement la différence et essayer de l'inclure en modifiant leur image de personne déviante en personne avec une variation.

La stigmatisation prend ses racines dans le social et le culturel. Le stigmate va se constituer d'un « *indicateur d'identité investi des valeurs sociales portées par le groupe social* » (Miranda, 2011, p23). Il représente ce qui va à l'inverse des valeurs prônées par un groupe social. Cette stigmatisation se base sur les stéréotypes qui jouent un rôle dans « *la structuration et la cohésion de la société* ». Ils permettent de construire une normalité renforçant un sentiment de sécurité du groupe.

Les stéréotypes ne sont pas les seuls à influencer dans cette stigmatisation, des mécanismes permanents s'y trouvent aussi comme la peur, la régulation du sociale et l'étrangeté.

La peur de la violence, de l'agression par une personne atteinte d'une maladie mentale est développée par ce que projette les médias. Toute personne ayant une maladie mentale est, pour les médias, un potentiel danger pour la société. C'est l'idée qu'ils cherchent à véhiculer.

La forme d'étrangeté également avec des comportements qui ne correspondent pas à ceux que le groupe attend, des valeurs décalées aux leurs, entraînent un sentiment de danger envers la société. Ce rejet de la personne par le groupe permet une « régulation » du groupe. Cette régulation peut être visible y compris dans le milieu hospitalier comme dans certains services qui utilisent des bracelets d'hospitalisation de différentes couleurs suivant si la personne est potentiellement « vulnérable » ou non. Cependant, cette définition de vulnérabilité est très vague et les seules personnes considérées comme « vulnérables » semblent être des personnes atteintes de troubles psychiatriques ou de démences. Une personne ayant un traumatisme crânien et étant encore en état de choc avec la présence d'un état confusionnel, ne sera étrangement pas considérée comme « vulnérable ». Ce bracelet, de couleur rouge d'autant plus, une couleur qui rappelle le danger, fait office de stigmate physique pour ces patients. D'après les soignants, ce bracelet sert à alerter les autres soignants de l'état de « vulnérabilité » du patient afin d'être « *davantage préparé* » et d'avoir une meilleure « *surveillance* » de ces patients. Cela peut être considéré comme un moyen de régulation, une forme de catégorisation encore une fois, où les personnes sont mises dans différentes cases suivant leurs antécédents. Une personne se présentant pour une dyspnée importante mais ayant comme antécédent une bipolarité traitée et stable au moment de l'hospitalisation aura le droit au bracelet rouge. Cela remet donc en question cette « vulnérabilité » évoquée pour utiliser ce bracelet. Toute personne se présentant dans le milieu hospitalier présente une vulnérabilité du fait d'une maladie. Cependant, on peut quand même constater qu'elle n'est reliée uniquement qu'aux maladies psychiatriques et aux démences.

Cela paraît compliqué de changer l'image d'un « fou » à cause de l'environnement à la fois précaire des populations et dont l'avenir économique est incertain. Malgré tout, on pourrait s'appuyer sur cet environnement pour modifier ces représentations.

Pour Bernadette Miranda, il serait important de viser d'abord les établissements de soins en commençant par les soignants et en changeant leur vision à eux en premier. Une certaine uniformisation de l'hôpital s'est faite et une « banalisation » des interactions avec les patients s'est également installée à cause des conditions de travail et de la routine qui s'installe.

Toutes les réformes apportées transforment le « *paysage de la santé mentale et mettent à mal les certitudes et les indicateurs identitaires de ces personnels soignants* » (Miranda, 2011, p24).

Bertrand Quentin évoque une idée très intéressante, il aborde la différence en expliquant que « *La réflexion philosophique amène à penser que chaque être humain est différent et que la différence se rapporte au regard de l'autre* ». C'est le regard de l'autre qui évalue et permet de mettre en évidence une différence. L'identité n'est donc pas une réalité objective. Cette identité se bâtit sur le regard que l'on porte sur les autres et donc sur soi-même.

Stigmatiser, ce serait se mettre en valeur par rapport à un autre en appuyant et en exploitant son défaut.

Dans la stigmatisation de la psychiatrie, on met en exergue la différence de l'autre pour lui refuser une inclusion dans la société. La personne atteinte d'un handicap psychique renvoie cette image d'imperfection aux autres alors même que l'on cherche à ne pas penser à ces petites « déficiences » ou « anomalies » qui nous traversent tous.

Cette imperfection permet également de nous rassurer en nous disant que nous avons la chance de ne pas avoir ce genre de déficit. Bertrand Quentin cite d'ailleurs Simone Korff-Sausse : « *Le vrai problème n'est pas la différence, mais la ressemblance (...). S'il me ressemble, il est un miroir dans lequel je risque de reconnaître une part de moi-même que je n'admets pas, voire qui me fait horreur. Plutôt que de revendiquer le droit à la différence, il est donc beaucoup plus dérangeant de réclamer le droit à la ressemblance* » (Quentin, 2011, p28).

La maladie mentale rend la personne identifiable car on peut la voir, on peut ainsi le stigmatiser et marquer cette personne au fer rouge. C'est une personne qui peut être considérée comme « mauvaise » car elle est « néfaste » pour la société étant donné son potentiel de dangerosité. La santé est devenue elle-même une norme sociale de nos jours où on nous répète les choses à faire et à ne pas faire pour être en bonne santé afin de « *ne pas se nuire et, surtout, ne pas menacer les autres* » (Marin, 2015, p105).

Ces personnes sont condamnées, par cette marque au fer rouge, par ce stigmate, à être réduites à l'état de malade, elles existent à travers leur maladie. Tout est une question de perception mais aussi de notre propre regard. Je termine cette partie sur les représentations en citant Patrick Touzet reprenant cette idée « *La maladie mentale marque le sujet dans son corps et dans son âme* » (Touzet, 2011, p30). En plus de toucher à l'identité de l'individu, la maladie touche le sujet à la fois sur son enveloppe physique mais également de manière plus profonde, dans son âme. Cependant, cette idée peut tout à fait être mise en tension avec les idées développées par Jung. En effet, ce dernier aborde le Moi, qui est l'identité construite par la personne et qui est modelé par les parents, c'est le personnage que l'on se crée pour nous même. Et il fait également intervenir le Soi, qui lui correspond à l'âme.

Ainsi, lorsque la maladie se déclare, cela serait davantage la personne que l'on a construite pendant toutes ces années qui serait touchée et non pas le Soi, qui correspond à notre âme. En oubliant la personne, l'âme qui se cache derrière la maladie, on viendrait ainsi à enfermer cette personne dans la maladie, la folie.

3.3. LA RELATION SOIGNANT / SOIGNE

3.3.1. Perception de la maladie dans une approche globale

La maladie déstabilise la personne qui souffre sur différents plans, que cela soit au niveau social mais aussi au niveau de l'intime. Claire Marin parle d'un équilibre psychique déstabilisé par l'arrivée de cette maladie. Elle évoque dans son ouvrage *Violence de la Maladie, Violence de la vie* (2015) que « *le médecin néglige trop souvent le fait que la maladie déborde la pathologie, qu'elle empiète sur les domaines du social, de l'intime qu'elle déstabilise l'équilibre psychique* ». (Marin, 2015, p15). Le patient passe au second plan et on se focalise principalement sur la maladie. Cette dernière va mettre « *en jeu l'identité de la personne* » (Marin, 2015, p16) à la fois sur son physique, sur l'apparence qui lui est reflétée mais aussi au niveau de ses activités, de ce que la personne peut réaliser dans sa vie quotidienne, tout en étant intriquée avec son rapport aux autres. L'identification de la personne étant bouleversée et la seule image qui lui est renvoyée est cette maladie présente dans son corps. Le sujet perd sa familiarité avec son propre corps.

Il y a également le mécanisme d'autodépréciation du patient qui intervient avec la stigmatisation. Tout cela entraîne une souffrance, une douleur qui va ainsi diviser et briser le sujet alors même que son identité implose aussi. L'unité entre psychisme et corps est déstabilisée. Ces personnes peuvent alors avoir l'impression que leurs pensées ne sont plus les leurs et appartiennent à un autre. Cette perte identitaire entraîne le malade à douter de son existence.

De plus, aucune personne n'est prête à se voir être malade. Il y a quelque chose d'insupportable dans la maladie, notamment son issue. Soit on réussit à combattre la maladie, c'est la guérison, soit une issue plus fatale peut survenir comme la mort.

Cependant, la société n'accepte le malade que lorsqu'il y a une guérison, « *un bon malade est un malade qui guérit* ». (Marin, 2015, p36). On ne veut pas voir des personnes qui ne guérissent pas ou des personnes qui meurent face à une médecine qui se trouve être totalement impuissante face à une maladie. Claire Marin explique que l'on condamne ces personnes qui souffrent sans parvenir à surmonter cette maladie, « *comme si en faire des victimes sacrificielles nous mettait à l'abri d'un mauvais sort* » ainsi « *le malade est coupable d'être malade* » (Marin, 2015, p37). Il y a une sorte d'injustice puisque personne ne demande à tomber malade et cependant, lorsqu'elles sont malades et ne parviennent pas à en guérir, c'est comme si ces personnes avaient désiré finir de cette manière.

De plus, dans la maladie psychiatrique, il n'y a pas réellement de guérison. Être atteint de troubles psychiatriques comme la bipolarité ou encore la schizophrénie, entraîne une chronicité de la maladie. Il faut donc vivre avec. A cela s'ajoute que la maladie peut s'accompagner d'une perte d'autonomie et de l'installation d'une dépendance. On peut se demander si au final, la maladie psychiatrique est perçue de la même manière que la maladie d'origine fonctionnelle. Car, ce qui fait le plus peur dans la maladie fonctionnelle, c'est la mort. Or dans la maladie psychiatrique, ce n'est pas de la mort dont on a le plus peur mais de la folie ou du délire. On a pu voir précédemment que la folie incarnait pour la société le danger, la peur, l'exclusion. La peur de l'exclusion étant présente pour toute maladie (qu'elle soit fonctionnelle ou non). Les malades souffrent d'un isolement, d'un renfermement sur eux avec cette maladie qui leur tient toujours compagnie et qui prend de plus en plus de place en eux. D'autant plus que la stigmatisation présente sur les malades atteints de troubles psychiatriques les isole davantage du monde social que des personnes atteintes de cancer. La souffrance est alors démultipliée.

C'est aussi pour cela que le soin relationnel est très important dans la prise en charge de ces patients.

Il est important de les remettre au centre de cette prise en charge et qu'elle soit à la fois adaptée et individualisée pour chacun d'eux.

Comme je l'ai abordé précédemment, la maladie et plus précisément, la maladie mentale, a quelque chose d'insupportable. La société ne veut pas voir cette insupportabilité, « *la société exige du malade qu'il dissimule sa douleur et sa dévastation* » (Marin, 2015, p20). On a pu voir précédemment, que la maladie mentale a été considérée comme un état d'aliénation par le passé, et où on a préféré les enfermer dans des asiles, en dehors du reste de la société afin de les cacher. La maladie prenant ainsi de plus en plus de place, cette nouvelle identité se construisant en même temps que progresse ce « mal » en lui, on se demande ainsi si le malade ne perd pas sa place de sujet au sein de lui-même.

Dans la maladie psychiatrique, la maladie elle-même désorganise l'identité du patient. On le voit également pour les démences et les pathologies comme la maladie d'Alzheimer. La folie touche l'identité de la personne. Cette perte d'identité se retrouve dans la folie mais pas dans les pathologies fonctionnelles, qui elles présenteront plutôt une perte de l'équilibre psychique. Ses comportements changent, ses émotions changent aussi tout comme ses sentiments. Une vraie perte d'identité s'installe pour laisser place à un autre qui est gouverné par la maladie. Le malade va devenir la maladie. La maladie va être confirmée par le regard des autres à partir du moment où elle se manifeste chez le patient, lorsqu'elle se distingue de la personne. Ainsi le sujet deviendra la maladie et non plus la personne. Cette caractéristique, cette nouvelle identité va prendre toute la place. Dans la maladie psychiatrique, parfois, la première chose que l'on voit chez le patient c'est sa maladie. Il ne peut pas la cacher comme on peut cacher un cancer. C'est la première chose que l'on peut voir chez une personne.

La maladie s'inscrit dans quelque chose de négatif puisqu'elle est à l'opposition de la santé ou de ce qui peut être représenté comme une normalité. On retrouve encore une fois le concept de normalisation. La personne atteinte d'une maladie mentale aurait ainsi une double punition : celle d'avoir une maladie, et qui se trouve être dans le domaine de la psychiatrie.

La maladie est vue comme le drame d'une existence qui ne peut être évité. Elle est ainsi vue de manière négative et apparaissant comme contre nature, elle se voit être un drame dans la vie d'une personne. C'est un événement permanent auquel le sujet ne peut échapper ou ignorer. Quelque chose qui s'installe petit à petit dans sa vie.

La maladie est perçue telle qu'elle dans notre société et par extension, également par les soignants. Elle porte également son lot de représentations.

Tomber malade c'est aussi être poussé à ne pas oublier que l'on est mortel. C'est intégrer la possibilité d'une mort, d'une vulnérabilité, d'une perte de contact avec soi-même et avec les autres, c'est perdre son statut social en devenant handicapé. La maladie bouleverse tout sur son passage telle une tempête. D'après Claire Marin, Sénèque évoquait également que l'homme vit aussi en « *immalade* » (Marin, 2015, p24). Il n'ose penser à la maladie et y est forcé que lorsqu'elle est là.

Il n'y a pas que la maladie qui entraîne l'apparition de ces œillères que les hommes aiment tant porter, le vieillissement est également mal perçu pour les mêmes raisons. Le vieillissement fait peur car il mène tôt ou tard à la vulnérabilité, à la perte d'autonomie, à la souffrance ou encore à la mort.

Si l'on revient à ma situation de départ, les deux patientes que j'ai évoquées se trouvaient atteinte de démence et de bipolarité, mais elles avaient un point commun, toutes deux avaient également un âge avancé. Le vieillissement et la maladie sont signes de vulnérabilité et d'une atteinte de la vie de ces personnes. Nous pourrions voir cela comme une sorte de double stigmatisation. D'un côté se trouve la maladie psychiatrique et de l'autre le vieillissement pour former une personne qui se trouve être à l'opposé de ce dont la société est la plus fière. Ce mélange vieillissement et maladie psychiatrique peut influencer sur la prise en charge des patients. Claire Marin rappelle également que la maladie souligne aussi le fait que l'on soit vivant. Cette dernière est vécue comme une honte de part cette vulnérabilité qui s'installe, le sentiment de perdre contrôle et pouvoir sur son propre corps : « *La maladie est l'humiliation de l'homme à terre devant l'homme debout* » (Marin, 2015, p24). En impactant ce contrôle, c'est indirectement qu'elle impact également sur le sentiment de liberté de l'être humain.

L'auteure aborde cette souffrance qui prend de l'ampleur et qui petit à petit révèle une géographie nouvelle du corps qui se manifeste en fonction des points de douleur liés à la maladie. Il y a une « *nouvelle répartition de la sensibilité* » (Marin, 2015, p45). Cependant, cette carte des souffrances se manifeste surtout pour les patients atteints de troubles fonctionnels.

Mais qu'en est-il des patients atteints de maladies psychiatriques dont l'origine fonctionnelle n'est pas démontrée et où tout se déroule dans le psychisme de la personne ?

Cette souffrance n'est pas la souffrance d'un organe malade mais plutôt d'un esprit malade. Il n'y a pas de point de repère, complexifiant la prise en charge.

On parle de distinction du corps à l'esprit quand la maladie touche un organe, mais on ne peut pas faire de distinction avec l'esprit quand l'origine de la maladie mentale est inconnue et n'a pas de point physique. Cette distinction se répercutant dans leur identité la plus profonde à tel point qu'ils ont l'impression d'être spectateurs d'une vie qui ne leur appartient pas. Michaux a ainsi expliqué que la maladie mentale consiste en l'expérience d'une « *dépossession métaphysique* » (Marin, 2015, p65). Il est difficile pour une personne de comprendre et de se projeter dans la peau d'un patient atteint de troubles psychiatriques. Il paraît ainsi tout à fait étrange et difficilement imaginable de se retrouver étranger dans notre propre corps comme peuvent le ressentir ces patients. Je pense que c'est la raison principale pour laquelle, il est difficile pour les soignants de prendre en charge des patients atteints de troubles psychiatriques. La difficulté à se mettre à leur place, et aussi ce qu'ils renvoient, est dure à voir et à intégrer pour toute personne. Un travail doit se faire derrière pour essayer de comprendre et d'intégrer ce que cette personne nous renvoie afin de pouvoir prendre en charge la personne en prenant bien en compte son identité et non pas que la maladie.

Si on transfère tout cela au domaine de la prise en charge des soignants, il faudrait qu'ils arrivent à se détacher de tous ces éléments pour avoir une prise en charge adéquate. Cependant, nous allons voir qu'il y a de nombreux aspects à développer dans cette relation si complexe.

3.3.2. La place de la relation dans la prise en charge

Les soignants font face à de multiples transferts et contre-transferts lors de leurs pratiques. Le contre transfert impactant de manière inconsciente la relation soignant/soigné. Dans le transfert, il y a une forme de déplacement d'un objet, d'une personne ou d'une situation, dans un autre équivalent qui servira de substitutif. Il peut s'agir de l'apparition d'une réaction ou d'une émotion qui survient de manière plus ou moins inconsciente suite à un processus d'identification envers quelque chose de familier survenu dans l'enfance. Depuis notre enfance, nous développons des images, des représentations de chaque chose.

Ainsi, chaque personne va développer ses relations en fonction de ces images établies dans l'enfance et le transférer involontairement dans leurs relations. Le contre-transfert va être la réponse du transfert renvoyé par la personne.

Dans la relation soignant-soigné, le soignant fait face à des contre-transferts qui peuvent jouer avec ses affects, ses émotions. Ces dernières peuvent venir impacter la relation thérapeutique et empêcher la création d'une alliance thérapeutique. Or, un soignant sans contre-transfert, serait d'une certaine manière neutre, n'éprouvant aucun sentiment pour son patient, ce qui est impossible. Les émotions sont ancrées dans les relations y compris la relation soignant-soigné. Elles ont leur importance dans cette relation qui se construit. Sans elle, la communication serait plus difficile. Il est important pour le soignant de reconnaître ses propres émotions mais aussi celle des autres. L'empathie dont on parle souvent est au centre de cette relation de soins que développe le soignant. Elle permet d'être à l'écoute du patient, de comprendre son ressenti mais tout en gardant une certaine objectivité de la pensée. Elle permet de développer une relation de confiance en instaurant un climat de compréhension. Pour beaucoup, l'empathie c'est savoir se mettre à la place de l'autre afin de comprendre ce qu'il peut éprouver. C'est se départir de ses propres représentations afin de pouvoir comprendre l'autre.

Olivier Douville aborde le fait que les représentations permettent de « *pallier ce vide représentatif autour d'une énigme clinique et existentielle* » (Douville, 2007, p26). C'est tout à fait transférable dans la maladie psychiatrique puisqu'on ne connaît pas la plupart du temps l'origine des pathologies. Nous avons également pu voir qu'une certaine méconnaissance s'était également créée sur le sujet. On pourrait se demander, si les soignants travaillant dans des établissements de soins généraux, ont un manque de connaissance à ce sujet et pallient ce manque de connaissances en utilisant les représentations de la société. Les soignants se baseraient alors sur les représentations véhiculées de manière générale dans la société occidentale qu'on a pu aborder précédemment. Puisque la personne est « folle » ou « démente », elle n'est pas à même de comprendre le discours du soignant.

Douville aborde également la notion de représentations défensives qui se mettent en place chez les soignants, ce sont des représentations « *causales* » qui permettent de restaurer un imaginaire : « *ces représentations défensives visent à produire des unités de sens offrant une rationalisation permettant aux soignants de mieux vivre des mises en relation avec les patients* ». Ces représentations sont un moyen de défense pour les soignants, qui leur permettent de mieux vivre leur relation avec le patient en y mettant de la rationalité là où ils n'en trouvent

pas. La maladie a besoin d'avoir un sens, et il se doit d'être clair. Or il est difficile de mettre un sens dans la pathologie psychiatrique. Peut-être est-ce une des raisons pour laquelle il est si difficile pour les soignants de s'identifier ?

Cette peur de l'inconnu, de ce sujet, qui n'a pas de sens pour eux et envers lequel ils ne pourront apporter de réponses satisfaisantes et devront pallier ses besoins. Cette perte d'identité que subit le patient, cette déstructuration d'eux-mêmes, les représentations entraînant une stigmatisation avec une marginalisation, tout cela empêche le soignant de s'identifier en eux. Le soignant ne se retrouve pas dans le vécu du patient. Il n'arrive pas à se mettre à la place du soigné, pas par manque d'empathie mais plutôt par manque de compréhension et de rationalisation. Peut-être qu'il est plus difficile d'avoir de l'empathie envers ces patients si on ne se retrouve pas en eux. Ou à l'inverse, peut être éprouvent-ils trop d'empathie au point que la prise en charge devient complexe ?

Lorsque qu'un patient se retrouve dans un établissement de soins généraux, c'est pour un problème fonctionnel. Le soignant a donc quelque chose sur lequel se raccrocher, une familiarité qu'il retrouve dans cette prise en charge. Il peut gérer en premier la maladie d'origine fonctionnel et met de côté la maladie d'origine psychiatrique afin de se focaliser sur sa spécialité. D'une certaine manière, il met de côté l'une des identités du patient créée par la maladie afin de pouvoir prendre en charge uniquement le coté fonctionnel.

En plus de cette rationalisation, la médecine se technicise de plus en plus. Ce sont davantage les résultats qui comptent dans la société actuelle. Le soignant aujourd'hui, chercherait davantage un résultat pour le patient. Or lorsqu'il n'atteint pas le résultat escompté, il se considère en situation d'échec. Pour Claire Marin, il s'agirait davantage d'une attente du patient envers son guérisseur : « *le besoin thérapeutique fait surgir une tension existentielle entre un individu et un autre* » (Marin, 2015, p119). Or cette tension, cet affect, ont tendance à être exclus et mis de côté notamment dans la médecine occidentale afin de se focaliser sur la partie technique ce qui d'après l'auteure « *frustre sans doute le patient* ». Cette mise à l'écart entraîne une distance entre le soignant et le soigné. Le soignant étant protégé de ces possibles affects alors que le soigné se retrouve frustré par le manque de « *compassion* ». Mais justement en voulant techniciser cette relation, trouver un sens, d'une certaine manière c'est aussi ne plus prendre en compte et écouter la souffrance éprouvée par le soigné. Elle explique également que « *dans la représentation occidentale, la maladie s'inscrit dans le cadre d'une médecine rationalisée, qui se focalise d'abord sur le corps, assimilé à une chose* » (Marin, 2015, p113).

Or la maladie mentale est désolidarisée du corps de la personne puis que le « mal » ne se trouve pas être présent physiquement. Complexifiant ainsi la prise en charge.

Le côté technique prendrait ainsi le pas sur le soin relationnel qui est grandement important dans la maladie psychiatrique. Cela pourrait donc expliquer pourquoi la prise en charge de nos jours est complexe, avec une médecine occidentale qui se technicise de plus en plus en abandonnant le côté relationnel des soins pour plus de rendement. Car dans notre société, l'aspect financier est important y compris dans le domaine de la santé.

Ainsi, cette part psychologique de la maladie, qui est mise de côté de par le peu de développement de soin relationnelle, devrait davantage être reconnue, non pas comme un symptôme mais comme une souffrance. Claire Marin le décrit d'ailleurs très bien « *il faudrait pour cela reconnaître cet aspect psychologique comme une part de la souffrance et non comme un simple signe, comme symptôme ou comme confirmation* » (Marin, 2015, p120). Si le soigné est triste, il faudrait le reconnaître en tant que tel et non pas l'attribuer à sa pathologie. S'il est atteint d'une dépression, ne pas renvoyer ces signes simplement parce qu'ils sont liés à la pathologie de la personne mais les penser, les réfléchir pour y mettre un sens avec le soigné.

Si l'on reprend ma situation d'appel, chaque soignant qui est intervenu dans la prise en charge de la patiente atteinte de troubles bipolaires a classé sa détresse psychologique comme simple symptôme de sa maladie. Symptôme qui finirait par se dissiper et n'être qu'un « *mauvais passage* ».

Pour Claire Marin, « *l'accueil de la plainte reste l'un des enjeux de la relation thérapeutique aujourd'hui* » (Marin, 2015, p125). Car même lorsque la médecine tente du mieux qu'elle peut pour résoudre la douleur des patients, il est difficile d'atteindre la souffrance ressentie par le patient. Il est plus facile de soulager la douleur d'une personne avec une fracture plutôt que de soulager la souffrance ressentie par chaque personne atteinte d'une maladie (qu'elle soit psychiatrique ou non). C'est pour cette raison qu'il est important de savoir écouter et entendre cette plainte du patient. Et pourtant, elle n'est guère réalisée. Cette plainte peut ne pas vouloir être entendue par les soignants car elle pourrait les atteindre plus intimement créant des émotions fortes et bouleversant encore une fois leurs affects. Car après tout, les soignants travaillent dans ce contexte mêlant violence de la maladie, souffrance et mort. Cela amène ainsi des émotions qui peuvent être redoutées par les soignants comme une angoisse, de l'impuissance, ou encore un sentiment d'inutilité. Peut-être se sentent-ils renvoyés à leurs

propres limites ? Eux-mêmes peuvent finir « brulés » en développant une relation trop profonde avec un patient, en développant trop d'empathie.

Peut-être les soignants ne veulent-ils pas se lancer dans une relation où avoir de l'empathie ou de la compassion est déjà compliquée du fait du manque d'identification dans la souffrance de l'autre ? Peut-être que cela leur coûterait trop d'énergie ? Comment se soustraire de ces appréhensions qui peuvent être entraînées par des représentations ? Claire Marin se demande aussi « *Comment entendre la douleur de l'autre sans que ce rapport d'empathie ne soit pas trop corrosif pour le soignant ?* » (Marin, 2015, p125). On pourrait parler de la « juste distance » également. Mais qu'est-elle vraiment ?

D'après l'auteur, la philosophie permettrait de travailler sur les représentations des soignants, mais aussi sur une réinscription de son identité, le travail de son image et de son estime ainsi qu'une revalorisation de son existence. Olivier Douville, lui, explique que c'est avec la relation de soin que le soignant « *donne un surcroît d'identité au patient* » (Douville, 200, p32). Cette identité perdue, déséquilibrée et bouleversée lorsque la maladie est apparue. C'est cette relation de soins qui peut faire changer les représentations des soignants ainsi que leur pratique.

4. L'ENQUETE EXPLORATOIRE

4.1. LA METHODE EXPLORATOIRE

La méthode de recherche que j'ai utilisée pour mon mémoire est une méthode clinique car je pars d'une situation de départ avec laquelle je vais entreprendre un questionnement en élaborant un cadre de référence, avant d'aller sur le terrain pour rencontrer des professionnels de santé et réaliser ainsi des entretiens.

Le but de cette méthode est de « *travailler à la construction d'un sens avec un individu ou un groupe d'individus sur un projet de santé ou un projet de vie* ». Je vais donc me rendre sur le terrain et recueillir des données renseignées par des professionnels de santé. Ces données vont me servir pour réaliser ensuite une analyse basée sur les différents thèmes abordés dans mon cadre de référence. Pour réaliser cette analyse, j'ai élaboré une grille d'analyse dans laquelle j'ai regroupé les principaux thèmes abordés dans mon cadre de référence ainsi que dans les entretiens que j'ai réalisés (Cf Annexe 5).

En ce qui concerne les entretiens que j'ai réalisés auprès des professionnels de santé, mon but était de recueillir leurs expériences durant leur carrière de prises en charge de patients atteints de troubles psychiatriques. Mon objectif était au départ de voir s'il y avait une corrélation entre les représentations des soignants et la manière dont ils prenaient en charge ces patients. Je voulais ainsi savoir s'il y avait une différence de prise en charge avec les patients qui ne sont pas atteints de troubles psychiatriques et ceux qui le sont. C'est pour cela que j'ai décidé de réaliser des entretiens semi-directifs avec une question principale, dans ce cas, j'ai demandé à tous les soignants de me raconter une situation de prise en charge d'un patient atteint de troubles psychiatriques. Suivant leur récit et ce qu'ils me disaient, j'ai pu adapter et formuler de nouvelles questions. J'avais également ajouté dans mon questionnaire, des questions de relance qui me semblaient intéressantes à leur poser pour mon étude. Je leur demandais donc quelques questions sur leur situation, mais aussi des questions qui portent un peu plus sur leur savoir, ou l'idée qu'ils se font de la psychiatrie et des patients.

Le questionnaire que j'ai élaboré comporte donc un total de 11 questions dont des questions de présentation et une question de clôture. (Cf Annexe 2).

Les soignants que j'ai rencontrés pour réaliser mes entretiens étaient des soignants travaillant soit dans le milieu hospitalier, dans un hôpital général, soit dans des lieux de vie. Je n'ai pas choisi le milieu psychiatrique car pour moi il s'agissait surtout de voir si la prise en charge de ces patients étaient différentes des autres, malgré le fait qu'ils aient, à un passage de leur vie, une pathologie d'ordre fonctionnel, les amenant à être hospitalisés dans un milieu de soins généraux. Mais aussi de voir si, dans les lieux de vie, des écarts se creusent également entre leur prise en charge et celle des autres patients. Je voulais ainsi voir et analyser les dires des infirmiers qui n'étaient pas spécialisés dans la prise en charge de patients atteints de troubles psychiatriques.

Je voulais faire un maximum d'entretiens afin de récolter le plus possible de données. La limite étant de 6 entretiens pour un mémoire, j'ai donc décidé de réaliser au moins 6 entretiens avec des infirmiers. J'étais partie sur l'idée de réaliser 3 entretiens auprès d'infirmiers travaillant en soins généraux et 3 infirmiers travaillant en lieux de vie. Il a donc ensuite fallu que je choisisse les services dans lesquels je voulais réaliser un entretien. J'ai choisi l'hôpital le plus proche géographiquement pour moi mais aussi certainement, l'un des plus simples pour obtenir des entretiens assez rapidement avec des infirmiers car il est en partenariat avec l'école dans laquelle je suis. J'ai donc consulté la liste des services de cet hôpital, et j'ai choisi les 3 services suivants : la rééducation fonctionnelle, le service de gynécologie ainsi qu'un service d'oncologie. J'ai choisi la rééducation fonctionnelle car il s'agit d'un service qui s'occupe principalement de la rééducation suite à une chirurgie. Je voulais également un service de médecine spécialisé (en évitant les services dans lesquels je me suis déjà rendue en stage précédemment) j'ai donc choisi celui de gynécologie. En ce qui concerne l'oncologie, j'ai pensé que cela pouvait être intéressant de voir la manière dont les infirmiers gèrent à la fois le côté oncologique avec cette maladie qu'est le cancer et qui fait lui-même face à des représentations, et le côté psychiatrique. Comment la prise en charge était adaptée sur les deux plans. J'ai d'ailleurs pu réaliser un entretien non pas avec 1 mais 2 infirmières en service d'oncologie. Après m'être décidée, j'ai donc envoyé une lettre de demande ainsi que mon guide d'entretiens au secrétariat de la direction des soins de l'hôpital pour ma demande d'entretiens. J'ai eu une réponse favorable dans les 2 semaines qui ont suivi pour les 3 services que j'avais demandés (Cf Annexe 3).

J'ai pu ainsi prendre contact avec chacune des cadres des services pour que nous puissions nous mettre d'accord sur une date. Cependant, la cadre de gynécologie m'a demandé que j'envoie ma grille d'entretien en amont, pour que l'infirmière qui sera présente ce jour-là ait déjà pris connaissance des questions et puisse y répondre de manière rapide. La crise sanitaire liée au COVID-19 n'a en rien modifié quoi que ce soit au niveau de mes entretiens dans le milieu hospitalier. Cependant, voulant réaliser également des entretiens dans des lieux de vie, je savais déjà que cela allait s'avérer plus compliqué de trouver des entretiens auprès d'EHPAD. J'ai donc dans un premier temps contacté un EHPAD dans lequel j'avais travaillé et réalisé un stage 2 ans auparavant car la direction me connaissait déjà. J'ai quand même eu beaucoup de mal à les contacter. J'ai passé plusieurs appels sur toute une semaine pour essayer d'avoir la cadre mais je n'ai jamais pu l'avoir, d'autant plus que je ne pouvais pas me rendre sur place du fait de la situation sanitaire. J'ai quand même réussi à avoir son adresse mail et j'ai donc envoyé une lettre de demande d'entretiens ainsi que mon guide d'entretiens. J'ai enfin réussi à avoir une réponse une semaine plus tard et j'ai donc pu avoir mes entretiens avec deux infirmières la semaine qui a suivi. En parallèle, j'avais également contacté un autre EHPAD qui avait déjà accepté d'autres étudiants infirmiers pour des entretiens. Cependant, pour les 2 EHPAD je n'ai pas eu de confirmation écrite pour la réalisation des entretiens (Cf Annexe 3). Ainsi j'ai réalisé tous mes entretiens infirmiers en deux semaines.

Lors de la réalisation de ces entretiens, j'ai pu faire face à quelques biais. Déjà, comme évoqué auparavant, la situation de la crise sanitaire n'a pas aidé en ce qui concerne la rapidité des entretiens. De plus, le fait d'avoir communiqué ma grille d'entretien à une infirmière avant même de pouvoir réaliser l'entretien a pu être à la fois une bonne et une mauvaise chose. Bonne, car l'infirmière peut réfléchir à l'avance à une situation qu'elle a vécu afin de bien s'en rappeler, mais aussi mauvaise car elle peut faire des recherches en amont notamment sur les questions qui reposent sur ces idées à elle de la psychiatrie. On perd en sincérité au niveau des réponses puisqu'elles ne sont plus dans l'instantané et qu'elles auront déjà été réfléchies en amont. Aussi, j'ai donc pu réaliser au total 2 entretiens qui se sont déroulés avec 2 infirmières en même temps. Le premier s'est réalisé avec les deux infirmières de l'EHPAD ensemble, car elles avaient oublié que je passais ce jour-là pour l'entretien, et elles n'ont pas pu s'organiser pour le faire chacune à leur tour. Pour le deuxième entretien dans le service d'oncologie, je n'avais pas prévu de le réaliser avec deux infirmières.

Cela génère à la fois des avantages mais aussi des inconvénients. Elles peuvent se compléter dans leurs réponses, apporter des éléments plus précis suggérés par le discours de l'autre. Mais elles peuvent aussi ne pas partager certaines idées auxquelles elles pensent parce que justement, une collègue est présente à cet instant. Elles peuvent également se couper la parole ou couper les idées de l'une, ce qui a d'ailleurs été le cas pendant mes entretiens. De plus, certains entretiens n'ont pas été réalisés dans des endroits isolés. L'entretien que j'ai réalisé dans l'EHPAD que je connaissais, s'est réalisé dans un coin d'une salle où les soignants passaient un peu plus loin. Lorsque j'ai réalisé l'entretien je n'ai pas eu de problème pour entendre ce qui m'était dit, cependant lorsque j'ai retranscrit, certains mots des infirmières étaient totalement incompréhensibles du fait du bruit environnant et parasitant mon enregistrement. Je n'ai donc pas pu retranscrire certains de leurs mots du fait de la qualité de l'audio avec lequel j'ai travaillé. J'ai également réalisé l'entretien avec l'infirmière de rééducation fonctionnelle dans une salle de soins, avec tous les soignants (infirmiers et aides-soignants) qui travaillaient autour et avec les sonnettes des chambres qui retentissaient. Cela a pu avoir un impact à la fois sur les réponses de l'infirmière, le fait de ne pas être assez confortable pour parler de certaines choses, de ses idées, alors que ses collègues sont autour. Mais tout comme pour l'entretien dont je parlais précédemment, mon enregistrement audio a également enregistré tous les bruits environnants donc certains mots de l'infirmière ont été impossibles à comprendre lors de la retranscription (d'autant plus qu'une soignante a posé un classeur sur mon enregistreur à un moment, étouffant ainsi le son). Malgré tout cela, j'ai pu retranscrire la grande majorité de chacun de mes entretiens (Cf Annexe 4).

Un autre biais important de mon enquête est le fait que je pose des questions sur le thème de la psychiatrie dans des services et des lieux de vie qui ne sont pas du tout spécialisés sur ce thème. Absolument toutes les infirmières auxquelles j'ai demandé de me raconter une prise en charge d'un patient atteint de troubles psychiatriques ont eu du mal à trouver une situation. Il a donc été difficile de creuser ces prises en charge car pour certaines, cela remontait à longtemps. Peu de patients ayant des troubles psychiatriques se rendent dans leur service...

Pour les lieux de vie, j'ai donc permis aux infirmières de me parler de situation avec des patients atteints de démence afin de faciliter ma démarche. D'une certaine manière, la psychiatrie et la démence se rejoignent plus ou moins.

4.2. ANALYSE

4.2.1. Leur savoir sur la psychiatrie

Lorsque j'ai pu évoquer le terme de psychiatrie auprès des différentes infirmières, j'ai obtenu diverses réponses. A la fois sur le concept général de la psychiatrie, mais aussi leur ressenti sur cette spécialisation et les représentations qu'elles en ont. Ingrid va définir la psychiatrie comme étant la prise en charge de « *patients souffrant de troubles de la perception* » (L 131-132) mais également « *une perte de contrôle* » (L 134) et elle prend l'exemple de la boulimie. Dolly explique que ce sont des patients qui « *viennent et reviennent* » (L 202). Pour cette dernière, lorsque les patients viennent en phase aigüe, ils sont « *sédatisés, et après ils voient le psychiatre et l'infirmière* » (L 369). Il y a l'importance de la sédation dans la prise en charge (on le reverra par la suite avec les traitements), pour cette infirmière, les patients sont « *sédatisés dans un premier temps sinon il n'y a pas de communication possible* » (L 371). Dolly relie également la psychiatrie à la neurologie puisqu'elle explique que le cerveau est complexe et qu'il « *y a plein de zones qui sont pas explorées en neurologie* » (L 481-482). Pour elle, la psychiatrie aurait donc une origine neurologique et certaines zones du cerveau seraient la cause de certaines pathologies psychiatriques. On retrouve ici, certaines idées qui ont pu être partagées au cours de l'histoire de la psychiatrie, lorsque la maladie psychiatrique relevait de troubles neurologiques. De plus, pour deux des infirmières (Gwendolyn et Louise) la psychiatrie est une spécialité « *à part* » (L 341). Gwendolyn dit qu'elle n'a pas l'impression de réaliser le même métier que les infirmiers travaillant dans le domaine de la psychiatrie et Louise ajoute que pour elle, il « *faut être fait pour ça* » (L 172). Ces deux infirmières m'ont d'ailleurs toutes deux exprimé le fait que la psychiatrie ne les intéressait pas, même pendant leur formation en IFSI. Louise rentre davantage dans les détails pour m'expliquer la raison, elle aborde ce côté « *fermé* » (L 175) et explique que c'est « *carrément le lieu qui l'a choqué* » (L 177). Elle décrit les hôpitaux psychiatriques comme étant des lieux fermés, avec des grilles partout, beaucoup de codes, des lits accrochés au sol, des caméras partout... Tous les mots qu'elle emploie font penser à une prison et elle ajoute d'ailleurs que pour elle, les hôpitaux psychiatriques sont « *pires que la prison* » (L 197-198) du fait de la « *violence* » (L186, L192) que l'on peut rencontrer dedans. Elle explique qu'il y a une violence dans les soins et qu'elle n'était pas « *vraiment préparée à ça* » (L 187).

Quand je lui demande de décrire davantage cette violence, elle me dit qu'elle la retrouve au niveau physique mais aussi au niveau chimique car « *on les assomme direct par une piqûre* » (L 192). On retrouve d'ailleurs le discours de Dolly sur le début de prise en charge qui commence par des traitements chimiques. Il est vrai que certains patients prennent beaucoup de traitements, notamment de neuroleptiques, cependant, c'est également le cas en soins généraux où certains patients ont beaucoup de traitements. C'est le cas par exemple des personnes âgées, qui après avoir beaucoup d'antécédents, se retrouvent avec des dizaines de comprimés par jour à prendre et développent divers troubles comme la constipation, la rétention urinaire ou la somnolence comme effets indésirables. Mais alors quelle est la différence entre ces deux types de patients, pour qu'on dise qu'il y a une violence au niveau chimique dans l'un et pas dans l'autre ?

A nouveau, il semblerait que la psychiatrie ne puisse se départir de cette image, notamment celle des asiles, où l'on enfermait les patients entre quatre murs afin qu'ils ne puissent représenter un danger pour la population de l'époque. Ces hôpitaux semblent davantage être vus comme des endroits où l'on enferme les patients plutôt que des lieux apportant des soins ou encore des thérapies pour les patients. Il s'agit principalement de les « assommer » avec des traitements.

Louise n'utilise pas le terme, mais elle fait clairement savoir que la violence est aussi liée à la privation de liberté des patients, ce qui explique pourquoi elle voit l'hôpital psychiatrique comme étant une prison. Pour elle, le fait de perdre cette liberté est une violence pour la personne, « *c'est à peine si on leur donne à boire, faut pas qu'il y ait le bouchon...* » (L 193) et cette surveillance accrue où tous leurs gestes sont répertoriés notamment avec les caméras qu'elle évoque. Pour Betsy, la psychiatrie reste un endroit peu technicisé. Le soin relationnel ayant davantage de place dans cette spécialité. Mildred a eu beaucoup plus de mal à identifier ce qu'était la psychiatrie, elle m'a ainsi davantage parlé du fait que c'était « *un problème mental* » qui a été « *affecté par quelque chose* » (L 119). Elle me parle ainsi de ce que représente la maladie psychiatrique plutôt que de la psychiatrie en général. Enfin, Léonore explique, sans utiliser le terme exact, sa représentation de la psychiatrie qui lui fait penser « *aux fous* » (L 418). Ce qui semble être une vision assez générale de ces personnes, et partagée par le reste de la société. C'est une image qui a traversé les époques, comme on a pu le voir dans le cadre de référence.

Ces personnes sont atteintes d'une folie qui est dérangeante et peut porter atteinte à autrui. Ce sont de véritables « aliénés » encore aujourd'hui finalement. Pour cette infirmière, la psychiatrie évoque ainsi les fous, la folie.

Et ce n'est pas la seule puisque Gwendolyn me dit que ceux qui travaillent en psychiatrie voient « *tous les jours des fous* » (L 431) et elle dit quelque chose d'intéressant qu'elle n'a pas développé par la suite : « *il faut essayer de pas devenir fou au milieu des fous* » (L 432). Ainsi, il est supposé que travailler dans ce « monde » de la psychiatrie qui est différent des soins généraux, on peut soi-même devenir « fou » au contact de ces patients. Il semblerait que la maladie soit contagieuse, y compris pour les soignants puisqu'il suffirait de travailler auprès de ces malades pour devenir soit même malade. La maladie serait une forme de peste. Il vaut mieux réunir tous les malades aux mêmes endroits afin de ne pas être contaminé.

4.2.2. Leur savoir sur la maladie psychiatrique

Lorsque je demande aux différentes infirmières de développer ce qu'est la maladie psychiatrique pour elles, je peux constater que c'est un sujet qu'elles connaissent assez mal dans la plupart des cas et leurs connaissances sont très limitées. Dès le début, lorsque je demandais de développer une prise en charge sur un patient, la plupart pensait directement à la prise en charge d'un patient psychotique. Elles ne pensaient pas tout de suite à d'autres pathologies, comme la bipolarité, la dépression ou l'autisme. D'ailleurs pour Gwendolyn, les personnes atteintes de troubles psychiatriques, ce sont celles qui sont atteintes de « *psychose* » (L 315). Elle dit également qu'elle ne les met « *pas tous dans le même sac* » (L 249). La maladie psychiatrique pour les infirmières a l'air d'être principalement concentrée sur les psychoses (et peut-être plus particulièrement la schizophrénie). Il semblerait qu'il y ait des grades dans les représentations des soignants, au sein même de la maladie. Le pire étant certainement la maladie psychotique. Cela rejoint d'ailleurs une citation de Armel Rivallan que j'ai employée dans mon cadre de référence évoquant qu'il « *vaut mieux être dépressif que schizophrène* » (Rivallan, 2011, p13). Encore une fois, je vais avoir différentes explications sur la maladie psychiatrique. Pour Louise, c'est une maladie qui se développe dès l'enfance mais qui peut aussi survenir plus tard. Pour Léonore, ça peut survenir après un « *gros choc émotionnel* » (L 446) comme la perte d'un enfant, d'un mari etc...

Son idée est rejointe par Mildred où elle évoque le terme de traumatisme suite à un évènement qui l'a « *amené dans cet état* » (L 107). Elle a d'ailleurs toujours du mal à expliquer la pathologie et parle uniquement du choc émotionnel et du vécu du patient sans parler des symptômes ou de ce que cela peut entraîner. Elle ne développe pas « *l'état* » du patient, et dit vaguement que cela peut se « *déclencher sur autre chose* » (L 124). Pour toutes les infirmières, au final le point d'origine de la pathologie est assez vague. D'ailleurs Dolly explique que la maladie psychiatrique est différente de la maladie physique de par la « *compréhension* » (L 469) des pathologies. Pour cette dernière, l'explication des origines de la maladie psychiatrique est « *plus aléatoire* » (L 470). Le fait qu'il y ait une forme d'inconnu dans la maladie psychiatrique entraîne cette variabilité et cette instabilité de la pathologie. Pour Ingrid, le point de départ de la maladie serait une « *atteinte du système nerveux* » (L 119) que cela soit pour les démences ou la schizophrénie. On retrouve une fois de plus, un lien entre la psychiatrie et la neurologie. Peut-être que c'est un moyen pour les soignants d'essayer de régler cette question d'imprévisibilité, d'aléatoire, en incluant la psychiatrie dans la neurologie. C'est finalement inclure la psychiatrie dans une science médicale avec toujours une cause lésionnelle à la pathologie. Il serait question de rentrer la maladie psychiatrique dans une pathologie plus « normale » et qui soit peut-être aussi, plus acceptée de tous. Le fait de les renvoyer à cette norme pourrait « corriger » ces individus pour qu'ils puissent rentrer dans cette norme qui les a exclus.

Pour Louise, les symptômes que la maladie engendrent sont des « *troubles du comportement* » mais aussi de la « *sociabilisation* » (L 158-159). Dolly reprend également les troubles du comportement et ajoute aussi des troubles psychiques. C'est une personne qui agit de manière « *inadaptée* » (L 424). Ingrid aborde le fait qu'il y a un trouble « *des perceptions* » (L 123) mais dit également ne pas connaître la différence au niveau de la symptomatologie entre une personne atteinte de démence et une personne atteinte de schizophrénie. Quand elle m'a parlé de la patiente psychotique qu'elle a pris en charge, elle m'a expliqué que la patiente pouvait avoir une « *perception de persécution* » (L 40). Pour Dolly, ces patients cherchent un « *encadrement* » (L 203) et ils sont « *tout le temps en demande* » (L 204). Léonore aborde une vision tout autre de la maladie mentale. Pour elle ce sont des personnes qui ont des troubles cognitifs, elle remet en valeur le terme de « *fous* » à nouveau (L 421), et explique que ce sont des personnes qui n'ont pas de limite et relie cette notion de limite à l'éducation : « *Alors qu'on t'apprend qu'il faut être comme ça, qu'il faut pas insulter et lui il le fait, lui il est fou* » (L 425-426).

On se départit totalement de la maladie dans ce cas, et il est question d'éducation pour elle, « *ils sont hors de cette éducation-là* ». Elle évoque aussi ses représentations à nouveau puisqu'elle dit que les « fous » vont « *frapper, cracher, insulter et tuer* » (L 430-432). Elle finit tout de même par dire que c'est « *une maladie* » (L 462). Mais alors une maladie qui serait liée à l'éducation reçue ? Finalement, cela reviendrait à la faute des parents si leurs enfants développent des troubles psychiatriques.

Ces personnes seraient ainsi définies par leurs conduites, leur manière inadaptée de répondre à des situations. La psychiatrie est donc à nouveau comme une « sciences des conduites normales et anormales », concept qui a été abordé et développé par Foucault. Ces personnes qui n'ont plus de limites, qui représentent finalement l'interdit.

Il y a tout de même un point sur lequel la plupart sont d'accord, c'est que la maladie peut toucher n'importe qui. Dolly dit que cela « *peut arriver à n'importe qui* » (L 452), à « *n'importe quelle famille* » d'après Betsy (L 250-251). Dolly et Léonore s'accordent sur le fait que c'est une maladie qui ne se voit pas tout le temps et qu'il ne « *faut pas s'en tenir aux apparences* » (L 381).

Gwendolyn aborde aussi une autre approche non évoquée par les autres infirmières, pour elle, la maladie psychiatrique n'est pas une maladie chronique comme peut l'être le cancer. Elle sous-entend qu'il n'y a pas de « *solution* » (L 320) pour ces maladies. Les malades seraient ainsi incurables et nous n'aurions pas de solution pour eux. Elle emploie le terme de « *patients psy* » (L 384), qui sont « *borderline* » (L 384), et qui « *sont des patients comme les autres* » mais avec un paradoxe puisqu'elle dit aussi « *qu'ils ne sont pas les mêmes* » (L 327-328). Ces patients sont donc comme les autres patients sans être les mêmes. Elle n'a pas plus justifié sa phrase. Ils sont comme les autres de par leur humanité, ils restent des êtres humains, mais de par leur pathologie psychiatrique, ils sont différents. Ce sont les mêmes humains malades mais avec une pathologie psychiatrique ce qui crée la différence. Ils sont en dehors d'une certaine normalité dans les maladies. Car dire qu'ils sont différents de par leur statut de malade psychiatriques, indique qu'ils sont en dehors de ce qu'on attend des malades et ainsi d'une certaine normalité. Même dans la maladie, il y aurait une norme.

Lorsqu'on creuse davantage sur la maladie avec les infirmières, elles sont toutes d'accord sur le fait qu'il est complexe de prendre en charge une démence ou une maladie psychiatrique. Ingrid explique que c'est compliqué au niveau de la prise en charge car « *on ne sait pas s'ils sont aptes à vraiment juger si c'est nécessaire ou pas* » (L 60-61).

Léonore rejoint plus ou moins ce qu'elle dit puisqu'elle explique « *qu'ils ne comprennent pas* » (L 399) les actions qu'ils peuvent réaliser (griffures, crachats etc...). La maladie est souvent reliée par les infirmières à de l'agitation, à un « *manque d'affection* » d'après Dolly (L 77), mais aussi beaucoup d'anxiété qui révèle une forme de mal être. Elle ajoute que même si elle prend en charge la douleur ressentie par le patient, cela n'enlève pas « *sa souffrance psychologique* » (L 310). Il y a donc une souffrance psychologique, peut-être morale, qui existe pour ses patients mais qui semble plus difficile à traiter car il est impossible de la retirer avec des traitements. Mildred le dit autrement et explique que le patient peut être « *trop demandeur* » et peut « *paniquer pour rien* » (L 50-51). Gwendolyn explique que lorsqu'il y a la découverte d'un cancer, c'est toujours « *hyper violent* » pour les patients, d'autant plus pour ceux qui ont des antécédents psychiatriques (L 168-170). Dans le cas de leucémie par exemple, ils n'ont pas particulièrement le temps de se préparer et sont rapidement pris en charge pour être mis en secteur protégé le plus rapidement possible.

Concernant toujours la maladie, Louise et Léonore évoque cette forme de perte d'identité qui se produit chez les patients atteints de troubles psychiatriques. Louise parle d'une personne qui n'est plus « *elle-même* » (L 192) ou qui « *n'a plus toute sa tête* » (L 138).

Léonore explique qu'à cause de la maladie, « *la personne peut être très gentille et puis d'un coup, elles entendent des voix, elles tapent, elles cassent tout...* » (L 362-363). Il y a un changement brusque de l'humeur de la personne et Léonore le justifie par la maladie qui « *prend le devant* » sur la personne, sur le sujet (L 364). La personne n'est donc plus elle-même. La maladie va donc gouverner sur l'esprit et sur le corps du malade. Il y a une forme de dépossession d'elle-même. Une réelle perte d'identité se crée donc. Ici, on rejoint l'idée apportée par Claire Marin, où la maladie prend le dessus sur le malade. Le malade va devenir la maladie.

4.2.3. L'importance des traitements

Les traitements semblent être très importants et être au cœur de la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques pour toutes les infirmières avec lesquelles j'ai réalisé un entretien. L'utilisation de neuroleptiques est un sujet qui a été abordé quasiment dans tous les entretiens que j'ai réalisés. Les infirmières semblent davantage rassurées quand les patients arrivent dans leur service avec un traitement qui est déjà adapté. Tout d'abord, comme abordé précédemment, Dolly dit qu'en psychiatrie, « *les premiers traitements sont les médicaments* » (L 200) puis après cela sera les « *sorties, les animations* » (L 201).

Elle finit également par dire, que quand les personnes atteintes de troubles psychiatriques ne peuvent pas être raisonnées, « *tu es obligée de sédater ça pour après faire notre travail* » (L 365). Il est difficile de gérer les patients quand ils sont trop agités et quand les traitements sont inefficaces, Betsy dit se sentir « *démunie* » (L 254). Mais il faut également faire attention aux dérives qui peuvent se développer avec l'utilisation de ces contentions chimiques. Certains soignants pourraient les utiliser de manière abusive pour s'accorder une « tranquillité » et une « facilité » de prise en charge. Quand ils sont trop agités, elle dit qu'ils peuvent aussi utiliser les contentions physiques mais Betsy et Gwendolyn disent toutes deux préférer utiliser les neuroleptiques qui sont « *mieux que la contention* » (L 268) physique pour elles même si des fois « *elles ont pas le choix* » (L 271) d'utiliser la contention physique. Seulement, cette décision d'utilisation de neuroleptique ne peut se faire que par un psychiatre. Mais pour Louise, les neuroleptiques restent tout de même une forme de « *violence chimique* » (L 192). Elles n'aiment pas utiliser ce traitement, et préfèrent l'utiliser en dernier recours, lorsqu'elles n'ont pas le choix. La plupart des infirmières comptent sur le traitement médicamenteux déjà mis en place, Ingrid dit « *quand on prépare les dossiers on dit 'bah j'espère qu'elle a bien emmené son traitement' c'est surtout ça parce que nous on n'a pas toujours tout ici* » (L 76-77). Si le patient prend bien son traitement, les prises en charge se passent bien. Ingrid dit également que si les patients prennent leur traitement, ils sont plus « *stables* » (L 88), ce qui facilite la prise en charge. Dans le cas contraire, elle devient plus complexe, Léonore aborde d'ailleurs le cas des personnes en rupture de traitement et qui décompensent. C'est plus « *difficile de s'adapter* » (L 194) quand les patients ne prennent pas leur traitement. C'est aussi pour cela que certains patients ont des traitements assez « *lourds* » comme dit Betsy (L 85). Alors que Dolly réfléchit pour me parler d'une prise en charge d'un patient dans son EHPAD, elle me dit qu'elle pense à une patiente bipolaire mais qui n'a que des « *traitements à prendre* ». Ce qui signifie que la prise en charge, du moins pour cette patiente, repose principalement sur ses traitements médicamenteux. A côté de ça, elle m'explique aussi que pour les patients atteints de démence, les médicaments « *ne sont pas la réponse* » et « *qu'on devrait pouvoir les apaiser autrement* » (L 101).

Les médicaments ont donc une place importante dans la prise en charge, mais ils ne devraient pas être le seul moyen utilisé dans le traitement du patient. C'est pour cela que des activités et des animations sont aussi proposées mais cela n'est pas le cas pour tous les patients.

Louise dit que les personnes doivent être « *prise en charge au niveau psychologique* » également et non pas que médicamenteux (L 159). Pour Mildred, les patients arrivant dans son service et qui sont « *bien traités* » (L 102) avec un traitement adapté, qui ne sont pas agités, n'ont pas besoin d'être vus par un psychiatre ou un psychologue.

Malgré tout ça, Dolly explique qu'il y a toujours un risque de rechute même avec la prise d'un traitement (ce qui n'est d'après elle, pas le cas pour les pathologies d'origine fonctionnelle).

4.2.4. La présence de l'équipe pluridisciplinaire

Le travail en équipe au sein d'une équipe pluridisciplinaire a également été mis en évidence dans tous mes entretiens avec les infirmières. Je ne l'ai pas évoqué dans mon cadre de référence, cependant, cela semble important pour les soignants, dans la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques. Dans certains services, cette équipe a réellement un rôle à jouer dans la prise en charge de ces patients. Les psychologues et psychiatres sont de vrais points d'appuis pour les infirmières. Par exemple, pour le service d'oncologie, tous les patients étaient suivis par une psychologue pour la prise en charge de leur cancer. Cette psychologue suivait également l'aspect psychiatrique dans le cas des patients atteints de troubles psychiatriques. Cette dernière « *parlait* » avec le patient d'après Betsy, pour « *évacuer, évoquer toutes ses peurs* » (L 116) parce que les patients ne les évoquent pas forcément avec les infirmières. Leur parole est davantage « *libérée* » devant la psychologue (L 118). Cette dernière les suit y compris après leur sortie, et ils ont également son numéro de portable à disposition. Le psychiatre lui, intervient principalement sous la demande du médecin, pour réajuster un traitement. Gwendolyn explique que tous les patients d'oncologie sont « *très bien suivis* » (L 102), et bénéficient également d'une assistante sociale, d'une coach sportive ainsi que d'une diététicienne. Ils sont vus tous les jours par les médecins, leur traitement est réévalué par eux « *Ici, ils sont vraiment bien surveillés. A tout point de vue* » (L 108-109). Elle rajoute « *c'est vrai qu'on a cette chance d'avoir une équipe pluridisciplinaire assez complète* » (L 236-237). Mildred explique aussi que les rares patients atteints de troubles psychiatriques de leur service de rééducation, voient également la psychologue du service. Et si jamais « *ils se détériorent sur le plan psychologique on peut faire appel au psychiatre* » (L 23-25). Elle développe aussi que lorsque les patients sont trop agités, et qu'elle n'arrive pas à les « *rassurer* » elle se rapproche auprès du médecin qui voit pour faire intervenir ou non un psychiatre pour savoir si « *le traitement est adapté* ».

Nous remarquons ainsi que le psychiatre a principalement pour rôle la réévaluation et le changement des prescriptions des patients pour les infirmières.

Ingrid dit aussi que la psychologue est présente dans leur service de gynécologie pour répondre à cette prise en charge des patients.

Le fait d'avoir cette équipe autour les rassure car « *on sait qu'on n'est pas seules* » dit Betsy (L 284). Ingrid m'a raconté une prise en charge d'une patiente atteinte de troubles psychiatriques (elle ne se rappelle plus quelle pathologie exactement mais d'après elle c'était plutôt d'ordre psychotique). Cette prise en charge est assez particulière puisque la patiente est arrivée dans le service de gynécologie avec deux soignants de l'équipe de psychiatrie de l'hôpital d'où provenait la patiente. Elle raconte que comme ces deux soignants étaient là, « *ça s'est plutôt bien passé, puisqu'ils ont quand même pris en charge pas mal de choses* » (L 16-17). La plupart des soins ont donc été réalisés par ces deux soignants. Elle dit qu'elle se sentait « *rassurée parce qu'il y avait les collègues qui étaient là* » (L 44), ce qui indique une certaine appréhension de la prise en charge. Elle ajoute à cela : « *les infirmiers étaient là donc on se sentait en sécurité. J'avoue que s'ils avaient pas été là... je dis pas que je me serais vraiment sentie en insécurité mais je me serais sentie en difficulté* » (L 51-52). Ainsi, si ces deux soignants n'avaient pas été présents, l'infirmière aurait pu se sentir en insécurité ou du moins en difficulté comme elle dit.

Il y a une certaine appréhension de la prise en charge qui se fait à cause de la pathologie et une forme d'insécurité qui est ressentie par l'infirmière. Pour elle c'était plus facile de réaliser ses soins avec la présence de l'équipe psychiatrique. Les soignants sont donc rassurés par le fait d'avoir cette équipe et notamment les psychiatres et psychologues. Il semblerait qu'il est possible pour elles de soigner un patient à l'unique condition qu'il n'ait pas de problème psychiatrique au moment où il est hospitalisé, que le patient soit stable en tout point de vue car sinon la prise en charge va se compliquer pour elles. Le fait de les avoir leur permet à elle de se concentrer sur ce qu'elles pensent qui est leur rôle, soigner la pathologie fonctionnelle du patient, son motif d'entrée dans le service. De cette manière, l'aspect psychiatrique, la maladie mentale, est ainsi mise de côté. C'est mettre de côté une partie de ce qui constitue le patient.

Le travail avec les aides-soignants est, lui, davantage mis en évidence par les infirmières qui travaillent dans les deux EHPAD. Louise, Dolly et Léonore expliquent toutes trois l'importance des aides-soignants notamment au niveau relationnel puisque d'après Louise, « *elles ont plus le temps* » (L 104-105) mais aussi pour réaliser certains soins désagréables comme la réfection de pansements.

Cependant, Dolly note également que la prise en charge est devenue plus compliquée particulièrement dans cette période de crise sanitaire avec le COVID, car les transmissions qui étaient réalisées dans les différents secteurs avec les aides-soignants ont été arrêtées et c'est donc « *plus compliqué au niveau de la communication* » (L 28) alors que la communication est centrale dans un travail d'équipe. Avec un manque de communication, la prise en charge des patients peut être impactée. Dolly relève aussi un manque de dynamisme dans les équipes. Elle l'explique par le fait que la toilette sera réalisée mais les aides-soignantes s'arrêteront là. Le côté technique a pris le dessus. Mais elle appuie aussi sur le fait que le travail avec les aides-soignantes est important notamment pour pouvoir réaliser la réfection de pansement quand les patients sont particulièrement algiques.

4.2.5. Un manque de temps et une surcharge de travail

Je n'ai également pas abordé cette notion dans mon cadre de référence, cependant elle est revenue à plusieurs reprises lors de mes entretiens. La plupart des infirmières évoquent aussi le fait qu'elles manquent de temps et qu'une surcharge de travail se fait. Elles ne peuvent ainsi pas passer autant de temps qu'elles le souhaiteraient auprès des patients et c'est pour ça qu'elles sont obligées de déléguer notamment aux aides-soignants. Louise le répète à plusieurs reprises, elle manque de temps dans l'EHPAD dans lequel elle travaille, elle n'arrive pas à « *être aussi présent que ce qu'il faudrait* » (L 78) pour les résidents. Dolly rencontre le même problème dans son EHPAD et dit qu'elle ne peut pas « *mettre en place tout ce qu'elle voudrait mettre en place* » (L 113). Elle rajoute qu'il y a « *un manque de personnel* » (L 126), et explique que lorsqu'elle a des urgences « *elle est seule* » ou deux pour « *90 résidents* » (L 236-237) et que c'est donc compliqué pour tous les prendre en charge correctement. Léonore ajoute aussi qu'une surcharge de travail s'est aussi créée avec le COVID notamment pour les aides-soignantes qui ne peuvent plus gérer les animations dans les secteurs pour les patients qui en ont besoin. Avec la phrase « *C'est des patients qui prennent beaucoup de temps. Donc on n'a pas forcément...* » (L 64) Gwendolyn qui travaille en oncologie, laisse supposer que les patients atteints de troubles psychiatriques demandent beaucoup de temps et qu'elles n'ont pas forcément plus de temps à leur consacrer.

Pour Ingrid, dans le cadre de l'hospitalisation de courte durée, il est difficile de créer des liens et une relation avec les patients lorsqu'ils ne restent que quelques jours. Cela peut être un frein pour les patients qui sont atteints de troubles psychiatriques d'après elle.

4.2.6. Une appréhension et une peur

Avec cette prise en charge de ces patients qui est tant complexe et le manque de moyens qui leur sont donnés, les infirmières relèvent toutes plus ou moins une certaine appréhension. Ainsi Louise explique surtout appréhender, « *c'est de l'appréhension* » (L 121). Elles appréhendent surtout la réalisation des soins dans les EHPAD quand il s'agit de personne atteinte de démence. Léonore appréhende notamment sur l'isolement créé par le COVID pour ces patients atteints de démence, qui ne peuvent plus voir leur famille et peuvent se laisser mourir. Gwendolyn parle du fait que les patients en gériatrie (elle a d'ailleurs réalisé un lapsus en utilisant le terme de « psy » à la place de gériatrie à ce moment-là) deviennent « *chtarbés* » (L 191) et qu'elle se sent ainsi moins en sécurité. Le fait d'avoir ces patients entrainerait ainsi de l'insécurité auprès de certaines. A l'inverse de toute, Mildred dit ne pas avoir d'appréhension car elle « *s'adapte* » (L 69). Ingrid, elle, aborde cette appréhension du refus de soin, car elle ne savait pas jusqu'où « *il faut insister* » (L 147) avec les patients. Elle parle également de « *peur du refus de soins* » (L 56). Elle appréhende aussi sur le fait qu'elle peut toujours recevoir une patiente atteinte de troubles psychiatriques provenant des urgences et qui ne sera, cette fois-ci, pas accompagnée par une équipe psychiatrique. Elle appréhendait aussi sur le fait que la patiente puisse avoir une « *perception de persécution avec ses questions* » (L 40) c'est pour cela qu'elle ne poussait pas trop l'échange avec la patiente. Elle dit que si elle avait été seule pour faire les soins et sans l'équipe psychiatrique, elle n'aurait « *pas été très rassurée* » (L 152). Elle dit qu'un sentiment de « *peur* » peut prendre place pour les soignants lorsqu'ils sont face à de « *grandes pathologies* » psychiatriques (L 152). Pour elle, ce sentiment est donc accru lorsque le soignant est seul. Cependant, le fait d'avoir vu deux soignants débarquer avec la patiente a aussi contribué à cette peur car cela lui a fait penser à quelque chose de « *grave* » (L 163), elle ajoute « *ça renvoie l'image que la personne peut être dangereuse* » (L 174) et cela lui renvoie aussi le fait que si deux soignants doivent être présents, c'est que seule elle n'est pas en sécurité. Léonore et Dolly sont d'accord aussi sur le fait que la maladie psychiatrique fait peur, « *Oui ça fait peur parce qu'on ne sait pas jusqu'où ils peuvent aller ces gens-là* » (L 442). C'est cet aspect d'imprévisibilité qui semble leur faire peur. Elles ne savent pas comment elles réagiraient dans certaines situations, comment aborder la situation de la meilleure des manières etc...

Léonore se pose ces questions notamment dans les prises en charge à domicile de schizophrènes car ils peuvent être violents et peuvent « *carrément nous casser la figure* » (L 196-197).

C'est une image très violente de la maladie qu'elle a, d'autant plus qu'elle n'a pas évoqué d'évènement particulier pendant lequel un patient atteint de troubles psychiatriques l'aurait agressée. Ce sont ses propres représentations de la personnes atteintes de troubles psychiatriques, une personne pouvant être violente. Pourtant, chaque personne, qu'elle ait une maladie psychiatrique ou non, peut être violente. Comment est-ce que cette image continue de subsister y compris chez les soignants ? Est-ce à cause de ce qui est montré par les médias ? Pour Dolly, si la maladie psychiatrique fait peur c'est aussi parce qu'elle peut arriver à n'importe qui. Betsy dit que c'est « *l'inconnu qui fait peur* » (L 403) ce qui rejoint un peu cet aspect imprévisible, aléatoire. C'est ne pas savoir prévoir le comportement d'une personne à un instant T. Mildred explique ainsi que des représentations peuvent se développer de par la peur de l'autre et la « *crainte* » (L 167) car on ne sait pas comment la personne va réagir. Il y a toujours cette notion d'irrégularité de la conduite qui continue à faire peur.

4.2.7. Leurs représentations

Les représentations sont d'ailleurs très diverses pour chacune des infirmières. Tout d'abord, pour Louise une représentation sociale consiste en ce que les « *personnes représentent pour la société* » (L 205), Ingrid la rejoint et dit que « *c'est un petit peu tout ce que reflète la société* » (L 142). Pour Gwendolyn, c'est aussi « *ce que l'on représente à l'autre* » (L 391). Pour elles, les représentations se construisent donc sur le regard que porte la société et qui peut donner une image « *négative* » (L 163) d'après Mildred, ce qui peut entraîner un isolement. Avec les différents retours de ces infirmières sur les représentations de la maladie mentale, il semblerait que ce regard porté par la société soit aussi présent chez les soignants. Plusieurs infirmières vont utiliser des exemples comme sur les malades atteints de cancer, Gwendolyn dit que les pensées ont changé de nos jours mais qu'avant « *il fallait pas les approcher* » (L 417) ou le fait que les services d'oncologie étaient vus comme des mouiroirs. Pour elle, les infirmières n'ont pas de représentations car elles se doivent d'avoir un minimum « *d'ouverture d'esprit* » (L 436) et doivent « *comprendre les gens s'ils sont malades car ils ne l'ont pas choisi* » (L 437). Pour elle, les représentations biaisent « *l'entrée en contact* » (L 443) avec les patients. Ce qui indique donc qu'elles influeraient sur leur prise en charge. Gwendolyn semble porter une vision donc très particulière de l'infirmière « parfaite » et projette une forme d'infirmière idéale qui ne peut pas avoir de représentation sur autrui. Peut-être que pour Gwendolyn, porter des représentations c'est être une forme de « mauvais » soignant alors que c'est plutôt quelque chose d'humain.

C'est, je pense, le fait de prendre conscience de nos propres représentations qui peut nous faire avancer dans les prises en charge. C'est aussi pouvoir nous remettre en question. Le fait de se dire qu'elle n'a pas de représentation lui permet de se protéger de cette remise en question. Car le soignant qui ne porte pas de représentation n'existe pas. C'est d'ailleurs ce que Dolly explique, pour elle, les soignants peuvent avoir des représentations, « *même inconsciemment* » et elle ajoute que même si on est un professionnel, on en aura toujours (moins que dans la vie personnelle) mais on en aura. Pour elle c'est tout à fait « *humain* » (L 513) d'en avoir. Mais qu'en tant que soignant, il faut savoir se départir de ces représentations et passer au-dessus.

Mildred explique à demi-mots que pour elle, une personne n'aura pas tendance à aller vers les patients atteints de troubles psychiatriques à cause de cette peur et de cette crainte. Elle ne dit pas que c'est le cas des soignants, mais parle de manière générale.

Lors de mes entretiens, j'ai pu mettre de côté quelques représentations qu'elles avaient sur les patients atteints de troubles psychiatriques sans qu'elles ne les identifient vraiment (de manière consciente). Louise qui compare les hôpitaux psychiatriques à des prisons par exemple, où ils sont privés de liberté et où d'après elle, c'est même pire que des prisons. Mais aussi Ingrid, qui n'ose pas poser de questions à la patiente psychotique, car pour elle, une patiente psychotique peut forcément avoir « *une perception de persécution* » (L 140-142). Mais aussi Dolly, qui explique qu'elle avait une certaine image de la personne atteinte de troubles psychiatriques, elle ne s'attendait pas à ce qu'ils soient jeunes et qu'ils aient son âge, qu'ils puissent « *être mignons* » (L 375) et pas « *grossis* » par les neuroleptiques. Des patients qui n'avaient pas « *encore le faciès de quelqu'un qui a fait de la psychiatrie* » (L 377). Ce qui laisse penser que les personnes qui sont passées en psychiatrie ont un faciès particulier. Cette image, ces représentations, ont été cassées quand elle s'est rendu compte que « *ça peut arriver à tout le monde* » (L 378). Et pour finir Gwendolyn, pour qui ces patients « *éprouvent un certain plaisir à flirter avec la mort* » (L 377-379) notamment pour les addictions.

Dolly aborde le concept de norme dans les représentations. Elle l'explique en prenant l'exemple que quand une personne vole, pour elle on s'attend à ce que ce soit quelqu'un d'un quartier Nord et non pas le « *fils de médecin ou fille d'avocat* » (L 494-496). Ces représentations s'élargissent et touchent donc tous les champs. Betsy aussi aborde ces normes, où il faut « *encore rentrer dans les bonnes cases* » (L 394).

4.2.8. La norme dans les représentations

Ainsi ce concept de « norme » est abordé par certaines infirmières, en quoi va consister une personne normale et en quoi elle sera anormale ? Pour Ingrid, les normes se basent donc sur la société et tout ce dont une population peut penser. Elle dit ainsi qu'une personne « *qui a un pied qui part de travers* » n'est pas normale. Elle se base ici sur une différence, une anomalie physique. On retrouve un peu cette image du monstre humain abordée par Michel Foucault. Si une personne a un pied de travers, c'est au final une aberration de la nature, elle ne rentre pas dans ce que l'on considère de normal. Ingrid ajoute que même une personne qui « *pense différemment* », elle prend l'exemple d'un autiste léger, il va y avoir un impact à la fois familial et sociétal pour cette personne, car il s'écarte de la norme et cela « *peut faire peur aux gens* » (L 145-149). La différence fait donc peur. L'irrégularité de l'autre, cette anomalie qu'il a, qui n'est pas naturelle et donc anormale, fait peur. On retrouve un peu ce qui a été abordé précédemment, ou l'imprévisibilité, l'inconnu fait peur. Dolly parle également d'une « *personne normale* » (L 488).

Pour Léonore, les personnes atteintes de troubles psychiatriques sont anormales, et qu'elles préféreraient certainement être « *des gens normaux, être bien dans leur tête* » (L 456-458) car pour Léonore, ils doivent en souffrir. On peut se demander s'ils en souffrent vraiment et au final qui en souffrent le plus ? La personne atteinte du trouble ou les personnes autour du malade ? Betsy dit qu'ils sont « *montrés du doigt* » (L 398) quand ils sont en dehors de la norme. Gwendolyn développe qu'elle n'appréhende pas de la même manière une personne atteinte de troubles psychiatriques et une personne « *lambda* » (L 357-358). Ce n'est pas pareil pour elle. Elle sous-entend que ces patients sont donc anormaux puisqu'ils ne sont pas « *lambdas* ». Elle enchaîne et dit que pour ces personnes « *c'est pas très normé* » tout comme pour les patients atteints de cancer (L 397). Elle parle aussi du fait que le quotidien devient la norme pour elle dans son travail. C'est la « *répétition qui devient la norme* » (L 432-433).

4.2.9. La stigmatisation qui s'en suit

Avec cette norme qui se construit, une stigmatisation des personnes se développe. Pour Louise, ces personnes sont rejetées car elles ont une « *étiquette sur la tête* » (L 206). Elles sont donc bien marquées par la maladie quoi qu'il arrive. Betsy et Gwendolyn essaient de « jouer » sur les stigmates des cancéreux, notamment pour le rasage de crâne.

Il y a une forme de dédramatisation de ce stigmate dans ce cas, de faire passer le stigmate comme quelque chose qui justement est « normal », mais qui reste le normal dans le domaine de l'oncologie. Aussi, je trouve que par rapport à la situation d'Ingrid, les deux soignants qui accompagnent la patiente atteinte de troubles psychiatriques peuvent être vus comme des stigmates « visibles » qui montrent que cette patiente n'est pas « normale » et qu'elle peut représenter un potentiel danger de par son imprévisibilité.

4.2.10. Exclusion et isolement

Tout cela contribue donc à l'exclusion voire l'isolement de ces personnes. Louise aborde une idée très intéressante et dit qu'au final pour elle, c'est la société qui ne leur laisse pas possibilité d'avoir « *la place qu'ils devraient avoir* » (L 207-208). Betsy revient sur le concept de norme et explique que ce qui peut entraîner un isolement et une exclusion c'est justement le fait d'être en dehors de cette norme. Louise aborde que ces patients sont « *enfermés* » dans des hôpitaux telle une prison. En ce qui concerne les patients qu'elle prend en charge dans son EHPAD, elle explique que la situation sanitaire n'a pas aidé et isole encore plus les personnes âgées qui ne peuvent plus voir leur famille alors même que la famille est importante notamment dans la prise en charge des patients atteints de démence. Léonore et Dolly relèvent aussi cet isolement qui est entraîné par la situation sanitaire. L'une d'elles explique que les résidents « *perdent le moral* » et leur état se dégrade. Avec le COVID, il y a moins de promiscuité alors que cela est important pour les personnes-âgées. Pour ceux qui sont dans des secteurs fermés dans l'EHPAD, ils sont doublement confinés, n'ont plus le contact qu'ils avaient avec leur famille auparavant et ils ne voient plus que les soignants. C'est plus ou moins une forme de double punition, ils sont isolés dans une maison dédiée à la prise en charge de personnes dépendantes et n'ont même plus de contact extérieur à cause du COVID. La prise en charge se voit donc grandement impactée par cette situation. C'est une situation compliquée parce que les familles ne pouvaient même pas voir leur proche avant qu'il ne meure. Léonore fait aussi le parallèle avec les hôpitaux psychiatriques, où ils sont aussi enfermés, et où ils ont peu de vie sociale. Dans le cadre de la leucémie, les patients sont aussi obligés de s'isoler.

Là encore il y a une double punition pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques : d'un côté avec la pathologie psychiatrique ils se voient isolés par les autres et du côté de la pathologie fonctionnelle, de la leucémie, ils sont obligés de s'isoler eux-mêmes.

Mildred explique que ces patients deviennent ainsi « *solitaires* » et sont « *en retrait de la société* » (L 132-133). Une personne qui n'est « *pas très bien dans sa peau, dans sa tête* » (L 176) aura plus de mal à s'insérer dans la société. Mildred finit par dire qu'on vit dans une société qui est de plus en plus égoïste et qui ne viendrait pas forcément en aide vers des « *gens qui sont psychologiquement pas très bien* » (L 182-183). Cela peut justement s'expliquer par le fait que cette maladie fasse peur. Qu'elle soit assez imprévisible. Les personnes s'en éloignent car, on ne sait jamais, peut-être que c'est une maladie contagieuse ?

4.2.11. Le rôle de la famille et des proches

En parlant d'exclusion, la famille et les proches des patients ont un rôle à jouer dans la prise en charge. C'est un autre thème que je n'ai pas abordé dans mon cadre de référence mais qui est important pour les soignants dans la prise en charge. Pour les résidents en EHPAD, la famille est clairement importante car ils sont leur seul lien avec l'extérieur. Louise explique que pour la prise en charge de la patiente atteinte d'une démence, ils ont fait venir sa famille malgré le COVID ce qui a beaucoup été apprécié par la résidente. Elle a pu retrouver ces repères, repères qu'elle avait possiblement perdus suite à cette chute qu'elle avait faite et cette scarification qui est arrivée sur son visage. C'est pour cela que Louise explique que « *les familles aident beaucoup* » (L 144-145) et que les soignants ne pourront jamais remplacer la famille. Pour elle, afin d'optimiser leur prise en charge, il faudrait davantage la présence des familles à leur côté. Léonore rejoint ce que dit Louise concernant les prises en charge à domicile. Elle explique qu'elles peuvent être très compliquées si le patient atteint de troubles psychiatriques n'a personne (ni famille, ni proche). Mais avoir une famille présente ne suffit pas pour elle, il faut aussi qu'elle soit « *investie dans la prise en charge* » (L 183). A l'inverse, peut-être qu'un surinvestissement des familles peut avoir un impact négatif comme avec Betsy qui explique que le patient redevenait « *un petit garçon* » (L 194) aux yeux de sa mère. Gwendolyn explique aussi que les familles, dans le service d'oncologie, peuvent disposer de la psychologue également car c'est aussi difficile pour eux. Le suivi psychologique familial est aussi, je pense, important surtout pour les familles qui s'occupent de proches avec des troubles psychiatriques.

Mildred développe d'ailleurs le fait que pour elle, les familles de ces patients ont souvent des « *discordes* » (L 136), ce qui entraîne « *moins de soutien social* » (L 129) provenant de la famille. Pour cette infirmière, la famille a vraiment un rôle important pour le patient. Si elle est soudée, c'est « *énorme* » sur le plan social.

Mais pour elle, la plupart de ces familles étant en discorde, il y a un phénomène de retrait de la société qui se produit pour ces personnes. La famille peut soit aider la personne atteinte de troubles psychiatriques en la soutenant, ou au contraire, accentuer ce mécanisme de stigmatisation déjà présent. Il y aurait ainsi, encore une fois, une double stigmatisation avec le regard porté par la société et le regard des proches. Ce dernier étant certainement plus dur à encaisser pour les malades car il s'agit de leur cercle intime.

4.2.12. La relation

Pour développer cette relation avec le patient, la plupart des infirmières sont d'accord sur le fait que l'empathie et l'écoute soient au centre. C'est aussi ce qu'elles ressentent le plus pour ces patients. Louise explique avoir beaucoup d'empathie puisque « *c'est compliqué* » pour ces patients (L 176). Pour cette infirmière, elle n'a pas particulièrement le temps de parler avec les résidents, c'est donc difficile de créer des liens d'autant plus que contrairement « *aux résidents qui ont toute leur tête* » (L 138), cela sera plus compliqué d'en créer avec des résidents atteints de démence, « *les liens sont encore plus compliqués à former* » (L 140). Ingrid elle, m'explique qu'elle n'a pas pu beaucoup développer son relationnel avec la patiente puisque l'équipe psychiatrique était présente. Elle dit aussi que c'est « *difficile quand même de communiquer* » car elle ne sait pas quoi dire (L 36-37). Comme expliqué auparavant, elle ne voulait pas rentrer dans les détails pour ne pas développer des « *troubles de la perception* » et notamment de la persécution. Cette appréhension sur l'imprévisibilité de la patiente qu'elle avait l'a donc empêché de développer sa relation avec la patiente et a été un frein dans la prise en charge. Elle explique qu'elle faisait « *attention* » à ce qu'elle disait et la manière dont elle le disait (L 49). Si chacun des mots qu'elle avait avec la patiente étaient calculés, la sincérité du discours a dû se perdre et l'échange entre les deux a pu être stérile. Elle cherchait peut-être à fuir la relation à ce moment-là, à cause de cette peur de ne pas savoir comment aborder la patiente. Elle ne voyait pas la relation comme impossible mais avait simplement peur de parler avec la patiente pour ne pas alimenter le délire. Ingrid explique aussi que les patients viennent dans ce service pour se faire opérer, elle n'a donc pas le temps de développer des liens avec la patiente. Ce qui voudrait dire que le relationnel est fonction du temps. Pour Dolly et Léonore c'est aussi « *compliqué* » d'établir un bon relationnel avec un patient dément et ne tenant pas de propos cohérents.

Pour réussir à développer cette relation avec un patient atteint d'une démence, elles ont utilisé le toucher « *caresser les mains* » (L 170) pour l'apaiser lorsqu'il était agité, mais aussi « *le calme et le mettre au calme* » (L 85), c'est être « *rassurant avec des mots rassurants* » (L 68), en utilisant une « *voix rassurante* » (L 74), « *on l'appelle par son prénom* » (L 32) quand elles savent que c'est quelque chose qui apaise le résident. C'est aussi « *essayer de se mettre à la hauteur de la personne* » (L 75), « *se rapprocher* » d'elle (L 77). Elles ont évoqué la difficulté avec le COVID, où elles ont été obligées de porter des masques devant les patients, mais elles cherchaient quand même à garder une promiscuité avec les résidents malgré les gestes barrières. Léonore explique que quand le résident ne va pas bien, elle cherche la cause. Pour elle, « *le relationnel est toujours important dans la prise en charge* » (L 129). Elles essaient de mettre en place des activités, en allant se balader avec eux, « *en racontant une histoire* », « *en mettant de la musique* » (L 113). Elles mettent beaucoup d'outils en place pour le patient pour améliorer cette prise en charge et pouvoir calmer ses angoisses. Elles essaient aussi de les stimuler au niveau cognitif et de faire travailler la mémoire. Les soignants ne cherchent donc pas à fuir cette relation, au contraire, ils cherchent à la développer quand c'est possible. Ils font des efforts pour cette relation jusqu'au moment où ils ne savent plus quoi faire et se retrouvent mis en échec malgré leur volonté.

Mildred rejoint un peu ces deux infirmières, elle explique que quand le patient est en difficulté, « *on essaie de le rassurer, on lui demande qu'est-ce qui l'angoisse* », elle essaie de savoir aussi quel est le problème (L 55-57). Tout en étant dans le « *bien-être* » et dans la « *bienveillance* » (L 202). Mais Mildred explique que même si on est dans la bienveillance, parfois le retour du patient peut être négatif.

Pour Gwendolyn, comme abordé précédemment, ce n'est pas le même relationnel entre un patient atteint de troubles psychiatriques et un patient atteint d'un cancer. Elle « *n'entre pas en contact de la même manière* » (L 347-348). Le lien n'est ainsi pas le même pour cette infirmière. Paradoxalement, elle dit également « *qu'il faut être pareil avec tout le monde* » (L 443) alors qu'elle disait ne pas entrer en contact de la même manière suivant les patients. Elle continue en disant que tout le monde part sur un même pied d'égalité de cette manière et que tout le monde a ses chances concernant la prise en charge. Or, il est difficile de mettre tous les patients sur un même pied d'égalité. Le terme utilisé de « *chance* » laisserait supposer qu'un tirage au sort a lieu et que les gagnants auront « *la chance* » d'avoir une bonne prise en charge.

Il y a quelque chose de très aléatoire avec ce terme et cela rappelle un peu une loterie où on pourrait avoir la chance de remporter un lot, ici l'enjeu étant une bonne prise en charge avec le développement de la relation entre le soignant et le soigné. Mais qu'arrive-t-il si justement, on n'a pas de chance avec cette relation ? Le soigné est-il toujours sur ce fameux « pied d'égalité », sera-t-il soigné de la même façon que les « chanceux » ?

Malgré cette empathie et cette écoute qu'elles mettent en place, certaines comme Louise, sent qu'elle a du mal « à les rassurer » (L 77). De plus, suivant les soins qu'elle réalise, elle dit que c'est comme de « la torture » et c'est pour cela que c'est des prises en charge qu'elle n'aime pas trop (L 111). Pour elle, c'est « limite de la maltraitance » (L 113-114) et n'a pas l'impression de faire son travail correctement. Elle a l'impression de « les forcer à faire quelque chose qu'ils n'ont pas envie de faire » (L 122-123). C'est donc un sentiment très dur pour elle, elle doit également éprouver une certaine culpabilité même si elle ne l'évoque pas. Cette culpabilité est d'ailleurs évoquée pour les aides-soignantes de l'autre EHPAD qui sont moins formées que les infirmières à ces prises en charge.

Dolly apporte également une question intéressante où elle est la seule à l'aborder et qui rejoint cette problématique qu'a ressentie Louise. Elle se demande si les patients ont aussi envi d'être soignés. Nous ne demandons pas le consentement à la personne si elle est atteinte de troubles cognitifs alors que « quand t'as des personnes qui ont leur tête, bah oui bien sûr que tu vas leur demander » (L 406). Ecouter le patient c'est aussi savoir poser des limites dans les soins et ne pas en réaliser un si la souffrance du patient est trop importante.

Mildred se met également à la place de ces patients et dit « que cela ne doit pas être évident » (L 172-173). Elle explique que ce n'est pas non plus facile d'aller aider l'autre car il faut soit même être « mentalement fort » parce que les personnes qui sont « psychologiquement atteintes » n'ont pas « un comportement de dialogue facile » (L 199-201).

Avec cette empathie qu'elles ressentent envers ces patients, elles se disent également « j'espère qu'on finira pas comme ça » comme dit Léonore (L 209). Elles ont elles-mêmes du mal à se projeter. Pour Dolly et Léonore, elles ne se voient pas mettre leurs parents dans un EHPAD par exemple et elles ne se voient pas non plus finir ici. Dans cette situation, elles se projettent à la place des patients, ce qui peut aussi entraîner une fuite de la relation, car il y a la peur que cela nous arrive également. Cela renvoie une image dure aux soignants qui leur souligne leur propre faiblesse, et le fait qu'ils ne sont pas immortels, que la vie s'arrête et cela a quelque chose d'insoutenable.

Dolly exprime la fatigue accumulée également avec cette surcharge de travail. Malgré tout, elles parlent également d'un projet en cours de développement appelé « Humanitude » visant à faire en sorte que les patients se sentent davantage chez eux afin d'améliorer leur qualité de vie dans l'établissement.

En ce qui concerne la psychiatrie, Dolly dit qu'elle se sent « *démunie suivant la situation* » (L 345). C'est un sentiment qui est partagé par Gwendolyn qui dit se sentir « *désemparée* » (L 240) notamment parce que ce n'est pas une spécialité qu'elle a choisie. Mais malgré la spécialité ou le service dans lequel nous avons décidé de travailler, nous devons soigner tous les patients. Il faut savoir agir quelle que soit la spécialité et même si elle ne correspond pas à celle dans laquelle nous travaillons. Après tout, nous prenons en charge des personnes, des êtres humains et non pas des spécialités. L'être humain est hors spécialité. Il n'est pas défini que par une spécialité. Nous ne choisissons pas les patients que nous prenons en charge. Ils ne peuvent donc pas se résumer à de simples spécialités. Le soignant ne peut pas décider de prendre en charge uniquement le côté fonctionnel du patient, il se doit de le prendre en charge de manière globale en incluant tout ce qui fait que cette personne est une individualité. Si on se spécialise, cela voudrait-il dire qu'on travaille pour sa spécialité ou pour apporter quelque chose au patient ?

Dolly explique que ce qui est difficile aussi dans la psychiatrie, c'est de voir de jeunes personnes décompenser. Ce n'est pas uniquement les personnes âgées qui sont atteints de la maladie. C'est aussi prendre connaissance que les jeunes peuvent être atteints, et cela renvoie à la mortalité humaine. La psychiatrie est aussi difficile pour Gwendolyn car d'après elle, ils sont parfois « *un peu à court de solutions* » (L 246). Les soignants sont mis en situation d'échec ce qui met une certaine limite dans la prise en charge. Les soignants n'ont pas de mauvaise volonté concernant la prise en charge de ces patients, tout au contraire. Cependant, ils se trouvent souvent démunis face à eux et totalement impuissants lorsque les méthodes utilisées ne fonctionnent pas. Gwendolyn termine en disant se sentir « *trop triste* » (L 315) en pensant à ces personnes atteintes de psychoses, mais aussi parce qu'il « *n'y a aucune solution, on ne peut pas les guérir* » (L 316). Betsy contrebalance un peu ce qu'elle dit en expliquant que certains traitements médicamenteux sont très efficaces justement. Elle ne parle pas cependant de soins relationnels ou de suivi psychologique qui peuvent être proposés. Dolly ajoute que parfois, être doux ne suffit pas pour ces patients et à part une piqure de neuroleptique en intra-musculaire, il n'y a rien qui peut les calmer, alors que c'est différent avec la personne-âgée.

Il y aurait donc une différence de prise en charge entre la personne âgée atteinte de démence et la personne atteinte de troubles psychiatriques pour Dolly.

4.2.13. Une prise en charge compliquée

S'il y a bien une chose sur laquelle toutes les infirmières sont d'accord, c'est que les prises en charge de ces patients sont particulièrement « *compliquées* ». C'est, je pense, le mot le plus utilisé pendant tous mes entretiens pour qualifier ces prises en charge ce qui met en évidence cette difficulté que les soignants ressentent. On peut tout de même constater, que les infirmières des deux EHPAD prennent réellement en charge la personne dans sa globalité. Alors que les infirmières travaillant dans des services de soins généraux ont tendance à déléguer le travail vers les collègues spécialisés dans la psychiatrie et vers les psychologues. Gwendolyn d'ailleurs explique qu'en oncologie, elles gèrent que « *la leucémie* » (L 201) et elles se concentrent sur le « *problème hémato* » (L 204) quand les patients sont déjà suivis. Si elles délèguent, cela peut s'expliquer par le fait que ces patients ne sont qu'une minorité parmi les autres. De plus, si le patient arrive dans leur service, c'est qu'il a un problème fonctionnel qui se doit d'être traité en priorité. On retrouve ainsi cette notion de spécialité, ou chaque spécialité est traitée de manière séparée sans les rattacher à ce qui les unies, le patient qui est en leur centre.

Pour Betsy et Gwendolyn, le plus important c'est que « *tout le monde soit soigné pareil* » (L 447), et que « *peu importe ta couleur de peau, ta religion, si t'es psy, si t'es pas psy, si t'es grand, petit, maigre, gros... bah tu seras soigné de la même manière. C'est un peu la chance qu'on a en France d'ailleurs. De pas soigner les riches plus que les pauvres. C'est une chance !* » (L 448-451). Je pense que oui, tout le monde est traité à l'hôpital mais malheureusement, ce ne sera pas de la même manière. Particulièrement quand les personnes sont issues de différentes catégories sociales. Rien que par l'accès à certains traitements par exemple. Les personnes ayant moins de moyens n'auront pas accès aux traitements contrairement aux plus riches. Il y a toujours des inégalités. Une personne qui entre dans un service et qui est en état d'incurie totale et en état d'ébriété ne sera pas traitée de la même manière qu'une personne avec une bonne hygiène et étant polie et agréable.

4.2.14. Un manque de connaissances ?

On peut se demander si la raison pour laquelle la prise en charge est si compliquée, est parce qu'il y a un manque de connaissances sur le sujet subsiste chez les soignants. Ce manque de connaissances est abordé par Louise, qui dit que la formation n'est pas dédiée là-dessus, et que malgré les cours qui sont donnés, « *on les lâches sans trop savoir à quoi s'attendre* » dans des stages dans des services de psychiatrie (L 166-168). Elle ajoute « *se retrouver là-dedans avec le peu de connaissances qu'on a à la base en cours je trouve ça un peu... un peu limite* » (L 171). Elle ne s'estime pas assez prête avant d'aller en stage dans ces lieux. Elle explique que ce n'est pas forcément un manque de connaissances mais plutôt un manque de « préparation » à « *ce qu'il se passe en psychiatrie* » (L 180). Elle explique qu'en cours elle n'a pas été préparée à voir ce qu'elle a pu voir, ce qui peut expliquer ce sentiment de « violence » qu'elle a pu évoquer auparavant. Ce qui l'a donc le plus marqué est davantage ce stage qu'elle a passé en psychiatrie et qu'elle a trouvé violent.

Ingrid a peu de connaissances sur le sujet ce qui peut expliquer son appréhension, elle indique ne pas connaître les différents symptômes, ne pas savoir différencier les pathologies.

Dolly et Léonore parlent d'un manque de formation dans les équipes mais surtout sur la personne-âgée, des pathologies qui peuvent être rencontrées comme la démence. Dolly aborde quand même un manque de connaissances sur la manière de gérer les situations dans un contexte psychiatrique où « *le savoir être ne suffit pas toujours* » (L 341). Cependant, je pense qu'il est compliqué d'apprendre à des personnes comment réagir en fonction de différentes situations, car justement chacune d'entre elles est singulière. On ne réagira pas forcément deux fois de la même manière pour deux mêmes situations, et ce n'est pas parce qu'on a réagi de la bonne manière à une situation, que ce sera un comportement à adopter pour les situations similaires. De plus, on peut se demander si le manque de connaissances peut réellement justifier cette difficulté de la prise en charge. En effet, même en acquérant plus de connaissances sur la maladie, nous ne soignons pas et ne prenons pas en charge une maladie mais une personne. Apprendre plus de choses sur les pathologies pourrait permettre de trouver plus de solutions et réduire cette appréhension des soignants. Cependant, les connaissances ne règlent pas la question du relationnel avec le patient. Le manque de connaissance sur la pathologie du patient serait donc davantage une excuse.

Gwendolyn et Betsy trouvent que la formation apporte bien assez de connaissances en psychiatrie. Gwendolyn dit avoir « *trop mangé de psy* » (L 335) mais en parallèle elle dit aussi qu'elles ne sont pas habituées à ce type de prise en charge et qu'elles ne sont pas « *formées* » (L 57). Elle ajoute « *le problème de ces prises en charges là* » c'est qu'elles ne sont pas « *trop habilitées* » (L 63). Pour Mildred aussi, la psychiatrie est une spécialité à part de toute façon. Elle explique que ce n'est pas sa spécialité « *c'est pas notre spécialité première* » (L 117) et que forcément « *on n'a pas plus de formation que ça* » (L 117) à ce sujet. Si cela ne correspond pas à notre spécialité « première » alors ne pouvons-nous pas prendre en charge le patient de manière adaptée ? Cette question de la spécialité semble être importante et être une difficulté dans la prise en charge des patients par les soignants.

5. PROBLEMATIQUE

5.1. QUESTIONNEMENT

Si je reprends ma question de départ qui était « **Quel est l'impact des représentations des soignants sur les personnes atteintes de troubles psychiatriques, dans la relation soignant / soigné (en dehors des établissements spécialisés dans la psychiatrie) ?** » je me suis vite rendu compte qu'il est difficile de mesurer l'impact des représentations des soignants sur la prise en charge des patients. J'ai pu mettre en évidence certaines représentations des soignants cependant, l'impact que ces dernières ont sur leur prise en charge est plus complexe à démontrer puisque les soignants des soins généraux ont eu tendance à faire appel à d'autres professionnels pour les aider dans cette prise en charge.

Malgré tout, j'ai pu constater que les soignants travaillant dans les soins généraux et dans des lieux de vie, perçoivent une grande difficulté à prendre en charge des patients atteints de troubles psychiatriques. Ils mettent en exergue cette difficulté de prise en charge notamment en développant le fait qu'ils ne sont pas spécialisés dans le domaine de la psychiatrie. Ils expliquent qu'ils ne traitent uniquement que la pathologie fonctionnelle et qu'ainsi, la pathologie psychiatrique n'est pas de leur ressort mais de celui de professionnels tels que les psychologues, psychiatres ou infirmiers travaillant en psychiatrie. Cela impliquerait qu'un soignant est spécialisé dans un domaine précis. Mais est-ce qu'être soignant, c'est être spécialisé dans un domaine particulier ? Cette relation qu'ils ont tant de mal à développer avec les patients atteints de troubles psychiatriques, faudrait-il qu'ils soient aussi spécialisés dans le domaine de la psychiatrie pour pouvoir les prendre en charge ? Cela indique qu'il faudrait qu'il y ait une forme de spécialisation pour qu'une relation puisse se développer entre soignant et soigné. Mais cette spécialité pourrait justement cacher le sujet que représente le soigné. Ne prendre en considération que la partie fonctionnelle du patient, et mettre de côté la partie psychiatrique, c'est ne pas reconnaître entièrement la personne telle qu'elle est. C'est la cacher derrière sa pathologie fonctionnelle. C'est cacher une partie de son identité qui fait d'elle une personne unique. C'est finalement, diviser la personne afin de la rentrer dans des cases que l'on a soi-même créées afin de « pouvoir la prendre en charge ». Mais le fait de perdre l'unicité de cette personne, le fait de se concentrer uniquement sur une maladie signifierait ainsi que l'on soigne la maladie.

Mais est-ce qu'on soigne une maladie ou une personne ? Être spécialisé reviendrait ainsi à omettre la personne qui est là, c'est prendre en charge une maladie et non pas un sujet. Mais nous soignons des patients, des personnes, des êtres humains et non pas une maladie. Cette hyperspécialisation des soins ferait ainsi partir le sujet, elle mettrait le patient à distance pour pouvoir traiter la maladie en se basant sur des connaissances et des savoirs médicaux.

Il y a aussi une forme de technicisation des soins. Claire Marin l'a évoqué, la médecine se technicise de plus en plus. Ce sont davantage les résultats qui comptent dans la société actuelle. Le soignant aujourd'hui, chercherait davantage à obtenir un résultat pour le patient, c'est la technique et le savoir qui priment sur la relation. La psychiatrie demandant principalement du soin relationnel, celle-ci a plus de mal à trouver sa place parmi toutes ces sciences.

C'est de cette manière que nous pourrions nous demander : Comment l'hyperspécialisation fait disparaître le sujet derrière la science ?

5.2. QUESTION DE RECHERCHE

Ma question de recherche est donc la suivante : **Comment l'hyperspécialisation fait disparaître le sujet derrière la science ?**

6. CONCLUSION

Nous avons pu ainsi voir que la prise en charge de la maladie psychiatrique est particulièrement complexe du fait de divers facteurs. Cette maladie, autrefois vue comme étant une forme d'aberration de la nature, a l'air d'être davantage acceptée, du moins plus que durant certaines époques de notre histoire. De nos jours, les patients sont toujours considérés comme des « fous » y compris chez les soignants. Ils montrent cependant beaucoup d'empathie envers les patients même s'ils ne les considèrent pas forcément comme les autres malades, du fait de l'origine de leur maladie. Certaines représentations subsistent également chez eux, mais malgré toutes ces représentations que portent les soignants, la peur et l'appréhension qui découlent de cette prise en charge, il est important de noter que des efforts sont réalisés pour développer le relationnel. Ce n'est pas un manque de volonté de leur part, mais plutôt une appréhension, et notamment la peur d'être en échec avec les patients qui modifie leurs actions et leur manière de penser dans cette prise en charge si complexe pour ces patients atteints de troubles psychiatriques. Ils sont renvoyés à leurs propres limites lorsque les méthodes qu'ils emploient ne fonctionnent pas. Tout au long de ce travail, nous avons aussi pu constater une généralisation de la norme à travers différentes époques jusqu'à maintenant. Cette norme qui définit à la fois ce qui est une conduite acceptable, et ce qui ne l'est pas, ce qui est normal et ce qui est anormal. Ce normal qui finalement est quelque chose d'assez subjectif et propre à chacun.

Ce travail m'a permis d'élargir mon champ de réflexion. Lorsque j'ai démarré ce travail de fin d'études, j'avais moi-même des représentations sur ces soignants, qui, je trouvais, n'avaient pas une prise en charge adaptée envers ces patients. Pour moi, ces soignants étaient des soignants qui n'appréciaient pas les patients un peu « différents » à cause de leurs représentations, qu'une forme de mépris s'installe, ce qui impacte ainsi le développement de la relation soignant-soigné. J'avais une vision assez simpliste au final. Alors qu'après avoir démarré ce travail et surtout le moment où je me suis rendue sur le terrain, je me suis rendu compte que ce n'était pas si simple. Ces soignants sont réellement en difficulté dans ces prises en charge, car ils sont partagés à la fois par cette peur qui est présente d'être face à quelqu'un qui peut potentiellement être dangereux, par leurs appréhensions d'être mis en échec mais aussi par leur volonté de bien faire, notamment dans la spécialité dans laquelle ils exercent. Le fait de réfléchir à ces représentations qu'ils portent, m'a permis de réfléchir à mes propres représentations.

Car j'ai également pensé de la même manière qu'eux à un moment donné dans ma vie. Il est impossible de ne pas avoir de représentations. Cependant, je pense que dans la relation de soins, il est important de se départir de ses représentations pour pouvoir laisser place à la personne qui se trouve en face de nous et pour pouvoir pleinement l'écouter sans être biaisé. Cela montre aussi pourquoi il est important de réfléchir la relation que l'on a avec les patients.

Ce travail m'a également apporté beaucoup de connaissances, beaucoup d'idées de différents auteurs que j'ai particulièrement appréciés comme Michel Foucault ou Claire Marin que j'ai cités à de nombreuses reprises dans mon cadre de référence tant leurs idées me parlaient.

Certaines idées abordées par Claire Marin, m'ont permis également d'essayer de comprendre ce que pouvait ressentir le malade, cette « violence de la vie ». Je trouve qu'il est très intéressant pour un soignant de se mettre à la place du malade ne serait-ce que pour comprendre ce qu'il peut ressentir. Cette maladie qui vient finalement prendre toute la place pour la personne, à tel point qu'il semble que même les soignants ne voient plus qu'elle.

Ce travail de fin d'études va ainsi me permettre également de ne pas m'arrêter à la maladie que je vois, mais de regarder également la personne qui se cache derrière, de savoir qui elle est et ce qui la constitue. De toujours réfléchir à ce qui peut être fait pour la personne, et non pas pour la maladie.

Cela m'a permis également de porter un tout autre regard sur cette stigmatisation qui continue à se développer, pas seulement au niveau de la maladie psychiatrique, mais aussi dans le contexte social. Ce regard du soignant doit continuer à être réfléchi, et doit savoir se départir de ses aprioris afin de réellement pouvoir rencontrer la personne qui se trouve en face de soi.

7. BIBLIOGRAPHIE

- Bevalot, A., Estingoy, P. (2013). Les patients atteints de schizophrénie face à l'emploi. A propos d'une enquête sur les représentations sociales du handicap psychique. *L'information psychiatrique*, 89, 135-141.
- Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses universitaires de France. DOI : 10.3917/puf.cangu.2013.01.
- Chevallier, D., & Dunezat, P. (2007). Psychiatrie, stigmatisation et étudiants infirmiers : influence et déterminants pour un projet d'exercice professionnel. *L'information psychiatrique*, 83, 675-681.
- Douville, O. (2007). Alzheimer : les représentations des professionnels soignants. *Le journal des psychologues, Alzheimer : inventer les soins psychiques*, 250, 26-32.
- Dumouchel, P., & Grivois, H. (1999). *Histoire et psychiatrie*. Commentaire, 88, 847-856. En ligne <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-commentaire-1999-4-page-847.htm>.
- Foucault, M. (1999). *Les anormaux. Cours au Collège de France, 1974-1975*. Paris : Seuil.
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalité. *Recherche en soins infirmiers*, 89, 33-42.
- Giordana, J-Y. (2011). Lutter contre la stigmatisation, un enjeu majeur en santé mentale. *Soins psychiatrie, La déstigmatisation en psychiatrie*, 275, 14-18.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. Lonrai : Les Editions de Minuit.
- Hochmann, J. (2004). *Histoire de la psychiatrie* (5e éd.). Paris : Presses Universitaires de France/Humensis.
- Jeoffrion, C. (2009). Santé et représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de professionnels de santé et non-professionnels de santé. *Les cahiers Internationaux de Psychologie*, 82, 73-115.
- Jouffret, A. (2011). Stigmatisation et déstigmatisation à l'épreuve de la ségrégation. *Soins psychiatrie, La déstigmatisation en psychiatrie*, 275, 19-22.
- La ligue de l'enseignement. (s.d.). *Représentations sociales, catégorisation, stéréotypes et préjugés*. En ligne : [https://discrim.fr/de-quoi-parle-t-on/de-la-representation-a-la-](https://discrim.fr/de-quoi-parle-t-on/de-la-representation-a-la)

8. ANNEXES

Sommaire des annexes

Annexe 1 : Autorisation de diffusion du travail de fin d'études.....	I
Annexe 2 : Guide d'entretiens.....	II
Annexe 3 : Autorisations des demandes d'entretiens.....	III
Annexe 4 : Retranscriptions des entretiens.....	IV
Annexe 5 : Grille d'analyse.....	XL

Annexe 1



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : Mélanie CHRISTOS

Promotion : **2018-2021**

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

Un autre... si différent ?

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui

non

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui

non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 08/05/2021

Signature :

Annexe 2

Mon thème de mémoire est le suivant : la prise en charge de patients atteints de troubles psychiatriques dans des établissements de soins généraux ainsi que des lieux de vie.

J'envisage de réaliser un entretien semi directif afin de pouvoir lancer le soignant sur une question principale tout en veillant à recentrer avec d'autres questions (les questions de relance) s'il s'écarte trop du sujet de la question. Je voudrais réaliser 6 entretiens avec 3 infirmiers travaillant dans des services de soins généraux à l'hôpital et 3 infirmiers travaillant dans des lieux de vie. Il serait également intéressant d'avoir des réponses d'infirmiers ayant différentes années d'expérience.

Questions de présentation :

1. Depuis combien de temps exercez-vous ?
2. Quel est votre parcours professionnel ?

La première question que j'envisage de poser pour démarrer l'entretien est la suivante :

3. Pourriez-vous me raconter comment s'est déroulée une prise en charge avec un patient atteint de troubles psychiatriques ?

Les questions de relance que j'envisage sont les suivantes :

Concernant le savoir :

4. Pour vous, comment définiriez-vous la maladie mentale ?
5. Qu'évoque le terme de psychiatrie pour vous ?
6. Qu'évoque le terme de représentation sociale pour vous ?

Concernant la prise en charge et le relationnel avec les patients :

7. Que ressentez-vous lors de la prise en charge d'un patient atteint de troubles psychiatriques ?
8. Avez-vous déjà appréhendé une prise en charge avec un patient atteint de troubles psychiatriques ? Avez-vous déjà été mis en difficulté dans cette prise en charge et pour quelle raison ?
9. Pourquoi avoir choisi cette prise en charge là et pas une autre ?
10. Qu'auriez-vous besoin pour optimiser votre prise en charge d'après vous ?

Pour terminer l'entretien :

11. Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Annexe 3



CENTRE HOSPITALIER [REDACTED]
[REDACTED]

DIRECTION DES SOINS
[REDACTED] (secrétariat)

Avignon, le 9 mars 2021

Le Directeur des Soins
[REDACTED]

Madame Mélanie CRISTOS
[REDACTED]
84000 AVIGNON

Nos Réf. : TI-11/MP/21
Vos Réf. : votre courrier du 1^{er} mars 2021

Objet : TFE

Madame,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche. Je vous demanderais de bien vouloir prendre contact avec Madame [REDACTED] cadre de santé ergothérapeute du service de rééducation fonctionnelle au [REDACTED], Madame [REDACTED] cadre de santé du service de gynécologie au [REDACTED], Madame [REDACTED] cadre de santé du service d'onco hématologie 1 au [REDACTED] 05, dès réception de ce courrier.

Je vous prie d'agréer Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

LE DIRECTEUR DES SOINS

[REDACTED]

En ce qui concerne les 3 autres entretiens réalisés dans 2 EHPAD différents, j'ai uniquement eu des confirmations orales provenant des cadres ainsi que d'un des directeurs. Je n'ai cependant pas eu de lettres écrites de ces confirmations car tout s'est fait au téléphone.

Annexe 4 :

1^{er} entretien réalisé dans un EHPAD d'Avignon

- 1 **Moi** : Merci d'avoir accepté de réaliser cet entretien. Donc euh... oui mon mémoire est sur, je ne sais
2 pas, si on vous la dit... Le sujet ?
- 3 **Louise** : Non.
- 4 **Moi** : C'est sur la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques mais en dehors de la
5 psychiatrie, dans les soins généraux. Donc... déjà je voudrais commencer par une petite présentation.
6 Depuis combien de temps vous exercez ici ?
- 7 **Louise** : Alors là ça fait vraiment pas longtemps. Je suis diplômée depuis 2015. J'ai fait une grosse partie
8 à l'hôpital en pédiatrie.
- 9 **Moi** : D'accord.
- 10 **Louise** : Voilà donc je suis ici depuis début février.
- 11 **Moi** : D'accord.
- 12 **Louise** : Donc c'est vraiment tout récent.
- 13 **Moi** : Oui. Et oui du coup le parcours professionnel, qu'est-ce que vous avez fait en particulier ?
- 14 **Louise** : Alors du coup j'ai commencé à l'hôpital en maternité, après j'ai été en pédiatrie euh... En
15 pédiatrie bah j'ai tourné peu dans les services adultes à l'hôpital, j'ai été en crèche, en laboratoire
16 (rires)...
- 17 **Moi** : Ah oui !
- 18 **Louise** : Et je suis arrivée ici.
- 19 **Moi** : Ça fait combien de temps que vous êtes diplômée vous avez dit ?
- 20 **Louise** : Depuis 2015.
- 21 **Moi** : Ah oui 2015, d'accord. Donc ma première question, pour débiter un peu l'entretien, c'est
22 « pourriez-vous me raconter comment s'est déroulée une prise en charge avec un patient qui était atteint
23 de troubles psychiatriques » ?
- 24 **Louise** : Euh... je réfléchis à une situation avec un patient ayant des troubles psychiatriques... j'en n'ai
25 pas qui me vienne là...
- 26 **Moi** : Ou sinon dans un autre service ou...
- 27 **Louise** : Bah déjà je comme j'ai beaucoup travaillé en pédiatrie je sais que la psychiatrie c'est à part...
- 28 **Moi** : Oui c'est sûr...
- 29 **Louise** : Mais euh... je réfléchis... il doit bien y en avoir un...
- 30 **Moi** : Ou sinon atteint de démence peut être.
- 31 **Louise** : Oui ?
- 32 **Moi** : Oui.
- 33 **Louise** : Ici il y a pas mal de démence. Il y a pas vraiment ici de troubles vraiment psychiatriques...
- 34 **Moi** : De démence ça me va aussi.
- 35 **Louise** : Oui... Je suis en train de réfléchir... Et du coup vous vouliez quoi ? Une situation....
- 36 **Moi** : Oui tout à fait une situation de prise en charge.
- 37 **Louise** : Ah bah là il y en a eu une récemment avec une patiente qui a une démence et qui a chuté dans
38 la nuit de la semaine dernière. Bon après, ça a été très très compliqué parce qu'effectivement du coup
39 elle était déjà... Elle est arrivée il y a peu de temps ici. Elle est arrivée à peu près en même temps que
40 moi. Donc déjà l'adaptation à la nouvelle vie d'ici ça a été très compliqué.
- 41 **Moi** : Et oui...

42 **Louise** : Elle était très angoissée parce qu'elle est atteinte d'Alzheimer depuis plusieurs années et euh...
43 c'est vrai qu'elle a été... ça a été compliqué de la rassurer. Elle dormait pas du tout la nuit. On lui avait
44 mis en place un traitement pour l'aider à dormir la nuit et en fait bah le fait de chuter ça l'a complètement
45 chamboulée dans ses habitudes. Alors qu'elle avait pris ses habitudes ici. Donc du coup ça a été très
46 compliqué parce qu'en plus elle a été marquée au niveau du visage. Donc en fait malgré sa démence,
47 dès qu'elle se voit dans le miroir, ça lui rappelle tout ce qui s'est passé.
48 **Moi** : Et oui...
49 **Louise** : Donc c'était il y a dix jours et... elle n'est toujours pas rassurée, elle est toujours pas... aussi...
50 en fait ça l'a reperturbée complètement. Comme quand elle est arrivée ici.
51 **Moi** : D'accord... et qu'est-ce que vous faites du coup pour essayer de pallier un peu à ça ?
52 **Louise** : Alors du coup ! Bah déjà au début nous on a essayé de la rassurer après ce qu'on a fait c'est,
53 malgré le COVID, on avait un peu du mal à faire rentrer les familles, on a fait une exception. Donc le
54 week-end dernier sa fille est venue. Elle a ses deux filles, elle en a une qui est infirmière. Donc on a
55 souhaité que sa fille vienne un petit peu parce qu'on savait vraiment plus quoi faire pour la rassurer et
56 elle était en boucle sur ce qui s'était passé, sur « il faut prévenir ma fille, le médecin ». Donc du coup sa
57 fille est venue avec une petite dérogation COVID. Sa fille est venue passer deux heures avec elle. Après
58 on lui a fait faire passer quelques examens pour essayer de la rassurer un peu. On essayait d'éviter
59 qu'elle pense sans cesse à ce qui s'était passé puisque dès qu'elle se voit dans le miroir elle repart en
60 boucle dessus donc on essaie de l'occuper un petit peu. C'est une dame à qui on note un peu tout le
61 dérouler de la journée sur une ardoise.
62 **Moi** : Oui.
63 **Louise** : On note tout le déroulé de la journée et en fait elle se... elle lit sans cesse son ardoise.
64 **Moi** : D'accord.
65 **Louise** : Ce qu'elle doit faire, à quelle heure... On a essayé de combler en lui faisant faire plusieurs
66 choses et parfois elle participe aux animations du midi et bon les journées passent un peu plus... un peu
67 plus vite.
68 **Moi** : D'accord et vous faites quoi comme animations un peu ?
69 **Louise** : Il y a un peu de tout... il y a des ateliers de mémoire, il y a... il y a vraiment de tout, il y a de la
70 gym douce.
71 **Moi** : Et elle participe un peu à tout ça ?
72 **Louise** : Oui elle participe quasiment à tout. Puis ici il y a un jardin donc elle sort pas mal aussi. Bon là
73 aujourd'hui il fait pas très beau mais bon. Sinon ils sortent pas mal en balade.
74 **Moi** : D'accord. Et euh... qu'est-ce que vous ressentez un peu dans la prise en charge de ce type de
75 patient ?
76 **Louise** : Alors beaucoup... je dirais beaucoup d'empathie puisque c'est vrai que ça a été compliqué.
77 Alors il y a beaucoup d'empathie parce que c'est... on sent qu'on a du mal à les rassurer et à être euh...
78 à être aussi présent que ce qu'il faudrait puisqu'en fait on n'a pas vraiment le temps. Mais vraiment...
79 en tout cas du côté infirmier on est une infirmière pour trente résidents donc on compte le nombre de
80 minutes qu'on a pour chaque résident. Alors que pour elle en fait il faudrait être euh... très souvent là
81 et c'est vrai qu'avec le COVID bah ils sont pas mal isolés et ils ont pas trop de visite...
82 **Moi** : C'est vrai.
83 **Louise** : Par exemple cette dame elle a une heure toutes les semaines. Et euh... ça fait vraiment très peu
84 et en fait on n'a pas... on n'a pas le temps donc... il y a l'empathie d'un côté et de l'autre côté le manque
85 de...
86 **Moi** : Manque de temps ?
87 **Louise** : Oui le manque de temps.

88 **Moi** : C'est quelque chose que vous reprochez un peu à tout... un peu à... comment dire ? Au niveau de
89 la prise en charge de tous les résidents ?
90 **Louise** : Oui.
91 **Moi** : Oui ?
92 **Louise** : Oui. Ah mais on n'a vraiment pas... on n'a vraiment pas de temps. Et encore qu'ici je pense
93 que, j'ai pas fait cinquante mille EHPAD, mais... en étant, en ayant travaillé en laboratoire surtout avec
94 le COVID, c'est vrai qu'ici on est quand même pas trop mal lotis parce qu'une infirmière pour trente...
95 il y en a c'est une infirmière pour quatre-vingt.
96 **Moi** : Oui c'est sûr...
97 **Louise** : Mais... et pourtant on n'a quand même pas vraiment un bon nombre de temps pour chaque
98 résidents... en particulier... en plus on fait des coupés ici, donc du coup on participe pas trop aux
99 animations plutôt... On est vraiment là que pour les soins, dès qu'on a des traitements, on fait des
100 pansements mais on n'a pas vraiment de temps pour discuter avec eux. On est là que sur les temps forts.
101 **Moi** : Donc vous voudriez un peu plus discuter avec eux ? Prendre le temps de parler...
102 **Louise** : C'est vrai qu'on aimerait bien enlever ce coupé pour avoir le créneau ou nous on aurait plus de
103 temps. On serait déjà un peu plus disponible puisque c'est vrai qu'on n'a pas trop le temps... Après il y
104 a pas mal d'aides-soignantes. Elles sont aussi en nombre... enfin c'est euh... vraiment correct au niveau
105 du nombre. Et elles par contre elles prennent... elles ont déjà plus de temps que nous déjà.
106 **Moi** : D'accord. Et vous avez déjà appréhendé une prise en charge avec un patient comme ça ou...
107 **Louise** : Alors oui sur une autre qui a une démence... enfin... aussi qui est ici, qui a un pansement, qui
108 a elle aussi chutée et a un scalp au niveau de la jambe mais s'est arraché la moitié de la peau de la jambe.
109 Donc elle a un pansement qui est un peu long et pareil, c'est une dame qui a une... qui a une démence
110 et en fait le pansement, c'est un peu comme de la torture... elle hurle. Donc c'est vraiment des prises en
111 charge que j'aime pas trop alors généralement on s'y met à deux, en binôme avec l'aide-soignante quand
112 elle fait la toilette pour euh... pour les soins comme les toilettes elle déteste ça et elle hurle aussi. Donc
113 on essaie de grouper un peu les soins et d'être deux mais c'est limite... c'est euh... limite de la
114 maltraitance. Mais c'est qu'on a cette impression là parce qu'elle déteste les soins, elle hurle quand on
115 fait le pansement, elle appelle au secours... Donc c'est vraiment des pansements que je déteste faire.
116 **Moi** : Oui oui je comprends... Et euh... Oui donc il y a beaucoup de... il y a cette appréhension et il y
117 a pas aussi un peu de peur peut être ?
118 **Louise** : De peur non, mais c'est plus le fait de... j'ai l'impression de faire... pas « mal » mon travail
119 mais c'est pas comme j'aimerais faire quoi.
120 **Moi** : Oui ... et oui...
121 **Louise** : Non c'est que j'aime pas, c'est que j'appréhende... c'est de l'appréhension parce que j'aime
122 pas ce genre de pansement, enfin le soin en général, j'ai l'impression de les forcer à faire quelque chose
123 qu'ils ont pas envie de faire... Bon en même temps, enfin je trouve on peut pas lui laisser son
124 pansement...
125 **Moi** : C'est sûr... Et pourquoi avoir choisi cette prise en charge en particulier ?
126 **Louise** : Quelle prise en charge ?
127 **Moi** : Par rapport à ma première question, sur la patiente qui est tombée, qui a fait une chute...
128 **Louise** : Celle avec le pansement ?
129 **Moi** : Celle d'avant avec l'histoire du miroir.
130 **Louise** : Alors... Beh... parce que c'était le seul moyen qu'on a trouvé de la rassurer. Donc euh... Oui
131 c'est pour vraiment...
132 **Moi** : C'est le côté positif en fait ?

133 **Louise** : Oui... oui c'est vraiment ce qu'on a trouvé puisque c'est une dame qui est arrivée il n'y a pas
134 longtemps donc on la connaît pas trop non plus.

135 **Moi** : Oui c'est compliqué.

136 **Louise** : Oui.

137 **Moi** : Vous la connaissez pas bien donc... en plus de ça les liens ne se sont pas trop créés ?

138 **Louise** : Ben c'est ça puis en plus avec sa pathologie aussi c'est compliqué. C'est compliqué d'en créer.
139 Un résident qui a toute sa tête et... forcément un lien va se créer plus vite alors qu'elle euh... limite elle
140 va nous redemander qui on est, le nom, le prénom puis après elle va... elle va forcément se
141 rappeler... donc forcément les liens sont encore plus compliqués à former.

142 **Moi** : Oui c'est sûr... et du coup à votre avis, qu'est-ce que... de quoi auriez-vous besoin pour optimiser
143 cette prise en charge ? Plus de temps ?

144 **Louise** : Oui. Plus... Oui plus de temps et... Et je dirais plus de présence des familles. Parce qu'alors
145 moi je n'ai pas vécu le sans COVID mais bon de ce que j'en entends parler ça... Les familles aident
146 quand même beaucoup... et nous on peut pas pallier... on peut pas remplacer une famille. Ils le vivent
147 très mal et autant cette personne-là qui est Alzheimer et celle qui n'a pas Alzheimer enfin... elles nous
148 disent toutes que le manque ça les isole, enfin... ça les met quand même en difficulté par rapport à cette
149 situation. Donc oui la présence des familles aussi.

150 **Moi** : La présence des familles.

151 **Louise** : Oui.

152 **Moi** : Alors après j'ai des questions, plus sur le thème de la psychiatrie.

153 **Louise** : Oui (rires).

154 **Moi** : (Rires) Désolée. Euh... Pour vous comment est-ce que vous définiriez une personne qui est
155 atteinte de troubles psychiatriques ?

156 **Louise** : Est-ce que vous pouvez répéter ? Comment je définirais... ?

157 **Moi** : Oui la maladie mentale ?

158 **Louise** : Ah euh... Bah c'est une maladie qui se développe... qui est là depuis la naissance, qui peut se
159 développer à... à... plus tard. Et qui engendre aussi des troubles du comportement, des troubles de la
160 sociabilisation. Euh... qui du coup doit être pris en charge au niveau psychologique et même
161 médicamenteuse...

162 **Moi** : Oui il y a un côté relationnel c'est ça ?

163 **Louise** : Oui de sociabilisation aussi.

164 **Moi** : Oui... Et qu'évoque le terme de psychiatrie pour vous ?

165 **Louise** : Alors pour moi c'est (rires) tout un côté que je n'ai pas trop... adhéree durant ma formation.

166 **Moi** : Non mais c'est normal on ne peut pas tout apprécier.

167 **Louise** : Parce que je trouve que déjà au niveau de la formation on n'est pas très dédiée là-dessus. Au
168 niveau des cours et au niveau voilà... Et qu'on nous lâche un peu comme ça dans les stages... voilà sans
169 trop savoir à quoi s'attendre... enfin moi j'ai été en stage en hôpital de jour en psychiatrie et j'ai fait une
170 semaine ou j'ai été en unité fermée à XXXXXXXXXX et j'étais pas prête à voir ce que j'ai vu en secteur
171 fermé hein. Je ne vous mens pas, déjà que j'accroche pas spécialement avec la psychiatrie... se retrouver
172 là-dedans avec le peu de connaissances qu'on a à la base en cours je trouve ça un peu... un peu limite.
173 Moi c'est pas un monde qui m'attire. Je pense qu'il faut être fait pour ça. Mais c'est pas quelque chose
174 qui me...

175 **Moi** : Et qu'est-ce qui vous a choqué quand vous êtes allée du coup en secteur fermé ?

176 **Louise** : Déjà ce côté fermé, les grilles de partout, les cinquante milles codes, les « BIP » qu'on arrache
177 lorsqu'on a un problème et euh... Le fait qu'il faille rentrer à six ou sept pour une personne... les lits
178 accrochés au sol (rires). C'est carrément le lieu qui m'a choquée.

179 **Moi** : Et du coup vous reprochez aussi à la formation de pas s'appuyer davantage sur des connaissances
180 en psychiatrie ?

181 **Louise** : Oui. Ce n'est pas vraiment de pas avoir assez de connaissances mais plutôt de pas préparer les
182 élèves à vraiment ce qu'il se passe en psychiatrie quoi.

183 **Moi** : Pour vous il y a une différence entre les deux ? Entre la théorie et sur le terrain ?

184 **Louise** : Oui.

185 **Moi** : C'est quoi exactement cette différence que vous pouvez retrouver ?

186 **Louise** : Bah je trouve qu'il y a un manque de connaissances à ce sujet par rapport à ce qu'on voit en
187 psychiatrie. Je sais pas il y a des choses finalement... enfin il y a quand même de la violence dans les
188 soins et on n'est pas vraiment préparé à ça. Enfin moi du coup j'ai été en accueil crise donc quand ils
189 arrivent ils sont vraiment en crise enfin... la situation me paraît un peu violente quoi et je trouve que
190 pendant les cours on n'est pas préparé à voir ça en tout cas. Ça m'a refroidie.

191 **Moi** : Et euh... Violente dans quel sens exactement ?

192 **Louise** : Bah dans le sens où... bon après c'est certainement qu'on n'a pas le choix parce que la personne
193 d'en face soit plus elle-même... Mais violence au niveau physique, au niveau chimique, on les assomme
194 direct par une piqûre. Ils sont enfermés, c'est à peine si... si on leur donne à boire faut pas qu'il y est le
195 bouchon, faut pas qu'il y ait si, faut pas qu'il y ait ça... enfin c'est tout un... des caméras de partout...
196 Ça fait un peu... Un peu violent comme arrivée.

197 **Moi** : Ça vous fait penser... à une sorte de prison ?

198 **Louise** : Ah oui ! Mais totalement ! Entre toutes ces barrières, les lits... ah oui oui. C'est pire que la
199 prison je pense. Je pense qu'il y a même des prisons qui sont mieux que certains services à
200 XXXXXXXXX.

201 **Moi** : C'est vrai que des fois les patients préfèrent aller en psychiatrie que la prison et des fois c'est
202 l'inverse. Ils arrivent en psychiatrie et se disent que finalement la prison... c'est pas plus mal (rires).

203 **Louise** : Oui c'est tout à fait ça (rires).

204 **Moi** : Et euh... qu'évoque le terme de représentations sociales du coup pour vous ?

205 **Louise** : Euh... Par rapport à la maladie... on est toujours sur la maladie psychiatrique ?

206 **Moi** : Oui.

207 **Louise** : C'est ce que... ce que les personnes représentent dans la société. C'est-à-dire que... bah toutes
208 ces personnes-là sont un peu éjectées de la société parce qu'elles ont une étiquette sur la tête. C'est un
209 peu dommage mais après je pense que c'est la société qui est mal faite et on ne leur laisse pas la place
210 qu'ils devraient avoir.

211 **Moi** : Bon... ben j'ai terminé mon entretien. Vous avez quelque chose à rajouter ?

212 **Louise** : Non.

213 **Moi** : C'est bon alors. Merci beaucoup.

2^{ème} entretien réalisé dans un service de gynécologie

1 **Moi** : Donc... on va commencer déjà par une petite présentation de vous... Depuis combien de temps
2 exercez-vous ici ?

3 **Ingrid** : Alors... Je suis diplômée depuis 2001. J'ai travaillé pendant 7 ans à Paris, en chirurgie générale
4 et je suis arrivée au CH d'XXXXXXX en 2007. J'ai fait sept ans de digestif et depuis je suis en gynéco.

5 **Moi** : D'accord. Pourquoi avoir choisi gynéco ?

6 **Ingrid** : Pour les pathologies... pour les pathologies et... dans mon ancien service en fait on avait déjà
7 des lits pour la gynécologie et quand le service a ouvert... Ben on en a profité pour suivre... voilà.

8 **Moi** : D'accord... OK.

9 **Ingrid** : Enfin moi en tout cas (rires).

10 **Moi** : Oui (rires) je comprends. Et... Du coup on va rentrer un peu dans le mémoire. Est-ce que vous

11 pourriez me raconter une situation d'une prise en charge qui s'est déroulée avec un patient atteint de

12 troubles psychiatriques ?

13 **Ingrid** : Alors nous c'est vrai qu'ici on n'en n'a pas forcément beaucoup... Après on en a quelques-

14 unes euh... en général quand on prépare les dossiers le week-end on voit qu'elles ont des traitements

15 donc ça se passe très bien. Après euh... Une personne vraiment avec de gros troubles... On en a eu une,

16 une fois, mais qui était accompagnée par des infirmiers psy de XXXXXXXXXX. Donc du coup ça s'est

17 plutôt bien passé. Puisqu'ils ont quand même pris en charge pas mal de choses.

18 **Moi** : Oui ? Elle avait... c'était quoi comme troubles qu'elle avait ? Vous vous rappelez ?

19 **Ingrid** : Je me rappelle plus... Je me demande si c'était pas psychotique...

20 **Moi** : Psychotique ? Schizophrénie ?

21 **Ingrid** : Je sais plus... Sincèrement je sais plus...

22 **Moi** : D'accord pas grave. Comment vous vous êtes réparti cette prise en charge avec les infirmiers de...

23 du CHS ?

24 **Ingrid** : Je dois avouer que sur ce coup-là ils ont été sympas en fait. Ils ont proposé de faire les soins

25 quand ils étaient dans la chambre. Oui.

26 **Moi** : D'accord. Et vous avez été... plutôt sur les soins spécialisés, propres à la gynéco ou...

27 **Ingrid** : Alors euh... Moi oui j'ai quand même fait les pansements parce que c'est pas trop leur domaine.

28 Par contre tout ce qui était prise de sang et euh... prise de traitements c'était eux qui géraient.

29 **Moi** : D'accord. Au niveau du relationnel vous avez pas trop pu voire la patiente du coup ?

30 **Ingrid** : Non...

31 **Moi** : Non ?

32 **Ingrid** : Bon après juste pour le pansement... après c'est eux aussi qui faisaient la toilette.... L'aide à

33 la toilette donc c'est vrai qu'il y avait...

34 **Moi** : Et pendant le pansement ça se passait comment ?

35 **Ingrid** : Ça a été après euh... difficile quand même de communiquer parce qu'on sait pas trop... nous

36 quoi dire. Voilà donc on parlait de choses de base mais pas rentrer non plus dans le détail de vie ou...

37 comme on peut le faire comme avec les autres patientes.

38 **Moi** : Qu'est-ce que vous pensez qui était trop... enfin... vraiment problématique au niveau de la

39 communication ? C'est euh... le retour du patient ? C'est...

40 **Ingrid** : Ouai peut-être aussi euh... pas envi qu'elle ait une perception de persécution avec des

41 questions... « Vous avez fait des enfants ? Vous êtes mariée ? » enfin des fois ça peut être un peu

42 interprété comme euh... pas du harcèlement mais de... l'observation quoi.

43 **Moi** : Vous appréhendez un petit peu du coup ?

44 **Ingrid** : Ben moi j'étais rassurée parce qu'il y avait les collègues qui étaient là... j'avoue que...

45 **Moi** : Ça aidait beaucoup.

46 **Ingrid** : Ouai... franchement ouai. Sinon je pense que ça aurait été très compliqué d'appréhender un

47 soin... si elle refuse jusqu'où il faut insister pour euh... voilà... Ça s'est compliqué ouai.

48 **Moi** : Oui vous réfléchissiez un petit peu à vos mots puisque vous faisiez attention...

49 **Ingrid** : Ouai on faisait attention à ce qu'on dit et comment on le dit.

50 **Moi** : Ouai d'accord. Et qu'est-ce que vous avez ressenti exactement lors de cette prise en charge ?

51 **Ingrid** : Après les infirmiers étaient là donc on se sentait en sécurité. J'avoue que s'ils avaient pas été

52 là... je dis pas que je me serais vraiment sentie en insécurité mais je me serais sentie en difficulté.

53 **Moi** : En difficulté ?

54 **Ingrid** : Ouai.

55 **Moi** : Par rapport...

56 **Ingrid** : Bah justement à cette peur du refus de soins...

57 **Moi** : C'est le refus de soins surtout qui vous faisait peur ?

58 **Ingrid** : Oui. Puisqu'après discuter si elle veut parler d'une chose, on peut enchaîner dessus mais...

59 C'est vrai que s'il n'y avait pas une prise de sang ou quoi... Jusqu'à quel point il faut insister... Pas les

60 obliger non plus mais bon... on sait pas s'ils sont aptes à vraiment juger si c'est nécessaire ou pas...

61 Donc très compliqué.

62 **Moi** : Oui d'accord. Et oui pendant ces pansements vous disiez que ça allait à peu près ? Que vous

63 pouviez le faire ?

64 **Ingrid** : Oui.

65 **Moi** : Il y a que les pansements que vous faisiez vraiment ou...

66 **Ingrid** : Oui.

67 **Moi** : D'accord.

68 **Ingrid** : Bon après on faisait le pansement quand même dans la chambre avec les infirmiers qui étaient

69 là et qui s'occupaient d'elle hein. Mais c'est vrai que nous on faisait vraiment que les pansements.

70 **Moi** : C'était il y a longtemps ?

71 **Ingrid** : C'était il y a peut-être deux ans.

72 **Moi** : D'accord. Et est-ce que vous avez déjà appréhendé, du coup, une prise en charge avec un autre

73 patient ?

74 **Ingrid** : Bah des patients lourds comme ça on n'en n'a pas eu d'autres depuis.

75 **Moi** : Mais les patients qui sont par exemple bipolaires, ou dépressifs ? Comment ça se passe ?

76 **Ingrid** : Après bon... nous quand on prépare les dossiers on dit « bah j'espère qu'elle a bien emmené

77 son traitement » c'est surtout ça parce que nous on n'a pas toujours tout ici donc euh... voilà (rires).

78 **Moi** : Et oui...

79 **Ingrid** : Après non... c'est... ça va.

80 **Moi** : Ça va en général ?

81 **Ingrid** : Oui.

82 **Moi** : C'est surtout... oui vous avez plus eu peur par rapport à cette patiente qui était psychotique alors

83 que en général les patients qui sont bipolaires par exemple c'est pas tout à fait pareil ?

84 **Ingrid** : Non...

85 **Moi** : Si ils ont leur traitement.

86 **Ingrid** : Voilà s'ils ont leur traitement normalement ils sont quand même plus... plus ou moins bien

87 euh... comment on dit ?

88 **Moi** : Stables ?

89 **Ingrid** : Oui.

90 **Moi** : OK... D'accord. Et vous avez été mise en difficulté aussi par rapport... pas avec cette patiente

91 parce que vous m'avez déjà expliqué mais avec d'autres ? Non ? Ça se passait plutôt correctement ?

92 **Ingrid** : Oui... Non... généralement... j'ai pas eu de soucis particulier avec les patientes... même avec

93 des patientes bipolaires ou quoi puisqu'il y avait le traitement donc en général... Elles viennent ici de

94 leur plein grès quand même pour subir une intervention et en général elles sont très coopérantes et

95 compréhensives. Il y a pas de soucis particulier.

96 **Moi** : Et euh... pourquoi avoir choisi cette prise en charge du coup... de cette dame qui était un peu

97 psychotique ?

98 **Ingrid** : Par rapport avec les autres infirmiers ?

99 **Moi** : Oui à la dame psychotique à qui vous faisiez les pansements... pourquoi avoir choisi cette prise

100 en charge et pas une autre ?

101 **Ingrid** : Parce que c'est la...

102 **Moi** : Plus impressionnante ?

103 **Ingrid** : Oui voilà. Atteinte de troubles psychiatriques.

104 **Moi** : Vous vous rappeliez de l'intervention qu'elle avait eu ?

105 **Ingrid** : Non... Elle a eu une coelio mais je sais plus quoi exactement. Je me rappelle plus.

106 **Moi** : D'accord. Et à votre avis qu'est-ce qu'il faudrait faire pour essayer d'optimiser un peu cette prise en charge ?

107 **Ingrid** : Ah nous on n'en n'a tellement pas souvent que... j'avoue que... je sais pas. Après voilà c'est vrai que du coup on a bien travaillé, enfin eux ils étaient là donc c'était plus facile (rires) mais en travaillant en relation avec l'équipe psychiatrique... après c'est vrai que d'une patiente qui arrive des urgences... qui a des troubles psychiatriques, qui est pas accompagnée... effectivement ça peut être compliqué. Bon après on fait appel à la psychologue du service, à l'équipe...

111 **Moi** : Vous avez eu plusieurs cas comme ça ?

112 **Ingrid** : Non pas...

113 **Moi** : Pas tant que ça ?

114 **Ingrid** : Pas moi. Mais après je pense que c'est ce qu'on ferait si on en avait quoi.

115 **Moi** : D'accord. Et euh... pour vous comment est-ce que vous définiriez du coup la maladie mentale ?

116 **Ingrid** : C'est... une... c'est... enfin une atteinte... C'est... Si, une atteinte du système nerveux qui perturbe la perception. Quelle qu'elle soit. La démence, la schizophrénie, la... euh...

117 **Moi** : Allez-y.

118 **Ingrid** : Nan nan mais je cherche mes mots (rires). Pas la psychopathie mais le...

119 **Moi** : Névroses ?

120 **Ingrid** : Voilà. C'est toutes les perceptions...

121 **Moi** : D'accord. Et vous savez un peu comment ça se reflète au niveau des symptômes ?

122 **Ingrid** : Pas trop... Nan. Pas tant que ça.

123 **Moi** : OK.

124 **Ingrid** : Bah après tout... tous les symptômes sont un peu aussi différents suivant les pathologies... Entre une démence et une schizophrénie, je pense que c'est pas du tout les mêmes symptômes. Voilà mais je dois avouer que je sais pas trop les... les différencier.

125 **Moi** : Oui... pas de problème. Et du coup qu'évoque le terme de psychiatrie pour vous ?

126 **Ingrid** : La psychiatrie en général ? C'est bah la prise en charge des patients souffrant de troubles de la perception... voilà... que ça soit bipolarité, schizophrénie...

127 **Moi** : La perception c'est quoi exactement pour vous ?

128 **Ingrid** : Après ça peut être aussi une perte de contrôle comme la boulimie.

129 **Moi** : Les addictions aussi ?

130 **Ingrid** : Oui...

131 **Moi** : Vous avez d'ailleurs des patientes ayant des addictions qui viennent dans le service ?

132 **Ingrid** : On en a quelques-uns. Bon après il y a les fumeurs ça forcément... les... alcooliques il y en a quelques-uns mais franchement c'est pas beaucoup et tout ce qui est addiction aux drogues on n'en n'a pas énormément.

133 **Moi** : D'accord. Et qu'évoque le terme de représentation sociale pour vous ?

134 **Ingrid** : Euh... pour moi c'est un petit peu tout ce que reflète la société, les normes d'une société.

135 **Moi** : Et les normes comment vous les définiriez ?

136 **Ingrid** : (rires) C'est une question difficile ça. C'est très complexe (rires). Ouai c'est le reflet de la société en fait. C'est tout ce qu'une population peut penser... voilà même un trouble... quelqu'un qui a un pied qui part à l'envers... il est pas normal quoi. Voilà. Après quelqu'un qui pense différemment,

147 même un autiste léger... il rentre pas dans les normes... même léger ou... Parce qu'après, pareil il y a
 148 un...enfin il y a un impact sociétal, familial... et dès que ça s'écarte un petit peu... tout ça... ça fait peur
 149 aussi aux gens.

150 **Moi** : C'est vrai. Et cette peur vous pensez que c'est un peu retranscrit au niveau des soignants ? On
 151 peut la retrouver un peu... dans les services ?

152 **Ingrid** : Ben après pour... les grandes pathologies oui. Je pense que ça peut faire peur. J'avoue que moi
 153 la fois où la dame était là, j'aurais pas été très rassurée s'il n'y avait pas eu l'équipe soignante. Bon après
 154 parce que je connais pas non plus et... voilà.

155 **Moi** : D'accord... ils étaient combien d'ailleurs ?

156 **Ingrid** : Ils étaient deux.

157 **Moi** : Deux ?

158 **Ingrid** : Ouai.

159 **Moi** : D'accord. Il y avait un aide-soignant et un infirmier ?

160 **Ingrid** : Je m'en rappelle plus. Juste qu'il y avait deux soignants.

161 **Moi** : D'accord.

162 **Ingrid** : Bon déjà en plus, on a un peu peur et en plus on voit arriver deux soignants donc on se dit
 163 que... que ça doit être grave (rires).

164 **Moi** : C'est sûr... c'est intimidant !

165 **Ingrid** : Ouai ouai voilà... on se dit que du coup on n'est pas en sécurité s'il faut qu'il y ait deux
 166 personnes avec elle en permanence quoi. On n'est pas tranquille (rires).

167 **Moi** : C'est vrai qu'au final, il y a aussi... cette image que renvoie le CHM avec ces deux soignants qui
 168 arrivent et cette patiente... on peut se dire « bon c'est vrai que... »

169 **Ingrid** : Après c'est vrai que pour nous c'est pas hyper rassurant parce que en plus... là ils ont quand
 170 même été sympas puisqu'ils nous ont fait les soins les plus compliqués puisque les prises de sang et
 171 tout... C'est la...

172 **Moi** : Oui si la patiente refuse...

173 **Ingrid** : Voilà. Ça peut être compliqué mais c'est vrai que d'un autre côté ça renvoie l'image que la
 174 personne peut être dangereuse quoi. Donc il y a les deux facettes.

175 **Moi** : C'est vrai... Bon très bien... Bah j'en ai fini... Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

176 **Ingrid** : Non... Après c'est vrai que dans notre service on a essentiellement des patients qui viennent
 177 pour se faire opérer... donc la relation n'a pas le temps de s'installer puisqu'elles sont là pour deux voire
 178 trois jours et après on ne les revoit plus...

179 **Moi** : Oui je comprends... c'est plus difficile de développer une relation en quelques jours que si vous
 180 les voyez régulièrement sur plusieurs semaines...

181 **Ingrid** : Oui tout à fait.

182 **Moi** : Bon ben parfait alors... Merci beaucoup !

183 **Ingrid** : Bah de rien.

3^{ème} entretien auprès de deux infirmières d'un EHPAD

1 **Moi** : Est-ce que tu pourrais te présenter, depuis combien de temps tu exerces...

2 **Dolly** : Euh du coup bon ben je m'appelle Dolly, j'ai 32 ans et je suis infirmière diplômée en 2010.
 3 Voilà. Ici... ça fait euh trois ans et demi que je suis dans la structure.

4 **Moi** : D'accord. Et euh... au niveau de ton parcours professionnel ?

5 **Dolly** : J'ai principalement fait de l'EHPAD... euh un petit peu de rééducation, des services de soins de
 6 suite et un petit peu de libéral aussi en huit mois sur des remplacements. Voilà.

7 **Moi** : D'accord.

8 **Dolly** : Sinon principalement de l'EHPAD.

9 **Moi** : OK. Et donc est-ce que tu pourrais me raconter une prise en charge qui s'est donc déroulée dans

10 l'établissement mais sur une personne atteinte de troubles psychiatriques si possible (bipolarité,

11 dépressions etc...) ?

12 **Dolly** : Euh... Donc ici hein ?

13 **Moi** : Oui.

14 **Dolly** : Euh... alors attends je réfléchis pour avoir un cas... un cas vraiment euh... probant. Euh...
 15 dépression... Attends je réfléchis parce que j'ai un peu le cerveau... J'essaie de me rappeler de quel
 16 patient on peut avoir... Bipolaire il y a qui ? Euh... Oui on a Madame F là-haut mais bon... enfin au
 17 niveau de notre prise en charge par rapport à nous... à part l'administration de traitements... il y a pas
 18 grand-chose tu vois ? J'aimerais pouvoir te dire quelque chose qui derrière il y a des actions au niveau
 19 infirmier.

20 **Moi** : Bah déjà comment ça se passe avec cette patiente... cette résidente-là ?

21 **Dolly** : Parce qu'elle peut me faire des troubles de l'humeur, type de bipolarité. Surtout quelque chose qui
 22 est très... souvent très très agitée.... Qui crie beaucoup, qui parle un peu fort, qui est très énervée. Voilà.
 23 Donc du coup qui a un traitement type psychotique pour essayer de sédaté un peu ses troubles du
 24 comportement et de l'humeur.

25 **Moi** : Et comment vous gérez un peu avec l'équipe ses cris, ses humeurs changeantes ?

26 **Dolly** : Oh souvent je dois t'avouer que les transmissions entre équipe c'est pas l'idéal parce que depuis
 27 le COVID, en fait, on fait plus les transmissions dans les services...

28 **Moi** : Ah oui d'accord...

29 **Dolly** : Donc on est un peu... c'est un petit peu compliqué au niveau de la communication tu vois...

30 **Moi** : Oui...

31 **Dolly** : Du passage d'infos etc... Sinon après c'est vrai que pour elle par exemple, on la fait... enfin
 32 moi personnellement, enfin mes collègues pareil, on la connaît, on sait ce qui va la calmer... tu vois
 33 c'est quelque chose qui aime bien qu'on l'appelle par son prénom... ça va redescendre tu vois... l'isoler...
 34 voilà. Eviter le brouhaha autours, par exemple des fois c'est souvent pendant les repas tu vois ? Quand
 35 il y a la télé plus tout le monde qui parle autours etc.

36 **Moi** : Isolée mais vous l'isolez comment ?

37 **Dolly** : Bah genre la ramener dans sa chambre en fait pour qu'elle puisse s'asseoir. Voilà. L'apaiser cinq
 38 minutes. Après attends je réfléchis à d'autres personnes qui pourraient...

39 (La deuxième IDE arrive à ce moment-là)

40 **Moi** : Une prise en charge sur une personne qui est atteinte de trouble psychiatrique...

41 **Lenore** : D'accord donc c'est dans l'optique de... le calme ? De la mettre au calme c'est déjà la chose
 42 à faire pour les personnes très perturbées et tout...

43 **Dolly** : J'essaie de trouver un exemple de patient, de résident, après... ça peut être des troubles
 44 démentiels ou pas ?

45 **Moi** : Oui !

46 **Dolly** : Voilà. OK. Après...

47 **Lenore** : Le calme dans la chambre parce qu'il a ses repères dans la chambre.

48 **Moi** : Des repères ?

49 **Lenore** : Oui.

50 **Dolly** : Après pour les troubles cognitifs bah... types les démences, Alzheimer, corps de Lewy etc... Là
 51 en ce moment on a une dame, Madame B, je te donne son nom, tu le filtreras.

52 **Moi** : Oui oui.

53 **Dolly** : Quelqu'un du coup qui n'est pas en unité sécurisée mais qui déambule quand même pas mal...
54 qui est très anxieuse. En fait, dès qu'elle est seule elle est anxieuse donc elle va déambuler... tu vois elle
55 va chercher, enfin, elle est très désorientée quoi. Après on a eu un monsieur là, avec une démence, bah
56 pareil le monsieur est décédé assez récemment avec le COVID... enfin... il est décédé or, il avait plus
57 le COVID... je pense que ça lui a mis un petit coup, ça l'a aidé à partir quoi... un monsieur qui s'était
58 vachement altéré, qui mangeait plus, qui buvait plus... Bon après c'était une démence ... en fin de
59 parcours quoi... grabataire etc...

60 **Moi** : Ça faisait longtemps qu'il était là ?

61 **Dolly** : Euh ouai, ça faisait quoi ? Pas très très longtemps.

62 **Lenore** : C'est quand je suis revenue donc ça fait un an.

63 **Dolly** : Oui une bonne année.

64 **Lenore** : Oui.

65 **Dolly** : Mais il est arrivé, il déambulait euh... tu vois on communiquait quand même. Et là vers la fin
66 mais il y avait plus... à part des mots qui sortaient mais... il était complètement incohérent. Et surtout
67 très opposant aux soins. Donc c'était assez compliqué puisqu'il arrivait, enfin à la fin il avait des
68 escarres... On avait du Lovenox à lui faire, la perf du coup parce qu'il s'était dégradé et qu'il avait le
69 COVID. Euh bah écoutes... en essayant d'être rassurant... le plus possible... avec des mots rassurants.
70 Après c'est vrai que...

71 **Lenore** : Caresser leurs mains.

72 **Dolly** : Ouai.

73 **Lenore** : Ça peut les apaiser.

74 **Moi** : Le toucher sert à les apaiser.

75 **Dolly** : Ouai tout à fait. Tout à fait, c'est vrai. Le toucher ouai, une voix rassurante, essayer après de
76 mettre, quand c'est possible, de se mettre à la hauteur de la personne, s'asseoir si elle est assise, tu vois ?

77 **Lenore** : S'asseoir sur le lit aussi tu vois c'est euh...

78 **Dolly** : Se rapprocher d'elle ouai. Quand souvent c'est des gens qui sont en manque aussi d'affection,
79 de... Mais du coup-là avec le COVID c'est un peu plus compliqué parce que au niveau des gestes
80 barrières... bon après nous on le masque... on bossait avec du FFP2 mais... mais t'es obligé d'avoir
81 quand même toujours cette promiscuité parce que bon ben... sinon enfin les gens ils se laissent mourir
82 quoi si il y a plus du tout... tu vois les gens déments en unité bah si il y a plus du tout de contact, plus
83 du tout de communication... enfin on n'est plus que... enfin ils ne voyaient plus que nous quoi.

84 **Moi** : Et oui...

85 **Dolly** : Sincèrement...

86 **Lenore** : C'est : contact, rassurer, le calme, et après être calme parce qu'ils le ressentent aussi.

87 **Dolly** : Aussi !

88 **Moi** : Oui...

89 **Dolly** : Ouai c'est vrai.

90 **Lenore** : On dit souvent que les enfants c'est des éponges mais les personnes âgées c'est aussi des
91 éponges et pour les démences c'est pareil. Tu prends quelqu'un qui sera énervé...

92 **Dolly** : C'est vrai que selon les équipes on le voit en fait... les résidents, hein, surtout à l'ASA, où ils
93 ont des troubles euh...

94 **Moi** : Oui c'est vrai !

95 **Dolly** : Bah tu l'as vu en bossant ici, selon les équipes elles racontent leur vie en plein milieu... enfin
96 ils sont complètement affolants... et autant tu vas arriver ils vont être tout calme euh...

97 **Lenore** : Ah ouai ! C'est incroyable.

98 **Dolly** : Et après pareil... si tu les occupes aussi, parce qu'en général, la déambulation et les troubles du
99 comportement c'est aussi lié à l'anxiété quoi.

100 **Moi** : C'est vrai...

101 **Dolly** : Souvent c'est de l'anxiété qui... voilà, va se manifester contre ça. Après on donne des
102 médicaments mais bon c'est pas la réponse... on devrait pouvoir les apaiser autrement... Au moins...

103 **Moi** : Autrement c'est-à-dire ?

104 **Dolly** : Bah pareil... je sais pas en allant promener... en racontant une histoire... En mettant de la
105 musique euh...

106 **Moi** : Et c'est un moyen que vous ne pouvez pas mettre à côté, parce que pas assez de temps ? Peu de
107 personnel peut être ? Ou pas assez ?

108 **Lenore** : Ben...

109 **Dolly** : Nous niveau infirmier clairement, franchement, enfin... après on va le faire ponctuellement oui
110 mais sur rassurer quelqu'un, rester cinq minutes auprès de lui et lui parler doucement etc... bien sûr
111 qu'on le fait.

112 **Lenore** : Avec la surcharge de travail qu'on a...

113 **Dolly** : Mais euh... voilà, on peut pas mettre en place, enfin on peut pas. En tout cas actuellement avec
114 le planning qu'on a et la charge de travail on peut pas, c'est pas possible.

115 **Lenore** : Nous après ce qu'on cherchera si la personne n'est pas bien, on va chercher la cause.

116 **Dolly** : Voilà.

117 **Lenore** : T'as des personnes qui ont Alzheimer, on a une dame qui était pas bien parce qu'elle était
118 constipée...

119 **Dolly** : Oui après il y a plein de facteurs...

120 **Lenore** : On le voit de différentes façons... la fiche alimentaire, ils vont s'exprimer par l'agressivité,
121 par le, par le... ils voient des signes comme ça et ils peuvent pas nous le dire normalement mais des fois
122 voilà... quelqu'un qui sera constipé, qui aura mal au ventre...

123 **Moi** : Oui, il faut observer la personne, la connaître aussi.

124 **Dolly** : La surveillance voilà.

125 **Lenore** : Faut savoir les surveiller. Déjà faut surveiller, chercher la première cause.

126 **Dolly** : Oui après si c'est vrai qu'il y a pas vraiment, franchement... je te le dis honnêtement, parce qu'il
127 y a... et bon bien sûr un manque de personnel oui... mais il y a aussi un manque... je veux pas être
128 cruelle... mais de dynamisme euh... tu vois au niveau des équipes. Bon dans leur truc ou bah « c'est
129 bon il est lavé, il est assis, ça suffit quoi ».

130 **Lenore** : Alors que non il y a toujours la structure qui est important dans la prise en charge...

131 **Dolly** : Voilà, alors que surtout dans les unités c'est encore plus important. Après voilà. Après c'est vrai
132 que nous dans l'unité Alzheimer ils sont quand même gravement atteints... La plupart ils ont quasiment
133 plus le langage ou très peu. Donc c'est vrai que les activités bon... ils perdent vite le file, il faut trouver
134 des trucs adaptés etc... Après ça te... ça c'est sûr qu'aller dehors, faire une promenade, même en fauteuil
135 ou en marchant... ça mange pas de pain mais c'est pas forcément fait.

136 **Moi** : Les activités en général, ça serait plutôt quoi ? A part les sorties dehors, pour marcher un petit
137 peu...

138 **Lenore** : Parce que moi quand j'y étais je me rappelais qu'ils leur faisaient le... puzzle avec les formes
139 tu sais ?

140 **Dolly** : Ah tout ce qui est formes géométriques...

141 **Moi** : Ah oui c'est ce qu'on leur faisait faire...

142 **Lenore** : Tout ce qui est coloriage aussi.

143 **Dolly** : Ça... les comment on dit ?

144 **Moi** : La musique aussi ?
145 **Dolly** : La musique aussi... il y avait les... tu sais les rappels de mots ? Tu sais ce que...
146 **Moi** : Avec les dessins ?
147 **Dolly** : Ouai nan même les... sur des associations de mots, quelque chose comme ça... par exemple on
148 va parler de... j'en sais rien... on va parler de jardinage, qu'est ce qui, ce qui on encore... c'est vrai
149 qu'aujourd'hui franchement... c'est compliqué là-bas. Mais bon ils ont aussi perdu au niveau cognitif
150 parce qu'ils sont pas stimulés hein... clairement hein...
151 **Lenore** : Et après c'est vrai qu'avec le COVID, c'est vrai que ça a mis en l'air...
152 **Dolly** : Ça a pas aidé !
153 **Lenore** : Parce que les personnes qui avaient le COVID, bah, c'était l'isolement le plus difficile mais
154 éviter le minimum de contact... de pas les toucher... c'était assez euh... il y avait beaucoup de
155 surveillances euh... de surveillances qu'on devait leur faire deux fois par jour tension, saturation tout
156 ça... Beaucoup plus de travail... Bien nettoyer les chambres. Elles avaient une surcharge de travail et à
157 l'animation bien sûr elles étaient presque inexistantes.
158 **Moi** : Et oui...
159 **Lenore** : Mais bon c'est vrai que des gens qui sont pas stimulés pendant quelque temps... qu'une
160 personne...
161 **Dolly** : Nan franchement tu le vois.
162 **Lenore** : ... Elle va pas marcher pendant quelque temps... Puis c'est difficile de reprendre la marche.
163 Ces gens-là... la mémoire c'est ça hein... Faut pas décrocher... c'est pas « foutu » entre guillemets mais
164 là...
165 **Dolly** : C'est ça.
166 **Moi** : Et euh... Du coup je vais reprendre juste les questions de présentation comme vous étiez pas là.
167 Il me faudrait savoir du coup depuis combien de temps vous exercez ici ?
168 **Lenore** : Euh moi je suis arrivée ici en décembre 2003, je suis partie en décembre 2008 et je suis revenue
169 en octobre 2019.
170 **Moi** : Et au niveau de votre parcours professionnel ?
171 **Lenore** : J'ai été en maison de retraite, après j'ai fait du libéral et ensuite je suis revenue ici.
172 **Moi** : D'accord. Que des maisons de retraite en plus du libéral ?
173 **Lenore** : Oui... et après je vais sûrement être directrice de la maison de retraite (rires).
174 **Moi et Dolly** : (rires).
175 **Lenore** : Mais personne ne le sait encore (rires).
176 **Dolly** : BIP (rires).
177 **Moi** : Et euh... du coup comme vous avez fait un peu autre chose que la maison de retraite, comme le
178 libéral, je voulais savoir aussi un peu comment ça se passait les prises en charge...
179 **Dolly** : A l'extérieur ?
180 **Moi** : Oui à l'extérieur, au niveau des patients atteints de troubles psychiatriques ou même de démence.
181 **Lenore** : En dehors de la maison de retraite ?
182 **Moi** : Oui.
183 **Dolly** : A domicile en tout cas c'est très compliqué.
184 **Lenore** : C'est compliqué à domicile. Ça dépend s'ils ont de la famille, s'ils ont de l'entourage, s'ils
185 sont isolés, s'ils ont le passage de l'ADMR, s'ils ont que nous... euh... s'ils prennent bien leur
186 traitement...
187 **Moi** : Oui... en plus si vous êtes en libéral il y a certains horaires que vous devez respecter donc c'est
188 un peu compliqué de passer peut-être un peu plus de temps avec eux.
189 **Lenore** : Ouai après quand il y a la famille qui s'investit, qu'ils ont l'ADMR qui vient...

190 **Dolly** : J'allais te dire... ça dépend de leur entourage en fait vraiment.

191 **Lenore** : ...S'il y a une équipe... voilà.

192 **Dolly** : Mais des fois souvent au début de la maladie, enfin, moi ça m'est arrivé, j'avais un monsieur à

193 Barbentane, il avait quand même de gros troubles cognitifs, mais vraiment. Style à pouvoir mettre le

194 feu, tu vois ? Et il était seul chez lui ce monsieur, donc il y avait l'ADMR qui passait pour les repas.

195 Mais là si franchement t'as pas la famille derrière, en gros elles s'en foutent quoi...

196 **Lenore** : Puis une personne comme ça qui prend pas son traitement, c'est difficile de s'adapter...

197 **Dolly** : Ah oui oui c'était compliqué.

198 **Lenore** : Ah oui puis s'il est schizophrène ça peut aller jusqu'à la violence quand même... ils peuvent

199 carrément nous casser la figure...

200 **Dolly** : Après euh... en institution psychiatrique enfin voilà... c'est quand même... c'est quand même...

201 t'as affaire à des secteurs où il y a des personnes atteintes de psychoses et tout... Bon ben les premiers

202 traitements c'est des médicaments hein. Faut être clair. Voilà. Après ça va être les sorties, l'animation,

203 tout ça quoi. C'est hyper important aussi. Pareil ils sont comme en famille ces gens-là... En général ils

204 viennent, ils reviennent... tu vois ? Ils sont hospitalisés quand ils sont en crise et ils ressortent mais ils

205 cherchent l'encadrement quoi. Et tu es obligée de tout limiter, les cigarettes et les... puisqu'ils sont tout

206 le temps en demande en fait.

207 **Moi** : Oui... Et du coup, qu'est-ce que vous ressentez un peu lors de la prise en charge de ces patients ?

208 Au niveau de votre ressenti ?

209 **Dolly** : Emotionnellement ?

210 **Moi** : Oui... de votre ressenti, des sentiments, de vos émotions...

211 **Lenore** : J'espère qu'on finira pas comme ça (rires). C'est difficile parce qu'on se projette pas. Moi si

212 mes parents ils deviennent comme ça, comment...

213 **Dolly** : Oui je pense qu'il y a de l'empathie quand même. Voilà.

214 **Lenore** : Parce qu'on se voit, on se voit et on se dit qu'on finira pareil. Bah autant la famille finira

215 comme ça... Nos parents pourraient finir comme ça... Qu'est-ce qu'on pourrait améliorer, qu'est-ce

216 qu'on pourrait euh... D'ailleurs justement par rapport à l'amélioration de la prise en charge, on a le

217 projet d'humanité qui a commencé mais il y a eu le COVID donc ça a été interrompu. Ça reprend ce

218 mois-ci... Pour voir un peu les personnes, qu'est-ce qu'on peut améliorer pour leur qualité de vie,

219 qu'elles se sentent mieux, le plus possible chez elles, donc un projet humanité.

220 **Moi** : D'accord ! Ah oui c'est pas mal du tout ça comme projet !

221 **Lenore** : Voilà, donc qu'est-ce qu'une personne fait chez elle, je donne un exemple mais elles prennent

222 la douche le soir, alors que le matin ça l'énerve, ça la rend agressive, ça la perturbe... voir si on peut par

223 exemple décaler la douche au soir. C'est un exemple. Je sais pas si ça se ferait comme ça mais... des

224 petites choses pour les rassurer.

225 **Moi** : D'accord.

226 **Dolly** : Euh... Ouai. Après pour être honnête, enfin, nous en tout cas, chez la personne âgée, je trouve,

227 enfin, on manque de moyen et... de formation et... tout ça quoi.

228 **Moi** : De formation dans quoi exactement ?

229 **Dolly** : De formation au niveau des équipes quoi. Clairement.

230 **Lenore** : Ce travail auprès de la personne âgée, il faut avoir un minimum de connaissances...

231 **Dolly** : Bah oui parce que c'est quand même généraliste quoi.

232 **Lenore** : Voilà... c'est la mémoire, c'est le physique, c'est le psychisme, c'est tout ce qui est

233 pathologique. Par exemple la pathologie ça... les personnes par exemple qui sont hémiplegiques, la prise

234 en charge ne sera pas pareille que pour une personne Alzheimer qui déambule. C'est totalement

235 différent, donc faut au moins être formé autour de la personne âgée pour vraiment pouvoir la prendre en
236 charge correctement.

237 **Dolly** : Tu l'as vu ici ils sont polypathologiques, il y a tous les jours des urgences, quasiment... Nan
238 mais c'est vrai. Ils sont tous gravement atteints euh... voilà. Et bien souvent t'es seule ou t'es deux pour
239 quatre-vingt-dix personnes... c'est compliqué. Après moi je vais être honnête, je vais parler
240 honnêtement, enfin... je pense que voilà on pourrait faire beaucoup mieux, de toute façon t'as des
241 endroits en Belgique, en Suisse, tu vois le modèle qu'ils ont... Prends exemple sur eux, tu peux te
242 documenter là-dessus...

243 **Moi** : Oui... C'est pas pareil.

244 **Dolly** : Nan mais ça n'a rien à voir.

245 **Moi** : Oui déjà il y a beaucoup plus d'infirmier par patients qu'ici...

246 **Dolly** : Ouai en moyenne ils sont un pour dix... même en EHPAD. Donc en binôme avec une aide-
247 soignante t'imagines tout ce que tu pourrais faire si on avait une infirmière pour dix patients ! On ferait
248 des choses extraordinaires. Et là t'as beaucoup d'établissements, d'EHPAD, je sais pas si t'as vu le train,
249 tu sais ils ont conçu les trains anxiolytiques en fait. Les voyages en train, donc en fait ,c'est de la 3D
250 mais il y a vraiment un wagon donc les gens ils prennent le train...

251 **Lenore** : Ah ouai ?

252 **Dolly** : Donc en plus chez des gens qui veulent tout le temps fuguer... tu vois ? Pour les patients
253 Alzheimer c'est top quoi. Ils voyagent et tu vois le décors etc... Et en fait ils disaient qu'ils donnaient
254 beaucoup moins de traitements grâce à ça.

255 **Moi** : Ah oui... d'accord !

256 **Dolly** : Ouai...

257 **Lenore** : Eh ouai un manque de personnel... les aides-soignantes elles en peuvent plus...

258 **Moi** : Oui... Il y a un ressenti de fatigue aussi de votre part.

259 **Dolly** : Ouai, franchement je te le dis clairement de fatigue et honnêtement hein, je me, enfin, c'est un
260 peu cruel mais je me verrais pas... je me verrais pas mettre ma mère ici en tout cas. Je me verrais pas
261 vieillir ici, enfin... pour être honnête.

262 **Lenore** : Disons qu'après les personnes se grabatairisent, elles ont de plus en plus de soins... Avant
263 quand on était ici à la maison de retraite on n'avait des valides, ici c'était des semi-valides, il y avait que
264 2 services. Au Soleil et au Chant c'était des grabataires mais il y en avait qui arrivaient à marcher et
265 t'avais des personnes qui arrivaient à descendre au village et qui revenaient seules et tout. Maintenant
266 ici ils sont tous...

267 **Dolly** : Dépendants complètement quasiment.

268 **Lenore** : Toujours le même... au niveau des aides-soignantes, toujours le même nombre alors que la
269 charge de travail a bien augmenté. Donc c'est difficile de prendre en charge... Oui il y a des loupés, il
270 y a des choses qu'on devrait faire autrement mais on peut pas... on peut pas. On peut pas... c'est triste
271 mais juste à réaliser leur toilette, leurs soins... ça va être la cata au bout d'un moment donné. C'est sans
272 compter s'il y a une urgence entre temps... Si....

273 **Dolly** : Oui... Bah oui parce qu'ils sont tellement dépendants, c'est comme... ça devient comme des
274 enfants quoi... C'est comme si t'étais seule avec vingt-deux enfants de trois ans... et encore c'est plus
275 facile parce qu'ils marchent quoi (rires). Nan mais c'est vrai sérieux !

276 **Moi** : Oui... Et est-ce que vous avez déjà appréhendé du coup une prise en charge d'un de ces patients
277 en particulier ?

278 **Dolly** : Bah...

279 **Lenore** : Alors appréhendé... oui on a... un peu toujours parce qu'on se demande comment ça va se
280 passer...

281 **Moi** : Pour tous en général ?

282 **Lenore** : Bah disons que quand on arrive ici on demande « qu'est-ce qui vous est arrivé aujourd'hui ? »

283 Et puis qu'est-ce qu'il va se passer aussi... parce que tous les jours...

284 **Dolly** : Après c'est sûr que oui mais même par exemple pour dire monsieur C, le dernier patient qui est

285 mort et qui avait le COVID et qui avait une démence, qui était vachement atteint au niveau de l'état

286 général, avec des escarres douloureux, il avait un cancer au niveau de la tête, bon bref... voilà c'était

287 vraiment sale, des plaies sales et douloureuses, des gros pansements, etc... perfusions et tout. Il était

288 vraiment agité enfin... il ne comprenait pas ce qu'il lui arrivait tout simplement. Mais euh... c'est vrai

289 que t'appréhendais d'aller faire le soin du soir quoi... si t'étais pas deux c'était compliqué. Tu te dis est-

290 ce que les soins vont tenir ? Est-ce que tu vas arriver à faire quelque chose ? Des fois ça lui est arrivé

291 de... enfin, moi personnellement, que je me dise « bon ben laisse tomber » on arrête, le pansement on

292 le remet à demain puisqu'on n'y arrive pas quoi. C'est pas le bon moment.

293 **Lenore** : Donc oui on peut appréhender pour le patient et pour plein de choses... Par exemple, à la

294 période de Noël puisqu'il y avait le COVID interdiction de sortir... Moi je travaillais pas mais

295 j'appréhendais quand même les jours avant Noël, je me disais mais « comment ils vont réagir ? » est-ce

296 qu'ils vont être bien ? Parce qu'il y en a qui sont tellement perturbés qu'ils peuvent pas sortir, ils peuvent

297 se rendre malade, ils ont pas le moral... après... ben s'ils mangent pas ils peuvent décéder, ils boivent

298 pas, hypotension... un peu de faiblesse... Donc oui on appréhende toujours, on appréhende toujours.

299 Pas qu'on se fout la trouille, qu'on stress et tout mais on appréhende voilà. Pour certaines situations

300 comment réagir ? Comment être le mieux dans cette situation ? Comment est-ce qu'il faut faire ?

301 **Dolly** : Ouai... C'est pas évident c'est sûr...

302 **Moi** : Du coup... par rapport à ce patient que tu parlais, pourquoi avoir choisi cette prise en charge en

303 particulier ?

304 **Dolly** : Pourquoi je t'en parle ?

305 **Moi** : Oui.

306 **Dolly** : Bah déjà d'une part parce que c'est la plus récente je pense dans ma mémoire (rires) et chez un

307 patient atteint de vraiment gros troubles cognitifs, pas tellement psychiatrique parce qu'il avait vraiment

308 une démence quoi... En vieillissant que du coup... il a eu ses troubles du comportement. Et parce que

309 c'est quand même une prise en charge... c'est pas évident... tu te mets à la place du patient et tu te dis

310 « finir comme ça » ... Donc quand même des souffrances parce que même s'il était soulagé pour la

311 douleur, il y a quand même aussi une souffrance psychologique quoi... on sait pas.

312 **Moi** : Et oui... ils le disent pas forcément, ils l'évoquent pas.

313 **Dolly** : Oui ben même si peut-être ils vont le manifester en étant agités ou en criant des mots que tu

314 comprends même plus quoi puisque le langage n'est même plus cohérent quoi. Mais après tu vois quand

315 tu étais auprès de lui, que tu étais vraiment... rassurante, en l'appelant par son prénom, il s'apaisait

316 quand même. Donc tu vois qu'il y a quand même un impact de ton comportement, pas d'arriver comme

317 un bourrin, « viens on se tourne », enfin, tu vois voilà. Ça, ça va majorer le... vraiment la tension de la

318 personne.

319 **Moi** : C'est pas le but.

320 **Dolly** : Non c'est pas le but. Mais voilà oui parler de lui parce que je trouve que finir comme ça c'est

321 vraiment... Enfin, après la mort n'est jamais... voilà. Mais passer ses derniers instants sans voir sa

322 famille ou très peu du coup sur la fin, parce qu'on était revenu à des visites... Voilà. Mais bon après ça

323 c'est un autre débat, ça s'appelle la liberté de vivre ou de mourir. Oui du coup après pour ça, j'en aurais

324 plein d'autres mais bon je suis un peu fatiguée là, il est 13h je suis en train de récupérer du sucre (rires)

325 mais j'en aurais peut-être d'autres à te raconter mais voilà c'est le plus récent. Et je trouve que c'est le

326 plus difficile qu'on a eu ces derniers temps. Sur le dernier mois.

327 **Moi** : Du coup, donc là je vais poser des questions concernant plus votre savoir sur la psychiatrie. Donc
328 comment est-ce que vous définiriez la maladie mentale ?

329 **Dolly** : Bah la maladie mentale...

330 **Lenore** : C'est une personne qui aurait des troubles, des troubles cognitifs...

331 **Dolly** : Psychiques...

332 **Lenore** : Psychiques...

333 **Dolly** : Du comportement aussi.

334 **Lenore** : Parce que ça peut être traité de maladie mentale ou de maladie psychiatrique ou encore de
335 démence de type Alzheimer...

336 **Dolly** : Il peut y avoir les deux aussi. On a des patients, bah la dame G, c'est une dame qui avait des
337 troubles psychiatriques depuis toute jeune et qui maintenant est atteinte de démence en plus tu vois.
338 Donc voilà.

339 **Moi** : Et est-ce que vous pensez qu'il y a un certain manque de connaissances un peu au niveau de ça ?

340 **Dolly** : Bah... Après oui pour l'appréhension il peut y avoir des cas... ouai pour l'appréhension de la
341 personne quand la personne peut être en crise ou... bon effectivement le savoir être ça suffit pas toujours
342 quoi. Parce que même si on a des connaissances généralistes de par la formation, tu as bien vu c'est pas
343 non plus hyper creusé. Enfin... moi je sais que par exemple, j'ai fait un long stage en psychiatrie sur
344 XXXXXXXXXXXX dans un secteur fermé... ça m'a un peu aidé à comprendre certaines choses et encore
345 j'étais en première année donc c'était... Mais depuis du coup là-dessus, en fait, finalement on n'a pas...
346 je suis pas forcément parée à... t'es un peu démunie suivant la situation. Là, l'autre soir, il y a la dame
347 madame G du Soleil, qui s'est mis... en fait elle revenait de l'hôpital cette dame, elle a été hospitalisée
348 puisqu'elle mangeait pas du tout. Bon elle est revenue, elle remange... Elle est mieux. Et dans son
349 traitement je vois du Risperdal, du Seresta, et je me dis « Ah bon ? Peuchère la mamie » et tout...
350 pourquoi ils la tasse comme ça et tout... donc je me dis peut-être... Et l'autre soir, elle nous a fait une
351 crise d'agitation mais insultes, frappes... enfin... coups, j'ai essayé d'être calme, toute douce après j'ai
352 passé le relais à Edmund. Mais voilà, du coup il y a des moments où... même si t'es doux, même si t'es
353 voilà. Et même je vois, même en psychiatrie, face à des troubles psychiatriques quand le patient il est
354 en crise faut pas se leurrer... Tu le mets par terre et tu piques une intramusculaire de neuroleptique quoi.
355 Sinon t'arrives pas à le calmer. Alors après c'est vrai que voilà... nous c'est différent quand même chez
356 la personne âgée.

357 **Lenore** : On a eu des cas de personnes mais qui étaient comme ça et on était à quatre sur lui et le
358 directeur donc on était à cinq...

359 **Dolly** : Et ouai on est obligé hein. Mais là, quand les personnes sont comme ça, elles sont plus... c'est
360 plus des troubles psychotiques, c'est plus la réalité quoi, ils entendent des voix, ils voient des choses.

361 **Lenore** : ...C'est la maladie...

362 **Moi** : C'est-à-dire « c'est la maladie » ?

363 **Lenore** : Bah par exemple une personne qui est par exemple schizophrène, euh... c'est la maladie donc
364 la personne peut être très gentille et tout et puis d'un coup elles entendent des voix, elles tapent, elles
365 cassent tout... Et là sincèrement tu prends conscience que la maladie c'est la... elle prend le devant.

366 **Dolly** : Bah tu es obligée de... ouai sédaté ça pour après faire notre travail quoi voilà. Puisque sinon ils
367 sont pas...

368 **Moi** : Pour entrer en communication avec eux derrière et installer un relationnel ?

369 **Dolly** : Exactement ! Bah de toute façon c'est ce qu'ils font en psychiatrie. Je sais pas si tu as vu des
370 entretiens en psychiatrie mais chez des gens en crise aigüe, ils sont sédatés, et après ils voient le
371 psychiatre, l'infirmière ici... Mais sédatés dans un premier temps sinon il y a pas de communication
372 possible. Quand la personne elle voit Dieu qui est en train de... je dis une connerie mais... Mais ça c'est

373 aussi ce qui est difficile à comprendre tellement... Moi j'ai eu du mal là... Mon stage que j'ai fait en
374 première année il y a plus de dix ans... mais j'avais du mal parce que je voyais bah des gamins de 19/20
375 ans qui rentraient donc en secteur de crise tu vois... sur des premiers épisodes de décompensation
376 psychotique/schizophrène. Mais des jeunes hommes qui avait presque mon âge, mignons... enfin tu
377 vois, entre guillemets qui étaient pas du tout encore euh... grossis par les neuroleptiques et tout ça donc
378 ils avaient pas encore le faciès de quelqu'un qui a fait de la psychiatrie quoi. Et je me dis « p*tain »...
379 je comprenais... enfin tu vois... ça peut arriver à tout le monde quoi hein... voilà. Puis ça se voit pas.
380 C'est quelque chose qui se voit pas d'ailleurs.

381 **Lenore** : Des fois on se dit juste « mais c'est bizarre lui il a l'air comme tout le monde ». Faut pas se
382 tenir aux apparences. Même des autres personnes qui sont bien, il suffit qu'elles prennent pas leur
383 traitement alors là ça y est la maladie elle refait vraiment surface et ils décompensent et deviennent...
384 **Dolly** : Ouai... après t'as des facteurs favorisants aussi... tu verras l'alcool tout ça... chez les jeunes.

385 **Lenore** : C'est comme la maladie d'Alzheimer, c'est pareil c'est la maladie qui les rend comme ça...
386 **Dolly** : Oui voilà après il y a ça aussi ! La culpabilité... parce que souvent, les aides-soignantes ou les
387 personnes qui sont moins formées... euh... ça va être « ouai c'est bon il s'est mis en colère, j'en ai
388 marre » alors....

389 **Lenore** : Alors qu'en fait c'est la maladie.

390 **Dolly** : Voilà. C'est pas de sa faute, il faut pas lui en vouloir, pas lui en tenir rigueur quoi.

391 **Lenore** : C'est ça... avec les aides-soignantes c'est souvent l'agressivité.

392 **Dolly** : Voilà, t'en a même là-haut Madame M, quand je la perfuse, elle te fracasse quoi.

393 **Lenore** : Enfin... du moment elle se sent un peu agressée... et pourtant c'est un soin donc tu lui
394 expliques, on sait qu'elle va taper donc on arrive à deux en plus...

395 **Dolly** : Bien sûr ! Même si t'expliques faut être réaliste, on y va mais on n'a pas dix ans non plus à
396 passer quoi.

397 **Lenore** : Voilà ! Même lui caresser la main pour lui montrer qu'on lui fait pas mal. D'un seul coup tu
398 lui mets l'aiguille, elle va sentir que ça va la piquer, elle va ressentir de l'agressivité, elle va avoir peur
399 puis elle va s'en prendre en tapant, en griffant... et même en crachant. Tous les moyens pour se défendre.
400 Puisqu'ils ne comprennent pas.

401 **Dolly** : Oui puisqu'ils ont... enfin, on se met pas à leur place aussi... est-ce qu'ils ont envie d'être
402 soignés ? Enfin... tu vois ? Tu peux aussi taper une polémique là-dessus quoi.

403 **Lenore** : C'est ça aussi.

404 **Dolly** : Parce que... voilà quoi.

405 **Moi** : Le consentement...

406 **Dolly** : Ouai le consentement exactement. Puisqu'on ne demande plus finalement s'il y a des troubles
407 cognitifs comme ça. Quand t'as des personnes qui ont leur tête bah oui bien sûr que tu vas leur demander.

408 **Lenore** : Les personnes qui peuvent avoir des petits moments de lucidités, et qui se rendent compte...

409 **Dolly** : Oui !

410 **Lenore** : Après il y en a d'autres...

411 **Dolly** : Bah la plupart qu'on a quand même... avec une atteinte de démence... ils sont quand même à
412 des stades... ils sont quand même bien... bien atteints.

413 **Moi** : Et euh... du coup qu'évoque le terme de psychiatrie pour vous ?

414 **Lenore** : Alors le terme de psychiatrie, eh bah t'as les vraies personnes atteintes de troubles
415 psychiatriques qui sont devenues des personnes âgées.

416 **Dolly** : Ouai mais qu'est-ce que toi tu entends par psychiatrie ? Qu'est-ce que ça te fait penser ?

417 **Moi** : Oui voilà.

418 **Dolly** : C'est ça qu'elle veut. Ça te fait quoi quand tu l'entends ?

419 **Lenore** : Ça me fait penser... aux fous (rires).

420 **Dolly** et **Moi** : (rires)

421 **Dolly** : Nan mais tu peux (rires).

422 **Lenore** : Nan mais voilà une personne atteinte de troubles psychiatriques on pense aux fous.

423 **Dolly** : Ouai ! Bah la psychiatrie oui mais... oui oui...

424 **Lenore** : C'est fou dans le sens fou, quelqu'un de fou...

425 **Dolly** : Réagir de façon inadaptée !

426 **Lenore** : Oui de manière inadaptée. Alors qu'on t'apprend qu'il faut être comme ça, qu'il faut pas insulter et lui il le fait, lui il est fou.

427

428 **Dolly** : Exactement ouai.

429 **Moi** : Parce qu'il y a une certaine catégorisation, une norme au final ?

430 **Dolly** : Exactement.

431 **Lenore** : Aussi oui ! Ils ont des comportements qui sont incroyables, il faut pas faire ci, il faut pas faire ça. Ça fait pas partie vraiment de l'éducation qu'on donne à une personne, à un enfant. Bah eux ils sont hors de cette éducation-là. Eux ils vont frapper, ils vont cracher, ils vont insulter... ils vont tuer...

432

433

434 **Dolly** : Oui après... bah après, t'as pas tous les paramètres... voilà après peut être que finalement on peut tous être... on est tous borderline, on peut tous se taper une crise d'hystérie.

435

436 **Lenore** : Oui ou même être bipolaire...

437 **Dolly** : Voilà ! C'est pas étiqueté mais voilà. Nan mais c'est vrai ! Mais même moi. C'est au niveau de tes humeurs, si tu es fatiguée.

438

439 **Lenore** : Mais moi souvent dans certaine maladie je m'identifie parfois.

440 **Dolly** : Ouai il y a toujours des traits...

441 **Lenore** : On se voit tous un peu... mais eux vraiment ils dépassent la limite de ce qu'on ferait nous.

442 **Dolly** : Oui la psychiatrie bah ça fait peur un peu. Peut-être ? Aussi...

443 **Lenore** : Oui... Oui ça fait peur parce qu'on sait pas jusqu'où ils peuvent aller ces gens-là...

444 **Dolly** : Oui et puis tu te dis que ça peut aussi arriver, peut-être pas à toi mais euh...

445 **Lenore** : Ça peut arriver à n'importe qui, à tout le monde, même à toi...

446 **Dolly** : Voilà ! Un peu comme tout en fait !

447 **Lenore** : Après un gros choc émotionnel... tu perds un enfant... tu perds ton mari... tu perds...

448 **Dolly** : Oui la dépression.

449 **Lenore** : Tu fais une dépression. C'est vrai qu'on voit des personnes dans l'enceinte psychiatrique parce qu'elles ont perdu quelqu'un de très proche et elles peuvent pas se relever...

450 **Dolly** : On peut avoir quelqu'un de très jovial et qui peut complètement changer.

451 **Lenore** : C'est ça...

452 **Dolly** : Et ça peut arriver à n'importe qui.

453 **Lenore** : Avec un gros choc émotionnel en tout cas... Mais c'est vrai que quand tu es... quand tu n'es pas malade, parce que c'est quand même une maladie, quand tu es bien prête dans ta tête, tu te dis ces gens là-bas ils vont au-dessus de ta limite que tu te donnes. Et tu te dis qu'ils sont fous... ils sont comme ça. Mais bon ça reste quand même des humains et ces gens-là qui sont malades, ils n'ont pas demandé à être comme ça. C'est la maladie. C'est la maladie. Je pense qu'ils préféreraient être des gens normaux, être bien dans leur tête. Parce qu'ils doivent souffrir quand même ces gens-là.

454

455

456

457

458

459

460 **Dolly** : Bien sûr.

461 **Lenore** : Être enfermés, en psychiatrie, prendre tous ces médicaments-là, ils ont peu de vie sociale... que ça soit pour leurs amis ou pour leur famille... ça doit être difficile pour eux. Mais bon c'est la maladie.

462

463

464 **Moi** : Est-ce que vous pensez qu'il y a une différence entre la maladie psychiatrique et la maladie au
465 final, provenant d'une simple lésion ? Est-ce qu'il y a une différence entre les deux ?

466 **Dolly** : Entre le physique et le psychique ?

467 **Moi** : Oui.

468 **Dolly** : Bah...

469 **Lenore** : Oui puisque ça se traite pas du tout pareil.

470 **Dolly** : Oui puis il y a la compréhension aussi. Parce que le psychisme finalement... oui il explique, on
471 l'explique en psychiatrie, mais c'est tellement aléatoire. C'est pas comme par exemple un cœur, les
472 artères, tu vois ? On sait que s'il y a un thrombus il va falloir... Là finalement voilà.

473 **Lenore** : Les risques de rechute pour le schizophrène...

474 **Dolly** : Voilà !

475 **Lenore** : Il peut être bien et puis d'un seul coup il va en pleine crise et c'est une rechute.

476 **Dolly** : Voilà exactement ! Ou alors tu le tasses trop il va être somnolent, il va plus pouvoir rien faire...
477 Physique c'est l'hypertension et voilà tu le traites. Là c'est moins facile finalement avec ce risque de
478 rechute malgré les traitements.

479 **Lenore** : C'est quelque chose... C'est pas toi, mais tu vas te soigner, aller dans le sens du docteur parce
480 qu'on te le dit de le faire. Alors qu'eux c'est la maladie, c'est là-dedans, c'est dans la tête. Et la tête ça
481 fait tout.

482 **Dolly** : Puis même c'est complexe, le cerveau, il y a plein de zones qui sont pas explorées, en
483 neurologie...

484 **Lenore** : Déjà que les infirmières sont toutes des fadas (rires).

485 **Dolly** : Ça aide pas (rires).

486 **Lenore** : Ça aide pas (rires).

487 **Moi** : Et qu'évoque le terme de représentations sociales pour vous ?

488 **Dolly** : Représentations sociales ? Bah c'est ça, c'est les idées... c'est ce qu'on se met en tête... Des
489 normes, je dirais. La personne « normale » elle est comme ça. Voilà.

490 **Moi** : Et du coup normale ça serait quoi ?

491 **Dolly** : J'en sais rien...

492 **Moi** : Qui est en bonne santé ? Qui...

493 **Dolly** : Ouai... pas forcément mais je dirais plutôt... j'en sais rien... une fille... une femme ça boit pas
494 ou une femme ça va pas... enfin, tu vois ? Ça va plus être là-dessus. Pour moi. Quand tu parles de
495 représentation sociale c'est ça. Voilà. Ou j'en sais rien... quelqu'un qui va voler bah on va plus
496 s'attendre à ce que ça soit quelqu'un d'un quartier Nord avec son survêt Lacoste que le mec qui est fils
497 de médecin ou fille d'avocat. Tu vois ? Après... à part si tu veux le lier forcément avec la psychiatrie ?

498 **Moi** : Pas forcément. En général. Et est-ce que vous pensez que les soignants peuvent avoir des
499 représentations par rapport à la maladie ? Que ça soit psychiatrique ou toute maladie en générale.

500 **Dolly** : Oui. Oui... Oui oui... Puisqu'il y a des patients qui peuvent être... comment dire ? Après il y a
501 ça aussi... Des patients qui peuvent être... tu sais qui t'attires pas. Qui vont te rebuter. Bah soit parce
502 qu'ils font des choses dégueu, bizarres, tu vois ? Et oui ça peut arriver aussi. On voit là avec des
503 personnes qui vont tenir rigueur à une personne qui n'a pas du tout les moyens de de... de... comment
504 dire ? De s'auto-briffer, de s'auto-réguler. Donc si elle réagit comme ça c'est pas grave finalement.
505 Demain elle aura oublié, toi faut que tu le fasses aussi puisque tu es soignante. Même pas demain, dès
506 l'instant quoi. Tu sors, tu passes le relai... Tu fais autrement. Mais oui ça peut arriver bien-sûr. Je dis
507 pas que c'est systématique mais bon. Ça peut arriver que le personnel...

508 **Moi** : Mais même de manière inconsciente... On peut pas...

509 **Dolly** : Voilà ! Exactement ! Même inconsciemment. Simplement. Même si tu dis « Non moi je suis
510 comme ça, je suis carrée... ». T'as toujours des, t'as toujours des représentations. Que ça soit même
511 dans le... même si t'es un professionnel, que t'essaies de pas en avoir, t'en auras certainement moins
512 que dans ta vie personnelle, mais t'en auras quand même. C'est clair.
513 **Lenore** : Bah bien-sûr.
514 **Dolly** : C'est humain. Enfin je pense.
515 **Moi** : Bon ben très bien je vous remercie. J'en ai fini !
516 **Dolly** : Ça te va ?
517 **Moi** : Oui !
518 **Dolly** : Parce qu'on t'a fait un entretien double du coup...
519 **Moi** : Non non c'est parfait. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?
520 **Dolly** : Ben nan écoute... C'était sympa d'échanger là-dessus.
521 **Lenore** : Oui !

4^{ème} entretien auprès de deux infirmières d'un service d'oncologie

1 **Moi** : Merci en tout cas d'avoir accepté cet entretien. Et du coup je vais commencer par vous demander
2 de vous présenter. Depuis combien de temps est-ce que vous exercez ?
3 **Gwendolyn** : Tu veux commencer ? Tu veux que je commence ?
4 **Betsy** : Euh comme tu veux.
5 **Gwendolyn** : Ça ira peut-être plus vite. Donc je m'appelle Gwendolyn, je suis infirmière donc en Onco
6 1 secteur protégé. Ça fera quatre ans en juillet que je suis infirmière. Je suis diplômée depuis juillet
7 2017. Voilà. Je suis dans ce service depuis... Bah j'ai... quand je suis arrivée sur l'hôpital j'ai fait un
8 petit peu de la nuit, j'ai fait huit mois de nuit en gériatrie, après j'ai fait quasiment un an de nuit sur un
9 poste qui n'existe plus de suppléance de nuit en oncologie. Je faisais de l'onco et de l'hémato. Et en
10 février 2019 je suis passée de jour et depuis je suis de jour sur le service et d'oncologie et de secteur
11 protégé.
12 **Moi** : D'accord, OK.
13 **Gwendolyn** : A toi !
14 **Betsy** : Alors moi c'est Betsy, je suis infirmière...
15 **Gwendolyn** : Il faut que tu parles plus fort je pense.
16 **Betsy** : En onco/hématologie. Donc je suis diplômée depuis décembre 96. J'ai commencé d'abord à
17 Paris, à l'institut XXXXXXXX XXXXX. Après j'ai travaillé à l'institut XXXX à Paris. Ensuite je suis
18 revenue dans ma région natale, c'est-à-dire la région lilloise. Et euh... où est-ce que j'ai travaillé
19 d'abord ? J'ai travaillé au centre XXXX XXXXXXXX, c'est un centre anti-cancéreux aussi là-bas. Après
20 j'ai fait un peu d'intérim. Euh... J'ai travaillé un an pratiquement à l'éducation nationale. Et ensuite je
21 suis rentrée au CH de XXXXX aux urgences médicales et psychiatriques. Voilà. Ensuite, ben j'ai
22 demandé ma mutation... Je suis arrivée dans le Vaucluse où j'ai travaillé d'abord en service de
23 pneumologie / cancérologie. Et puis le bâtiment ici s'est construit donc on a fusionné avec l'hémato. Et
24 donc j'ai travaillé d'abord deux jours en onco 2, puis pour des raisons personnelles je suis passée de nuit
25 quatre ou cinq ans ? Je sais plus...
26 **Gwendolyn** : Six non ?
27 **Betsy** : Trop. De nuit en onco 2 puis euh...
28 **Gwendolyn** : Onco 2 c'est solide et onco 1 c'est hémato.
29 **Moi** : Oui on me l'a expliqué !
30 **Betsy** : Puis je suis venue après au secteur protégé où là j'ai fait secteur protégé et...

31 **Gwendolyn** : On a fusionné il y a... en septembre 2019.

32 **Moi** : Ah oui c'est récent.

33 **Gwendolyn** : Avant c'était deux services très spécifiques, le secteur protégé avait une équipe et

34 l'oncologie 1 avait une autre équipe. Maintenant on est une grosse équipe qui tourne.

35 **Moi** : Pourquoi avoir fusionné ?

36 **Gwendolyn** : Pour raison budgétaire. Bref.

37 **Moi** : D'accord.

38 **Betsy** : Et puis c'est des pathologies que...

39 **Gwendolyn** : Qui sont assez similaires. Les patients qu'on suit ici, on les avait là-bas et inversement.

40 Donc c'était le plus cohérent au vu... à la suppression des postes en fait. C'était le plus cohérent qu'on

41 fusionne nous ensemble plutôt que les deux services ou... C'était le plus cohérent.

42 **Moi** : D'accord. Alors la première question que je vais vous poser, c'est : est-ce que vous pourriez me

43 raconter une prise en charge avec un patient qui était atteint de troubles psychiatriques dans le service

44 en onco/hémato ? Après je dis psychiatrique mais ça peut être dépression, bipolarité, pas forcément que

45 de la schizophrénie ou des troubles psychotiques.

46 **Gwendolyn** : Dernièrement on a eu une patiente qui était suivie par un psychiatre, là par exemple, qui

47 était à la 57 porte, et qui est restée pas mal de temps chez nous. En fait, c'était une patiente qui rentrait

48 sur un week-end, qui était hébergée... En fait, elle est rentrée pour embolie pulmonaire mais embolie

49 pulmonaire stable, elle était traitée, elle était sous Eliquis, sous anticoagulants, et il y avait aucun, aucune

50 séquelle de l'embolie, enfin elle avait pas de conduite à tenir. Elle était juste sous traitement. Et en fait,

51 en creusant un petit peu, en regardant le dossier etc... on s'est rendu compte que c'était très compliqué

52 au domicile. Elle avait un mari... d'un remariage en fait, et son mari... il avait... du mal à la gérer au

53 domicile. Euh... Voilà. Donc en creusant un peu on a vu qu'elle était suivie à XXXXXXXXXXXX, c'est

54 comme ça que ça s'appelle ?

55 **Betsy** : Tout à fait.

56 **Gwendolyn** : A Villeneuve par un psychiatre, le docteur... Bon voilà c'était un peu compliqué. Après

57 nous c'est vrai qu'on n'est pas habitués à ce type de prise en charge et on n'est pas formés...

58 **Betsy** : Oui c'est souvent plus des désordres euh... lié à une hypercalcémie...

59 **Gwendolyn** : Oui voilà. Mais là pour le coup elle, elle était vraiment... elle était vraiment... après c'est

60 pas nos patients. Euh... c'est les patients qui sont hébergés. Tu vois, moi le souvenir le plus récent que

61 j'ai c'est ça. De cette patiente... Qui... Elle était pas à nous en fait. C'était un placement et elle attendait

62 d'avoir une place à XXXXXXXXXXXX en fait pour retourner en psychiatrie. Après le pro... enfin, le

63 problème... Le problème de ces prises en charge là, c'est que voilà nous on n'a pas... pas trop habilité

64 à... et que ça prend... C'est des patients qui prennent beaucoup de temps. Donc on n'a pas forcément...

65 **Betsy** : Si un jour on a eu un jeune... On dit les noms ou pas ?

66 **Moi** : Je vais les enlever pour la retranscription.

67 **Gwendolyn** : Oui elle les enlèvera.

68 **Betsy** : Monsieur P.

69 **Gwendolyn** : Ah oui oui oui !

70 **Betsy** : Qui est quand même un gros dépressif.

71 **Gwendolyn** : Mais moi lui je lui avais fait son entrée avec Huck, je me rappelle... Donc c'est un patient

72 qui est rentré pour leucémie aiguë en fait.

73 **Betsy** : Tout jeune hein. Quel âge ? 30 ans ?

74 **Gwendolyn** : Ouai 30 ! Et en fait, assez fulgurant... Bon ben les leucémies c'est toujours violent. C'est

75 toujours d'un coup et de suite on a besoin d'être enfermé et...

76 **Betsy** : Et il avait perdu deux ans auparavant son père.

77 **Gwendolyn** : Oui son papa et il avait beaucoup de mal à s'en relever.

78 **Betsy** : Donc bon il comparait tout, en fait.

79 **Gwendolyn** : Ouai le transfert puis aussi le fait d'être malade, d'avoir un peu la même maladie...

80 **Betsy** : Puis lui et sa mère qui étaient quand même très fusionnels je trouve. Trop même.

81 **Gwendolyn** : Oui un peu...

82 **Betsy** : Je pense (rires). Ils faisaient... ils n'avaient pas encore fait leur deuil en fait donc c'était vraiment...

83 **Gwendolyn** : Ah oui oui oui.

84 **Betsy** : Puis il avait quand même un traitement... assez lourd d'anti-dépresseurs. Voilà.

85 **Gwendolyn** : Oui oui ! Après c'est assez rare.

86 **Moi** : Vous avez parlé de transfert, il transférait par rapport à son père, c'est ça ?

87 **Betsy** : Oui. Il y avait un truc euh... je vais dire « mal au ventre » c'était « ah bah mon père il a eu mal au ventre ».

88 **Gwendolyn** : Je me rappelle j'avais fait son entrée une nuit, on avait dû changer un patient de chambre pour le mettre lui en chambre seul parce qu'il était en aplasie. En aplasie médullaire du fait de la patho.

89 **Betsy** : Voilà donc dès qu'ils ont une grosse fatigue, ils sont cloués au lit. Bah là aussi il se voit mourant comme l'était son père. Mais je crois qu'il voyait pas trop de perceptives... Pour lui il allait mourir. Il n'allait pas s'en sortir.

90 **Gwendolyn** : Mais je crois qu'il va bien.

91 **Betsy** : Oui il va bien.

92 **Gwendolyn** : Je crois qu'il est en entretien maintenant... il me semble...

93 **Betsy** : Oui ça va ça va !

94 **Moi** : Et comment s'est passé la prise en charge du coup ?

95 **Betsy** : Il consultait la psychologue vraiment très régulièrement, ça vraiment hein...

96 **Gwendolyn** : Bah nous on a la chance surtout ici au secteur protégé, à côté aussi mais à côté on a une file active de patients qui est plus... grande. Mais ici, voilà les patients sont très bien suivis. Du point de vue psychologique, par l'assistante sociale. Ils ont la coach sportive qui vient. Enfin, on est sur du très très régulier hein.

97 **Betsy** : Il y a avis psychiatre si besoin.

98 **Gwendolyn** : Voilà. Psychiatre euh...

99 **Betsy** : Ils sont plus longs à venir mais euh...

100 **Gwendolyn** : Ils sont vus par nos médecins tous les jours qui réévaluent le traitement. Ici ils sont vraiment très bien surveillés. A tout point du vu.

101 **Betsy** : Après lui il était traité avant de rentrer déjà.

102 **Gwendolyn** : Lui il était déjà...

103 **Betsy** : Donc on a continué son traitement.

104 **Moi** : Le rôle de la psychologue d'ici c'était quoi pour ce patient ?

105 **Betsy** : Bah parler en fait... clairement...

106 **Gwendolyn** : Oui... évacuer.

107 **Betsy** : Evacuer, évoquer toutes ses peurs en fait. Parce que... enfin, nous, il nous les exprimait pas forcément verbalement enfin... il exprimait avec le corps ou enfin... c'était voilà... quelqu'un d'assez renfermé mais au moins il se libérait et libérait sa parole avec la psychologue.

108 **Moi** : Et vous avez parlé du coach sportif aussi...

109 **Gwendolyn** : Oui.

110 **Moi** : Le coach sportif il intervient comment et de quelle manière ?

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122 **Gwendolyn** : Bah elle vient évaluer les patients plusieurs fois par semaine. Parce qu'en fait le problème
123 de la chimio c'est que ça créait de la fonte musculaire et en fait, le fait d'être alité, d'être allongé toute
124 la journée bah... ça accentue cette fonte musculaire. Les patients, de par la chimio, avaient des nausées
125 et donc ils avaient encore moins envie de manger. Donc on essaie de maintenir une... même si c'est une
126 petite, une activité physique pour voilà... Ils ont les vélos dans les chambres, ils ont des petites altères,
127 alors après ça dépend des patients hein. Il y a un extrême à l'autre. Mais voilà il faut toujours essayer le
128 renforcement musculaire. Les patients qui vraiment voilà sont alités ici, il y a pas trop de patients alités.
129 On est vraiment sur du vrai curatif, les patients qu'on, qu'on fait rentrer au secteur protégé
130 **Betsy** : Disons qu'ils s'alitent tout seul quand même.
131 **Gwendolyn** : Oui mais au départ c'est des patients qui sont dans un bon état...
132 **Betsy** : Oui qui sont pas grabataires.
133 **Gwendolyn** : Qui sont dans un bon état général et donc on essaie au maximum de maintenir le...
134 **Betsy** : Justement cette coach sportive voulait mettre en place avec un chef de service, un projet par
135 rapport à certaine, certaines autogreffes pour bien en amont, commencer...
136 **Gwendolyn** : Préparer le corps.
137 **Betsy** : Voilà.
138 **Moi** : D'accord.
139 **Betsy** : Parce qu'on pense, de l'expérience qu'on a eue, ça joue sur la durée d'hospitalisation. Sur le
140 temps. Ceux qui conservent, qui ont conservé une activité sportive... c'est passé comme une lettre à la
141 poste.
142 **Gwendolyn** : Bah le corps il est mieux préparé.
143 **Betsy** : Et celui qui rentre en fait, rentre le premier jour du sas, met sa blouse et puis qu'il bouge plus du
144 lit...
145 **Moi** : Et pourquoi avoir choisi un coach sportif plutôt qu'un kiné ?
146 **Gwendolyn** : C'est pas nous... ça c'est des projets de pôle. Et parce qu'un kiné c'est médical... C'est
147 pas... ça n'a pas les mêmes fonctions. Un kiné va traiter des douleurs particulières, après il y a de la
148 kiné de mobilisation pour les personnes âgées etc... Mais là on n'est pas sur ce type de... c'est pas
149 médical. Le coach sportif c'est pas pareil.
150 **Moi** : Puis en plus, l'avantage c'est que cela peut être poursuivi en dehors aussi du coup.
151 **Gwendolyn** : Oui puis en plus le kiné ça sera une prescription s'il fait des séances. C'est pas pareil.
152 **Betsy** : Ça fait partie des soins de support.
153 **Gwendolyn** : Ouai c'est vrai.
154 **Moi** : Donc par rapport à ce patient qui était dépressif, donc il y a eu la psychologue, le coach, et vous
155 avez dit également... un psychiatre ? Le psychiatre il intervient à quel moment ?
156 **Gwendolyn** : Bah c'est vraiment...
157 **Betsy** : Là c'est pareil c'est sur demande du médecin.
158 **Gwendolyn** : Ça c'est sur prescription, c'est de la consultation. Nos médecins, peuvent demander un
159 avis à un dermato, psychiatre enfin peu importe...
160 **Betsy** : Pour équilibrer un traitement.
161 **Gwendolyn** : Voilà pour rajuster un traitement. Je crois pas qu'il l'est vu... Comme il était déjà sous
162 traitement. Je crois pas qu'il ait été vu par un psychiatre.
163 **Betsy** : Cela fait un petit moment quand même...
164 **Gwendolyn** : Ouai... mais je crois pas ! Je crois pas parce que bon... il était sous traitement. Bon après
165 il y a la vigilance toujours. Mais...
166 **Betsy** : Puis après c'est... enfin, après avec le temps ça allait mieux. Il a vu qu'effectivement il sortait
167 d'ici donc euh...

168 **Gwendolyn** : En fait, c'est un problème que... voilà il a vu qu'il allait mieux. Il voyait qu'il allait mieux,
169 qu'il rentrait chez lui. Mais c'est vrai que la découverte de la maladie en général elle est toujours hyper
170 violente. Et donc avec des antécédents c'est vrai que c'est...
171 **Betsy** : Et entre la découverte et le début du traitement aussi... c'est très très court.
172 **Gwendolyn** : C'est l'espace de quelques jours même pas.
173 **Betsy** : On dirait... c'est super dur quoi.
174 **Gwendolyn** : Oui oui on passe de la découverte, ben lui il a fait une prise de sang, il était fatigué. Moi
175 je me rappelle, je l'ai rentré la nuit il était complètement thrombopénique, c'est-à-dire qu'il n'avait plus
176 de plaquette. Donc il a été transfusé etc... et en fait les maladies hémato, bon après on fait toujours les
177 examens complémentaires mais à la prise de sang on voit déjà qu'il y a un gros problème. Et donc euh...
178 bah voilà il est rentré la nuit, peut être quatre / cinq jours après bah là on fait les examens
179 complémentaires, on leur pose la voie centrale et on les fait rentrer ici enfermés pour une durée euh...
180 Bah on peut pas toujours définir combien de temps ils vont rester euh... Mais c'est minimum
181 combien pour une induction ?
182 **Betsy** : Ici ?
183 **Gwendolyn** : Oui.
184 **Betsy** : 28 jours.
185 **Gwendolyn** : Ouai j'allais dire 30 tu vois... C'est resté enfermé dans dix mètres carrés. Bon là il y a
186 COVID, bon il y avait pas le COVID à l'époque mais euh voilà, ils ont des visites mais elles sont quand
187 même restreintes. C'est pas plus de deux personnes. C'est... voilà. C'est des personnes qui ont le
188 masque, la charlotte, qui sont habillées... enfin, c'est quand même pas facile facile pour les patients...
189 qui n'ont pas trop de temps pour se préparer.
190 **Moi** : Et justement en parlant de proches, ce patient, il voyait ses proches régulièrement ?
191 **Gwendolyn** : Ah oui ! Bah il y avait sa femme et...
192 **Betsy** : Et sa maman... sa maman qui se mettait des fois au bord du lit et lui caressait la cuisse.
193 **Gwendolyn** : Alala !
194 **Betsy** : C'était vraiment très... comme un petit garçon. Il redevenait petit garçon dès qu'elle franchissait
195 le seuil de la porte. C'était...
196 **Moi** : Vous avez eu des problèmes de communication avec ce patient ? Ou pas du tout et ça allait ?
197 **Betsy** : Non... c'est vrai qu'à un moment il était dans sa phase un peu fermée tout ça, mais nan ça allait
198 ça allait.
199 **Moi** : Et est-ce que vous trouvez que c'est compliqué de gérer à la fois la maladie donc là la leucémie,
200 et à la fois la dépression ?
201 **Gwendolyn** : Après nous sincèrement on gère la leucémie.
202 **Moi** : Que la leucémie ?
203 **Gwendolyn** : Enfin... on n'est pas fermé, on n'est pas obtus mais euh... mais voilà ce patient en plus il
204 était suivi. Donc nous on a géré son problème hémato.
205 **Betsy** : On gère pas que ça, parce que c'est vrai il y a des gens qui deviennent très agressifs justement à
206 la suite de tout ça. Oui on va mettre quelque chose en place, on va... voilà
207 **Gwendolyn** : On est assez alerte et tout mais... la priorité c'est quand même la patho quoi. On les laisse
208 jamais... surtout ici quoi. Ici, on a vite vite... Puis voilà on a notre... notre psychologue qui est vraiment
209 très très bien. Qui voilà, elle passe au moins trois fois par semaine voir les patients.
210 **Betsy** : Ça il faut l'effacer hein si elle le sait elle va avoir de grosses chevilles.
211 **Moi** : (rires).

212 **Gwendolyn** : Ouai c'est vrai. Mais nan vraiment elle est très bien. En fait elle est... C'est notre psy...
213 enfin, la notre... Elle est spécifique à nos patients donc les patients elle les connaît, elle a un suivi...
214 Puis elle a son petit suivi dans l'ordinateur.

215 **Moi** : Elle continue de les suivre aussi par la suite ?

216 **Gwendolyn** : Oui oui ! Ils ont son numéro. Elle les appelle, si vraiment elle peut pas venir elle leur
217 demande juste si ça va...

218 **Moi** : Oui ils sont pas lâchés derrière...

219 **Gwendolyn** : Enfin, de toute façon nous dans le cadre, dans la découverte de la maladie pathologique,
220 on a ce qu'on appelle les trois C, c'est qu'en fait les patients, même s'ils ont aucun besoin, ils sont vus
221 forcément par une diététicienne, une assistante sociale et une psychologue. Tous nos patients.
222 Absolument tous. Voilà après elles peuvent juste venir se présenter voilà. « Bonjour je m'appelle un tel,
223 je suis psychologue, voilà... on vient de vous annoncer qu'il y a ça... comment vous le gérez ? ». Il y a
224 des patients qui sont fermés, il y en a qui sont ouverts, il y en a, à qui ça leur fait remonter plein de
225 choses... Voilà. Toujours tous nos patients sont vus au minimum une fois par une diététicienne, la psy
226 et l'assistante sociale. Et l'infirmière de coordination mais ça c'est plus le coté en fait, on va leur
227 expliquer leur projet thérapeutique, comment ça va se passer la chimio... mais tous ils sont tous vus.
228 Donc du coup ça dégrossit un peu quand même parce que comme elle les voit en première intention...

229 **Betsy** : Même des fois elle voit leur conjoint, leur famille, elle peut même des fois voire les enfants.

230 **Gwendolyn** : Ça c'est souvent quand...

231 **Moi** : C'est important...

232 **Betsy** : Bah quand ils sont petits.

233 **Gwendolyn** : Quand ils sont tous petits, là du coup... là on a eu bah... P. c'est un patient qu'on a eu
234 pareil leucémie, donc bah rentré au 16 direct, c'était à Noël du coup il a fait Noël avec nous, il a fait le
235 nouvel an chez... enfin il est sorti au nouvel an. Il est sorti le 31, je l'ai fait sortir. Bah c'est pas facile
236 pour les enfants quoi. Ils comprennent pas, ils sont petits, ouai c'est difficile. Mais on a...c'est vrai
237 qu'on a cette chance d'avoir une équipe pluridisciplinaire assez complète.

238 **Moi** : Et euh... qu'est-ce que vous ressentez quand vous prenez en charge ce type de patient ? Au niveau
239 de vos émotions par rapport à la fois aux troubles psychiatriques mais aussi aux troubles fonctionnels ?

240 **Gwendolyn** : Bah après troubles psy... moi je me sens un peu désemparée... c'est pas... Bah déjà c'est
241 pas une spécialité qu'on a choisie.

242 **Betsy** : Après moi je les côtoyais comme j'ai fait des urgences psychiatriques...

243 **Gwendolyn** : Oui voilà. Moi...

244 **Betsy** : C'était vraiment la phase aigüe...

245 **Gwendolyn** : Moi la psy... euh... j'ai un peu du mal quoi... parce que je trouve qu'on... enfin... parfois
246 on est un peu à court de solutions... on est un peu...

247 **Moi** : En situation d'échec ?

248 **Gwendolyn** : Oui. Après je... je ne mets pas dans le même sac tous les patients tu vois comme...
249 Monsieur P. ça n'a rien à voir.

250 **Betsy** : Oui puis ça... enfin une maladie psychiatrique ça peut toucher tout le monde, n'importe quelle
251 famille, voilà n'importe quelle... ça reste une maladie.

252 **Gwendolyn** : Oui ça reste une maladie... Mais c'est vrai que parfois on est un peu à court de... la
253 dernière fois avec la dame...

254 **Betsy** : Ah bah des fois on est un peu démunie, c'est sûr. Quand le traitement n'est pas efficace. C'est
255 dès qu'ils sont vraiment agités et tout ça... Mais là c'est du tout... c'est compliqué quoi.

256 **Gwendolyn** : Oui oui.

257 **Moi** : Comment ça se passe quand vous arrivez pas avec les patients en général ?

258 **Betsy** : Bah...

259 **Gwendolyn** : Bah on les endort (rires).

260 **Betsy** : Bah... oui... ou les contentions

261 **Gwendolyn** : Les... les... dernières recommandations... la petite dame là...

262 **Betsy** : Moi je l'avais eu en Onco 2, la femme avait même lacéré à coup de couteau la voiture de son mari.

263

264 **Gwendolyn** : On fait un avis... généralement c'est les avis psy ou les avis de gériatres qui disent bah pour canaliser la phase vraiment aiguë, ou le patient est un danger pour lui-même il faut l'endormir quoi.

265

266 C'est malheureusement...

267 **Betsy** : Oui c'est mieux que les contentions de toute façon.

268 **Gwendolyn** : Moi je préfère. J'ai du mal avec les contentions...

269 **Betsy** : Eh oui mais des fois...

270 **Gwendolyn** : Ouai ouai mais des fois t'as pas le choix hein... carrément hein... Pour avoir fait de la

271 gériatrie je peux te dire que des fois t'as pas le choix. Mais moi j'aime pas trop. J'aime bien quand on

272 est sur un pied d'égalité tu sais... Qu'on fait tous euh... Moi je préfère les endormir. Enfin, vraiment.

273 OK vous les shootez un peu quoi. Parce que c'est vrai que quand ils commencent à tout s'arracher, puis

274 bon... moi, pour le coup je suis pas un gros gabarit donc je vais pas leur sauter dessus.... C'est un peu

275 compliqué quoi.

276 **Moi** : Ouai donc du coup il y a un peu d'appréhension aussi quoi.

277 **Gwendolyn** : Euh oui ouai. Moi je préfère quand ils sont calmes. Mais 98% du temps ils sont gentils et

278 calmes donc euh...

279 **Moi** : Et euh... justement en parlant d'appréhension, est-ce que vous avez appréhendé déjà des prises

280 en charge, un peu compliquées ?

281 **Gwendolyn** : Par rapport à des patients psy ?

282 **Moi** : Oui.

283 **Gwendolyn** : Bah... après ça se fait.

284 **Betsy** : Après on sait qu'on n'est pas seules.

285 **Gwendolyn** : C'est exactement ce que j'allais dire.

286 **Moi** : Le fait que vous êtes plusieurs.

287 **Betsy** : Oui... Il y a les médecins, du coup on peut vraiment compter sur eux...

288 **Moi** : Ça vous rassure le fait d'être en équipe ?

289 **Betsy** : Oui oui tout à fait.

290 **Gwendolyn** : J'avais plus de mal moi la nuit en psy... euh tu vois en gériatrie avec les patients des fois

291 qui deviennent un peu chtarbés la nuit et tout... C'est moins sécu... enfin, on se sent moins en sécurité.

292 Mais là nous la journée, il y a toujours quelqu'un. Vraiment on crie, il y a quatre / cinq personnes qui

293 arrivent... On n'est pas seule quoi. Nan nous notre vraie difficulté elle est pas là elle est ailleurs.

294 **Moi** : OK... et à votre avis qu'est-ce qu'il faudrait faire pour optimiser la prise en charge de ces

295 patients ?

296 **Gwendolyn** : Bah c'est un peu compliqué... Je... après c'est rare. C'est vraiment du très très

297 occasionnel. On met déjà plein de choses en place hein. Le plus, c'est voilà de... de comprendre où est

298 le problème. Si le problème est d'ordre métabolique, voilà comme tu disais, si c'est une hypercalcémie,

299 si c'est une métastase, si c'est...

300 **Betsy** : Si c'est plus neurologique...

301 **Gwendolyn** : Tout à fait, si c'est neurologique. Après si c'est psy euh... bah la psy... faire intervenir

302 un psychiatre, le traitement mais pff...

303 **Betsy** : Enfin, s'ils sont connus voilà faire les liens avec les psychiatres qui les suivent habituellement.

304 **Gwendolyn** : Oui voilà.

305 **Betsy** : La famille aussi puisque...

306 **Moi** : Et du coup... Donc là je vais vous poser des questions un peu plus sur vos connaissances en
307 quelque sorte...

308 **Gwendolyn** : Oulala

309 **Moi** : (rires) Nan mais ça va aller.

310 **Gwendolyn** : Si c'est sur la psy je suis dans la merde. Je suis trop nulle.

311 **Moi** : Juste comment est-ce que vous décririez ou définiriez, une personne qui est malade avec une
312 pathologie d'ordre psychiatrique ?

313 **Betsy** : Ben c'est une... une personne qui comment dire ? Euh...

314 **Gwendolyn** : Bah c'est une personne atteinte de maladie mentale...

315 **Betsy** : Voilà de trouble mentale, psychiatrique et euh... et qui...

316 **Gwendolyn** : Qui sont atteintes de psychose quoi. Peucherette. C'est trop triste. Ah moi je trouve ça
317 triste. Olala. Il y a aucune solution, on peut pas les guérir. Je... olala...

318 **Moi** : C'est la chronicité qui fait...

319 **Gwendolyn** : Ben non nous nos patients c'est des chroniques hein...

320 **Moi** : Et ouai....

321 **Gwendolyn** : C'est pas pareil. C'est nous... on a une solution ou on n'en n'a pas mais euh...

322 **Betsy** : Bon après il y a des traitements quand même ne serait-ce que pour la schizophrénie tout ça...
323 qui marchent plutôt bien quand même hein.

324 **Gwendolyn** : Ouai mais tu vois quand j'avais fait mon stage à XXXXXXXXXX euh... c'est compliqué
325 quoi. Même les soignants ils te disent, tu peux les stabiliser un moment et puis dès qu'ils vont mieux,
326 ils arrêtent de prendre leur traitement parce qu'ils pensent qu'ils vont mieux... Tu vois c'est tout un...
327 C'est une balle de ping pong tu vois ? C'est un peu compliqué.... Bah c'est des personnes malades hein,
328 il faut les prendre en compte comme telles quoi. C'est des gens...Enfin, c'est des patients comme les
329 autres. C'est pas les mêmes mais ça reste des patients quoi.

330 **Moi** : Et euh... Est-ce que vous pensez que la formation elle a... manqué en quelque sorte à apporter
331 des connaissances à ce niveau-là ?

332 **Gwendolyn** et **Betsy** : Non.

333 **Betsy** : Non parce qu'on est la génération... même moi où on avait la partie psychiatrique en commun.

334 **Gwendolyn** : Et moi je suis pas forcément pour... enfin, en fait j'en sais rien si je suis pour ou contre le
335 diplôme commun. Moi je trouve qu'on a trop mangé de psy. La psy c'est quand même très spécifique.
336 Donc voilà... moi j'ai adoré la psy du point de vue de la psychopatho etc machin... Par contre m'envoyer
337 dix semaines en stage de psy ça a été une torture. Enfin, dix semaines d'affilées, en psy... quand on ne
338 l'a pas choisi... C'est vraiment très très particulier. Enfin... après ça s'est très bien passé, j'en garde un
339 souvenir un peu... voilà j'ai appris des choses. Mais ça reste une spécialité très à part. Je trouve. Après
340 c'est important qu'on en ait fait, que... De toute façon avec le diplôme commun... Mais c'est quand
341 même euh... c'est pas le même métier. Moi j'ai un de mes amis proches qui bossent à XXXXXXXXXX
342 en psychiatrie... euh on fait pas le même métier. On n'a pas les mêmes... puis même du stage, bon ben
343 voilà j'apprenais les médicaments, les pathologies, les machins mais 90% du temps j'avais l'impression
344 de faire du jardinage quoi...

345 **Betsy** : C'est vrai que par rapport à nous à la technicité...

346 **Gwendolyn** : Oui voilà... Ben non parce que moi j'aime vraiment le relationnel avec les patients.

347 **Betsy** : Oui mais eux c'est que ça quoi.

348 **Gwendolyn** : Mais c'est pas le même relationnel. Tu vois ? C'est pas le même... T'entres pas en contact
349 de la même manière tu vois ? Moi quand je rentre comme une zinzin je leur dis « ah coucou, vous allez

350 bien ? Vous avez passé une bonne journée ? » machin... qu'on discute, que machin... le lien il est pas...
351 tu vois ? T'entres pas en contact de la même ma... dans le... c'est pas pareil. Moi j'ai l'impression que
352 c'est deux mondes différents.

353 **Betsy** : On fait pas le même métier.

354 **Gwendolyn** : Mais c'est voilà, après c'est un patient comme les autres, s'ils atterrissent chez nous c'est
355 qu'il y a besoin mais après la psychiatrie c'est hyper complexe. Il y a... le patient qui est dépressif, le
356 patient qui est toxicomane, le patient qui est alcoolique, euh tous les névrosés-là qui ont plein de TOC
357 etc... Et après il y a vraiment les patients psychotiques, les gros paranos... il y a... c'est tellement large
358 et complexe que... enfin... Mais moi je l'appréhende quand même pas de la même manière qu'un patient
359 lambda. C'est pas pareil.

360 **Betsy** : On a tous un petit côté psy.

361 **Gwendolyn** : Non on est tous névrosés. Et si t'es pas névrosé t'es psychotique. Enfin, un truc comme
362 ça. Et du coup c'est moins rigolo.

363 **Moi** : Et du coup vous avez l'ancien diplôme c'est ça ?

364 **Betsy** : Nan j'ai...

365 **Gwendolyn** : Elle a le diplôme commun.

366 **Betsy** : En fait...

367 **Gwendolyn** : En fait avant il y avait deux diplômes séparés, après il y a eu le diplôme commun et là il
368 y a eu la réforme...

369 **Betsy** : Oui moi j'ai pas connu le portfolio...

370 **Gwendolyn** : Oui ça s'est arrivé plus tard... c'est hyper récent.

371 **Moi** : A ce niveau-là, au niveau de la psychiatrie, c'était comment pour ce diplôme ?

372 **Gwendolyn** : Comme nous.

373 **Moi** : Comme nous ? Exactement pareil ? D'accord. Et du coup qu'évoque le terme de psychiatrie ? Ce
374 serait tout ce que vous venez de citer au final ?

375 **Gwendolyn** : Oui voilà oui. Bon c'est la maladie mentale.

376 **Betsy** : Et toutes les addictions...

377 **Gwendolyn** : Oui oui aussi à côté ! Mais en fait, c'est un peu les patients qui sont... moi je me souviens
378 de lointains souvenirs, c'est les patients qui sont borderline, tu vois ? Qui sont toujours... qui frôlent un
379 peu avec la mort... avec le... avec les gros addictifs... les gens qui se piquent etc... ils aiment bien...
380 enfin, ils aiment bien... ils éprouvent un certain plaisir à flirter avec la mort tu vois ? Ça c'est un peu
381 particulier. Après nous on a... enfin on a... pas trop nous mais plus à côté en onco 2, ils ont les patients
382 VIH... et bon ben les patients VIH c'est beaucoup des anciens toxico... et pareil c'est une autre manière
383 de les aborder. C'est...

384 **Betsy** : Je pense que c'est encore plus différent.

385 **Gwendolyn** : Bah oui mais ça fait partie des patients psy hein. Des patients psy...

386 **Betsy** : Après on s'adapte.

387 **Moi** : Oui bah c'est sûr...

388 **Gwendolyn** : La capacité d'adaptation...

389 **Moi** : Et qu'évoque le terme de représentation sociale pour vous ?

390 **Gwendolyn** : Des mots compliqués (rires).

391 **Betsy** : Représentation sociale c'est...

392 **Gwendolyn** : Oui c'est ce que tu représentes à l'autre...

393 **Betsy** : Pour l'autre quoi...

394 **Gwendolyn** : Oui oui...

395 **Betsy** : Pour autrui donc euh... Faut encore rentrer dans les bonnes cases...

396 **Gwendolyn** : Les normes...

397 **Betsy** : Voilà... quelqu'un qui est malade psychiatrique ça...

398 **Gwendolyn** : Oui c'est pas très normé... Oui mais comme un patient qui a le cancer.

399 **Betsy** : Ils restent montrés du doigt.

400 **Gwendolyn** : Oui aujourd'hui en disant crâne jaune machin etc...

401 **Betsy** : On va pas le considérer comme... enfin... quelqu'un qui est pas du milieu... voilà il est pas dans

402 la norme. C'est... on va même peut-être s'en écarter puisqu'on ne sait jamais.

403 **Gwendolyn** : Mais même les...

404 **Betsy** : Parce que l'inconnu fait peur aussi hein.

405 **Moi** : Mais un cancer au final, c'est pareil ?

406 **Betsy** : Ah oui ! Ah oui oui oui !

407 **Moi** : Au final... c'est en dehors d'une certaine norme aussi finalement...

408 **Betsy** : Ah oui oui tout à fait.

409 **Gwendolyn** : Moi j'ai appris à jouer là-dessus. Oui quand on leur rase la tête... c'est des moments un

410 peu de... d'intimité... un peu...

411 **Betsy** : Ouai, puis même des fois on peut plaisanter à ce moment-là !

412 **Gwendolyn** : Moi je plaisante beaucoup dessus.

413 **Betsy** : Oui tout à fait.

414 **Gwendolyn** : Beaucoup trop des fois. Mais généralement les patients...

415 **Betsy** : Ça rend la chose beaucoup plus légère.

416 **Gwendolyn** : Nous on a une proximi... on est habitué, je sais pas si on est habitué, si on peut vraiment s'y

417 habituer un jour à ce genre de chose mais, on a une proximité avec le patient cancéreux qui est... c'est

418 vrai avant les patients cancéreux c'étaient... fallait les mettre dans des bulles, fallait pas les approcher,

419 fallait par rire avec eux, fallait pas... Voilà nous on n'est pas... aujourd'hui on n'est plus là-dedans.

420 Aujourd'hui il y a les services d'oncologie ça pleure beaucoup mais ça rigole beaucoup aussi. C'est très

421 vivant. Très...

422 **Betsy** : Oui c'est pas un mouroir quoi.

423 **Gwendolyn** : Nan... Alala pas du tout.

424 **Moi** : Puis vous ramenez en quelque sorte une espèce de « normalité » pour le patient parce que lui...

425 **Gwendolyn** : Bah nous c'est...

426 **Betsy** : Ils se retrouvent dans un monde qu'ils ne connaissent pas.

427 **Gwendolyn** : Pour nous c'est notre quotidien. C'est notre norme. Nous on a... des fois ils me disent,

428 enfin, les patients un peu chiants ils te disent « Ouai mais moi vous comprenez j'ai un cancer » je leur

429 dis « Oui comme tout le monde ici ». Tout le monde a un cancer ici hein. C'est pas pour autant qu'il

430 faut devenir c*n. Mais voilà c'est un peu remettre... Nous c'est notre quotidien. Tous les jours on voit

431 des gens qui ont le cancer. Tous les jours de toute l'année. C'est un choix. Et pareil, je pense que les

432 gens... tu vois, ceux qui travaillent en psychiatrie bah toute la journée ils voient des fous. Faut essayer

433 de pas devenir fou au milieu des fous. Mais c'est ça, en fait. Tu t'habitues... mais je pense comme dans

434 n'importe quel métier. Ce qu'on fait tous les jours... la répétition devient la norme.

435 **Moi** : Et est-ce que vous pensez qu'il y a des représentations par rapport aux patients qui sont en

436 psychiatrie ou même avec vos patients ?

437 **Gwendolyn** : Non. Parce qu'être infirmière c'est un choix. Personne ne nous l'a imposé. Et je pense

438 qu'il faut savoir être un peu ouvert d'esprit et comprendre que les gens ils sont malades, ils l'ont pas

439 choisi. C'est pas de leur... malheureusement c'est pas de leur fait. Et je pense que si vraiment, je pense

440 qu'il y aurait vraiment un problème si, sans connaître le patient... après je dis pas qu'on n'a pas des...

441 il y a des patients qu'on trouve c*ns et des patients qu'on trouve adorables.

442 **Moi** : Comme dans la vie de tous les jours.
443 **Gwendolyn** : Voilà c'est... c'est comme partout. Mais voilà il faut pas partir avec des aprioris sur les
444 personnes... ça serait biaiser l'entrée en contact. Faut être pareil avec tout le monde. Après bah oui c'est
445 vrai qu'il y en a qu'on aime mieux même si on doit pas, il y en a qu'on aime moins même si on doit pas
446 non plus. Mais non je pense qu'au départ on est tous... égaux. Tout le monde part sur un même pied
447 d'égalité puis voilà tout le monde a ses chances entre guillemets.
448 **Betsy** : Tout le monde sera soigné pareil, en tout cas, ça c'est clair.
449 **Gwendolyn** : Oui voilà ! Carrément. Et c'est le plus important. Que peu importe ta couleur de peau, ta
450 religion, si t'es psy, si t'es pas psy, si t'es grand, petit, maigre, gros... bah tu seras soigné de la même
451 manière. C'est un peu la chance qu'on a en France d'ailleurs. De pas soigner les riches plus que les
452 pauvres. C'est une chance ! C'est pas... franchement c'est pas comme ça partout. Donc ouai, donc nous
453 on va... Puis les gens franchement majoritairement ils sont contents quand ils sont pris en charge et que
454 ça se passe bien. Et que voilà, il y a le sourire, bon il y a les masques mais... Moi ça me manque un peu
455 de sourire aux patients. Vraiment. Ça me manque.
456 **Moi** : En secteur protégé vous pouvez...
457 **Gwendolyn** : Jamais. Jamais jamais jamais. Moi ce que je fais c'est que je l'enlevai et je leur faisais
458 coucou par la fenêtre (rires).
459 **Moi** : D'accord !
460 **Betsy** : Il y a même des fois, ils nous rencontrent en onco 1 et ils nous reconnaissent pas parce que déjà
461 on est en blanc.
462 **Gwendolyn** : Et on a la charlotte.
463 **Betsy** : A l'époque, on n'avait pas le masque et tout ça.
464 **Gwendolyn** : Oui voilà à côté avant on ne portait pas le masque à part pour les soins stériles ou ce genre
465 de trucs.
466 **Betsy** : C'est vrai qu'ils se basaient juste sur les yeux en fait.
467 **Gwendolyn** : Mais là oui à l'époque... là ils voient personne vraiment pendant un mois quoi. A part les
468 coucous à la fenêtre, ça les fait rire. Non non tout le monde part avec le même... Pas d'aprioris.
469 **Moi** : Très bien. Bon bah j'ai fini. Est-ce que vous avez des choses à rajouter ?
470 **Betsy** : Bah non... t'as des choses à rajouter toi ? C'est l'heure du goûter ou pas ?
471 **Gwendolyn** : Non.
472 **Moi** : Bon ben merci beaucoup en tout cas !
473 **Betsy** : Mais avec plaisir !

5^{ème} entretien avec une infirmière d'un service de rééducation fonctionnelle

1 **Moi** : Du coup on va commencer par une présentation. Est-ce que vous pourriez me dire depuis combien
2 de temps vous avez le diplôme ?
3 **Mildred** : Alors moi ça fait 38 ans bientôt que je suis dans le monde hospitalier. Et par contre je suis
4 diplômée IDE depuis 1994.
5 **Moi** : D'accord. Et quel est votre parcours du coup ?
6 **Mildred** : J'ai fait ASH pendant 2 ans. J'ai fait des études d'aide-soignante, diplômée un an après puis
7 après je suis restée 8 ans aide-soignante. J'ai repris mes études, et diplômée en 94 donc en tant
8 qu'infirmière.
9 **Moi** : Et qu'est-ce que vous avez fait en tant qu'infirmière comme service ?

10 **Mildred** : Alors j'étais... j'ai travaillé 5 ans et demi en cardiologie du sport, dans la région parisienne.
11 Dans un hôpital... dans un hôpital euh... dont la rééducation était dure... enfin il y a plusieurs services.
12 Il y avait aussi une école de kiné et tout ça... Et c'était vraiment un hôpital de réadaptation fonctionnelle.
13 **Moi** : D'accord. Et après vous êtes arrivée ici ?
14 **Mildred** : Euh depuis 2006 je suis dans la région... bah Avignon. J'ai demandé une mutation mais je
15 suis restée 23 ans dans le même hôpital en cardiologie.
16 **Moi** : D'accord. Du coup, Est-ce que vous pourriez me raconter comment s'est déroulée une prise en
17 charge avec un patient atteint de troubles psychiatriques ?
18 **Mildred** : Bah en général nous on a beaucoup d'AVC... enfin, ici on a surtout des AVC, des chirurgies
19 comme PTG, PTH. Mais c'est vrai qu'on a surtout des AVC hein... donc euh... des accidents
20 vasculaires cérébraux. Et en ce qui concerne sur le plan psychiatrique, on n'a pas beaucoup de personnes
21 atteintes de psychiatrie... euh... de problèmes psychiatriques.
22 **Moi** : Après ça peut être de la bipolarité, des névroses, dépression etc...
23 **Mildred** : Euh oui... Mais en général euh... même si on a eu quelques patients euh... atteints un peu de
24 bipolarité, ils sont vus par le psychologue ici. Ils sont pris en charge par le psychologue. Et après si
25 jamais ça se détériore sur le plan psychologique on peut faire appel au psychiatre. L'antenne
26 psychiatrique...
27 **Moi** : Et qu'est-ce qu'ils vont faire alors ?
28 **Mildred** : Le psychologue il va...
29 **Moi** : Des entretiens ?
30 (IDE qui parlent dans le fond)
31 **Mildred** : Pardon ?
32 **Moi** : Les psychologues vont réaliser des entretiens ?
33 **Mildred** : Oui des entretiens. Après suivant les entretiens qu'elle aura, automatiquement... on va
34 demander à voir le psychiatre.
35 **Moi** : D'accord...
36 **Mildred** : Parce que c'est un peu plus poussé les entretiens psychiatriques. Donc euh...
37 **Moi** : D'accord.
38 **Mildred** : Mais il y en a vraiment très peu de... on a vraiment très peu de patients comme ça.
39 **Moi** : Vous avez pas un patient en particulier dont vous vous souvenez ? Un moment où la prise en
40 charge a été un peu plus compliquée ?
41 **Mildred** : Ben on a eu une personne qui est sortie jeudi.
42 **Moi** : Ah oui ?
43 **Mildred** : Qui est venue pour euh... un problème de genou. C'était une PTG. Et qui avait été aussi
44 suivie psychiatriquement et euh... après pour son retour à domicile, on a du faire appel au psychiatre,
45 pour avoir son avis. Si on pouvait la laisser sortir comme ça et puis voilà... On a eu son accord.
46 **Moi** : Et qu'est ce qui a été compliqué vraiment avec euh... Qu'est ce qui a été compliqué avec elle ?
47 Au niveau de la prise en charge.
48 **Mildred** : Bah c'est-à-dire que... C'est surtout... ça à la limite il faut demander au médecin parce que...
49 Mais c'est vrai qu'elle avait un traitement de tout façon hein... Elle était sous Loxapac entre autres euh
50 bon... Mais c'est vrai qu'elle était... Elle était trop demandeuse et un peu en panique quoi... C'était
51 plutôt pour un rien elle paniquait quoi.
52 **Moi** : D'accord.
53 **Mildred** : Et elle s'angoissait beaucoup et elle paniquait.
54 **Moi** : Et qu'est-ce que vous ressentez dans ces moments-là ? Au niveau de vos émotions ?

55 **Mildred** : On la rassure. On essaie de la rassurer, on est à l'écoute. On lui demande qu'est-ce qui
56 l'angoisse, qu'est ce qui... on essaie de trouver un peu le problème quoi, qu'est ce qui fait que elle est
57 dans cet état ? Et après euh... bon après on la rassure et puis on en parle au médecin et... Ouai on en
58 parle au médecin. Et après on revoie... et les médecins revoient éventuellement son traitement, s'il est
59 bien adapté ou pas.

60 **Moi** : Et pour la rassurer, vous lui parliez, c'est ça ? Qu'est-ce que vous faisiez ?

61 **Mildred** : On est souvent à l'écoute. On la laisse parler et après en la rassurant... en fonction de ce
62 qu'elle dit... pareil c'est en fonction de ses dires qu'on va s'adapter aussi pour pouvoir la rassurer quoi.

63 **Moi** : Et vous avez pas un peu d'appréhension quand vous avez ce genre de patients ?

64 **Mildred** : Non.

65 **Moi** : Non ? Ça va ?

66 **Mildred** : Non ça va.

67 **Moi** : Même au niveau de la prise en charge vous ne vous dites pas « Bon ça va être un peu compliqué,
68 on va essayer de... »

69 **Mildred** : Non... Non... Bah on s'adapte.

70 **Moi** : Oui...

71 **Mildred** : De toute façon on s'adapte toujours (rires). On essaie de calmer les choses, de la... On fait
72 en sorte... pour qu'elle soit détendue quoi. Et après, bon quand on voit pas trop... parce que voilà,
73 malgré tout, parfois ça réussit pas toujours... On le dit au médecin tout de suite et puis bah il va la voir.

74 **Moi** : D'accord... et le médecin à ce moment-là, il va réaliser un entretien, il va faire...

75 **Mildred** : En principe oui. Oui. Il parle avec elle et tout... Et puis après euh... C'est là à ce moment-là
76 qu'il va décider s'il faut vraiment le faire consulter par le psychiatre... pour voir éventuellement si le
77 traitement n'est pas trop adapté... Donc s'il faut faire un petit changement... Mais il faut un avis
78 psychiatre d'abord. Voilà.

79 **Moi** : Et à quel moment vous êtes en difficulté, juste avant de faire appel au médecin ?

80 **Mildred** : Si elle continue à se comporter... avoir un comportement un peu agité quoi... C'est toujours
81 agité et elle angoisse beaucoup euh... Et on voit que il y a pas... Même avec un peu d'écoute, le fait de
82 la rassurer ça ne marche pas trop... C'est là qu'on fait appel au médecin quoi.

83 **Moi** : D'accord...

84 **Mildred** : Et oui.

85 **Moi** : Et pourquoi avoir choisi cette prise en charge là avec cette patiente qui était très angoissée ? C'est
86 parce que c'est la plus récente ?

87 **Mildred** : Ah pas du tout ! Non mais... Eux ils arrivent avec leurs antécédents... cela faisait partie de
88 ses antécédents ça hein... Euh... le fait d'avoir un problème psychiatrique... par rapport à ce qu'elle est
89 venue... C'est comment prendre en charge globalement la personne donc euh... On... on... On l'accepte
90 avec tout ce qu'elle a comme antécédents de toute façon. Donc après on s'adapte à la personne en
91 fonction de ses antécédents.

92 **Moi** : Et euh... Qu'est-ce que vous pensez que l'on pourrait faire pour optimiser la prise en charge de
93 ces patients ? Qu'est-ce qu'on pourrait encore plus optimiser ?

94 **Mildred** : Bah pff... Bon il y a déjà un très bon suivi quand même hein... je veux dire donc faire plus...
95 je pense pas qu'on puisse faire plus. Ils sont quand même bien pris en charge hein. Il y a quand même
96 un suivi psychiatrique même avec une psychologue dans le service.

97 **Moi** : Ils sont toujours suivis après d'ailleurs ou... ?

98 **Mildred** : Normalement... Oui oui. Normalement il y a un suivi ouai ouai. Parce qu'ils vont consulter
99 à l'extérieur aussi hein. Il y a un beau parcours... un beau suivi quand même. Mais bon je peux pas dire
100 plus que ça... Je vois pas... A part cette prise en charge qu'on a... pour ce qu'elle a sur le plan traumato,

101 bon comme je vous dis on le prend dans sa globalité... Plus les autres problèmes à côté. Et comme il y
102 a un suivi quand même... Puis en plus ils sont bien traités en général... ils ont un traitement adapté donc
103 après on peut pas faire plus en ce qui concerne le suivi psychologique et le suivi psychiatrique... Voilà.
104 **Moi** : Et euh... Bon là je vais vous poser des questions un peu plus sur votre savoir. Comment est-ce
105 que vous définiriez un patient atteint de troubles psychiatriques ?
106 **Mildred** : Bah de toute façon ça dépend de son vécu. De ce qu'elle a vécu de toute façon... On part de
107 là hein. Tout dépend de ce qu'elle a vécu auparavant, c'est pour ça que ça l'a amené à être comme ça
108 aussi. Il a dû y avoir un traumatisme quelque part, antérieur, qui a fait que... qui l'a amené dans cet état.
109 Je pense hein... On l'a pas... je pense qu'on n'a pas les choses... je pense qu'on n'a pas ces pathologies
110 là comme ça... Je pense qu'il a dû y avoir un traumatisme euh... auparavant qui a fait que ça a entraîné
111 ce genre de problèmes.
112 **Moi** : Et est-ce que vous pensez qu'on ne vous a pas apporté assez de connaissances durant la formation
113 au niveau de tout ce thème autour de la psychiatrie ?
114 **Mildred** : Bah de toute façon la psychiatrie c'est une spécialité à part aussi... par rapport à ce qu'on a
115 ici. Nous ici c'est tout ce qui est rééducation sur le plan moteur et même cérébral puisqu'on a des AVC.
116 Mais après... là le reste c'est vrai que sur le plan psychiatrique euh... On n'a pas plus de formation que
117 ça hein... C'est pas notre spécialité première. Donc voilà.
118 **Moi** : Et qu'évoque le terme de psychiatrie pour vous ?
119 **Mildred** : Bah pour moi le thème de psychiatrie c'est un problème mental... quelque part... qui a été
120 affecté par quelque chose. Un traumatisme, soit un... c'est un traumatisme psychologique suite à un
121 évènement... voilà qui a fait que... il y a une perturbation de ce côté-là. Comme je disais tout à l'heure
122 ça vient pas comme ça hein. C'est toujours en lien avec un choc quelconque... émotif entre autres...
123 souvent...souvent c'est un traumatisme psychologique émotionnel quoi. Après ça peut se déclencher
124 sur autre chose.
125 **Moi** : Et pour vous, qu'évoque le terme de représentation sociale ?
126 **Mildred** : Représentation sociale... Bah les représentations sociales... par rapport à un patient ?
127 **Moi** : Oui par rapport aux patients et même de manière plus globale aussi.
128 **Mildred** : Bah par rapport aux... si la personne est bien entourée, tout ça... Euh... Mais
129 malheureusement plus ça va, plus les gens ils sont un peu euh... solitaires. Il y a moins de soutien social
130 par rapport à l'entourage familiale aussi.
131 **Moi** : Un isolement ?
132 **Mildred** : Il y a un isolement qui se crée je suppose. Bah c'est pour ça qu'après les gens... ils se
133 solidarisent enfin... Enfin non comment on dit ? Ils se... on devient solitaire. Et ils se reti... Ils sont en
134 retrait de la société... Puis après c'est là où les problèmes... Après bon c'est des cas particuliers aussi.
135 Je suppose. C'est pas forcément euh... Mais c'est vrai que s'ils sont bien entourés socialement, sur le
136 plan de la famille... Mais par contre bien souvent malheureusement, il y a des discordes dans la
137 famille... et après... après ça peut aussi être une question d'hérédité aussi dans la famille. Souvent on
138 voit dans la famille ils ont des problèmes psychologiques aussi. Parfois il y a peut-être un petit terrain
139 héréditaire aussi qui fait que... ça peut aller... malheureusement... dans la dérive.
140 **Moi** : Pour vous, la famille est vraiment...
141 **Mildred** : Ben je pense...
142 **Moi** : Très importante pour...
143 **Mildred** : Je pense que la fami... le soutien familial... et quand on a une famille qui est très soudée, en
144 général sur le plan social c'est énorme quoi. Ça joue un rôle important quoi. Moi je pense que ça joue
145 un rôle énormément important. Après, malheureusement, on voit quand même, il y a beaucoup de
146 familles qui se... qui sont en discordes pour X raisons, qui fait que... Ben les gens après se mettent en

147 retrait. Et puis après ils ont pas beaucoup de famille, pas beaucoup d'amis ou quoi que ce soit... Enfin,
148 ils se retournent sur eux-mêmes et c'est pas toujours bon puisqu'ils se créent... enfin, ils se mettent en
149 retrait de la société... sur le plan social donc ça joue un rôle aussi. Je pense que ça peut provoquer aussi
150 parfois des problèmes après par la suite... Je suppose ! Je sais pas je suis pas psychiatre hein... Mais...
151 Ni psychologue mais... Je suppose que ça peut engendrer une certaine euh... Un certain coté néfaste
152 par rapport à la vie quotidienne quoi.

153 **Moi** : Et... Au niveau des représentations de l'image que l'on peut avoir de l'autre... Qu'est-ce que
154 vous en pensez ?

155 **Mildred** : Je pense que... par rapport... à tout point de vue ?

156 **Moi** : Oui.

157 **Mildred** : Bah ça peut engendrer quand même un... un soucis.

158 **Moi** : Un soucis ?

159 **Mildred** : Un soucis au niveau de... sur le plan...
160 (Soignant qui entre dans la salle)

161 **Soignant** : Bonjour.

162 **Moi** et **Mildred** : Bonjour.

163 **Mildred** : Enfin euh... ça peut rendre une image... négative on va dire. Parce que c'est vrai que si la
164 personne voit que... psychologiquement ou... ça va pas euh... elle va pas forcément aller vers cette
165 personne. Elle va se mettre en retrait « Oula attention ».

166 **Moi** : Pourquoi ? Parce qu'il y a...

167 **Mildred** : Bah la peur. Je pense que ça doit être une crainte quelque part et puis aussi de se sentir, si
168 jamais la personne elle va vers la... vers elle puis que... peut être qu'elle sait pas comment réagir aussi ?
169 Elle va pas savoir si elle va bien réagir ou pas... parce que, est-ce qu'elle va bien le prendre ? Parce que
170 parfois il y en a qui sont aidants... Mais c'est pas toujours accepté parce que la personne elle est
171 tellement mal dans sa peau que ça peut pas toujours être bien perçu... quelque part... Alors euh... C'est
172 compliqué. C'est pas toujours facile quoi... je pense hein. Moi c'est ce que je ressens... Je pense que ça
173 doit pas être évident.

174 **Moi** : Donc vous pensez que ces personnes-là, elles ont du mal à, derrière après, s'insérer dans la
175 société ? Et euh... par rapport à l'image qu'ils renvoient d'eux-mêmes aux autres ?

176 **Mildred** : Bah... La personne qui est pas très bien dans sa peau, dans sa tête, c'est toujours... enfin, ça
177 donne une mauvaise image par rapport à l'autre. Et c'est c'est... il y en a qui sont... qui sont bien et qui
178 sont... qui vont vouloir aider et d'autres par contre non... ils vont plutôt se...

179 **Moi** : Mettre des barrières ?

180 **Mildred** : Se mettre des barrières, et puis les autres vont se sentir un peu... rejetés entre guillemets. Et
181 c'est pas évident. C'est pas évident non plus de... Parce que c'est vrai qu'on... qu'on vit dans une
182 société plus ou moins égoïstes quelque part, enfin, c'est ce que j'en pense et les gens ne sont pas
183 forcément... à même de venir en aide ou aller vers des gens qui sont psychologiquement pas très bien
184 quoi.

185 **Moi** : Vous pensez que c'est dû à quoi cet entre guillemets, « égoïsme » ?

186 **Mildred** : Moi je pense que c'est...c'est pff... C'est que c'est compliqué... enfin... C'est pas évident.
187 Ben ça fait partie de la société de maintenant quoi. C'est ça.

188 **Moi** : C'est chacun pour soi au final ?

189 **Mildred** : Je pense...

190 **Moi** : D'accord.

191 **Mildred** : Je pense ! Je pense que c'est la société qui a... qui a évolué mais pas forcément dans le bon
192 sens et que... mais bon ! Ça donne une mauvaise image quelque part de la société mais euh... Après

193 euh... C'est vrai que... Est-ce que toi tu vas pouvoir aller vers une personne... qui est pas bien ? Tu vas
194 être aidante ? Toi-même, est-ce que tu vas faire le premier pas vers cette personne ? Tu vas y aller ou
195 pas ?
196 **Moi** : Ça dépend des situations.
197 **Mildred** : Voilà. Exactement. Tout dépend. Tout dépendra la situation... Si s'il est évident que cette
198 personne elle est agressive envers l'autre machin, tu vas pas y aller...
199 **Moi** : Oui les conditions de sécurité sont importantes aussi...
200 **Mildred** : Voilà. C'est vrai que c'est pas évident. C'est pas si facile que ça d'aider l'autre et tout ça...
201 Parce qu'il faut mentalement être fort aussi hein... parce que bon... parfois aussi... les personnes qui
202 sont comme ça psychologiquement atteintes, ils ont pas un comportement de dialogue facile. Alors si
203 vous vous êtes dans le... bien-être, dans la bienveillance... et que parfois bah le retour de cette personne-
204 là vous avez, justement, le contraire ; ça vous tente pas trop non plus d'aller vers elle parce que vous
205 prenez quand même une sécurité... Vous avez pas envie non plus de... après tout dépend de la situation
206 comme vous dites... elle peut être agressive et puis même ça peut finir parfois trop loin hein... Ça
207 dépend. S'il y en a un qui a une crise ou... psychologiquement il est pas bien... voilà... il fait une crise,
208 ça peut aller loin. Après voilà tout dépend de la situation.
209 **Moi** : Très bien. Ben j'en ai fini. C'est parfait ! Merci beaucoup encore une fois.

Annexe 5 :

IDE Thèmes	Louise (EHPAD)	Ingrid (Service de gynécologie)	Lenore (EHPAD)	Dolly (EHPAD)	Betsy (Service d'oncologie)	Gwendolyn (Service d'oncologie)	Mildred (Service de rééducation fonctionnelle)
La psychiatrie	« Pour moi c'est (rires) tout un côté que je n'ai pas trop... adhéree durant ma formation » (1164), « Je pense qu'il faut être fait pour ça » (1172), « Déjà ce côté fermé, les grilles de partout, les cinquante milles codes, les « BIP » qu'on arrache lorsqu'on a un problème et euh... Le fait qu'il faille	« C'est bah la prise en charge des patients souffrant de troubles de la perception... voilà... que ça soit bipolarité, schizophrénie... » (1131-132), « ça peut être aussi une perte de contrôle comme la boulimie » (1134),	Le terme de psychiatrie « Ça me fait penser... aux fous » (1418).	« En général ils viennent, ils reviennent » (1202), « en psychiatrie mais chez des gens en crise aigüe, ils sont sédatés, et après ils voient le psychiatre, l'infirmière ici... Mais sédaté dans un premier temps sinon il y a pas de communication possible » (1369-371)	Il y a plus de technicité dans leur travail qu'en psychiatrie.	La psychiatrie est une « spécialité très à part » (1338). « c'est pas le même métier » (1341). « . Moi j'ai l'impression que c'est deux mondes différents » (1351). « ceux qui travaillent en psychiatrie bah toute la journée ils voient des fous. Faut essayer de pas devenir	« Le thème de psychiatrie c'est un problème mental... quelque part... qui a été affecté par quelque chose. Un traumatisme, soit un... c'est un traumatisme psychologique suite à un évènement... voilà qui a fait que... il y a une perturbation de ce

	<p>rentrer à six ou sept pour une personne... les lits accrochés au sol (rires). C'est carrément le lieu qui m'a choquée » (1175-177), « il y a quand même de la violence dans les soins et on n'est pas vraiment préparé à ça » (1186-187), « Mais violence au niveau physique, au niveau chimique, on les assomme direct par une pique. Ils sont enfermés, c'est à peine si... si on leur donne à boire faut pas qu'il y ait le bouchon, faut pas qu'il y ait si, faut</p>			<p>Elle relie plus ou moins la psychiatrie à la neurologie « c'est complexe, le cerveau, il y a plein de zones qui sont pas explorées, en neurologie... » (1481-482).</p>		<p>fou au milieu des fous » (1431-432).</p>	<p>côté-là » (1119-121),</p>
--	--	--	--	---	--	---	------------------------------

	<p>pas qu'il y ait ca... fin c'est tout un... des caméras de par- tout... » (1192-194), « C'est pire que la prison je pense. Je pense qu'il y a même des prisons qui sont mieux que certains services » (1197- 198),</p>						
<p>La personne atteinte de troubles psy- chiatriques / la maladie mentale</p>	<p>« c'est une maladie qui se développe... qui est là depuis la naissance, qui peut se développer à... à... plus tard » (1157- 158), « qui engendre aussi des troubles du comportement, des</p>	<p>« Perception de per- sécutation » (140), « une atteinte du sys- tème nerveux qui perturbe la percep- tion. Quelle qu'elle soit. La démence, la schizophrénie » (1119), « C'est toutes les perceptions » (1123), « Entre une</p>	<p>« C'est une per- sonne qui aurait des troubles, des troubles cogni- tifs » (1329). « Des fois on se dit juste « mais c'est bizarre lui il a l'air comme tout le monde ». Faut pas se tenir</p>	<p>« Ils sont hospitalisés quand ils sont en crise et ils ressortent mais ils cherchent l'encadrement quoi. Et tu es obligé de tout limiter, les ciga- rettes et les... puisqu'ils sont tout le temps en demande en fait » (1202-204).</p>	<p>« une maladie psy- chiatrique ça peut toucher tout le monde, n'importe quelle famille, voilà n'importe quelle... ça reste une mala- die » (1250-251).</p>	<p>Elle ne met pas tous les patients atteints de troubles psychiatriques « dans le même sac » (1249). « c'est une personne atteinte de maladie mentale » (1313), «Qui sont atteinte de psy- chose quoi » (1315).</p>	<p>« Tout dépend de ce qu'elle a vécu auparavant, c'est pour ça que ça la amené à être comme ça aussi. Il a dû y avoir un traumatisme quelque part, an- térieur, qui a fait que... qui l'a</p>

	troubles de la socialisation » (1158-159),	démence et une schizophrénie, je pense que c'est pas du tout les mêmes symptômes. Voilà mais je dois avouer que je sais pas trop les... les différencier » (1127-129),	aux apparences » (1380-381). « Nan mais voilà une personne atteinte de troubles psychiatriques on pense aux fous » (1421). « Alors qu'on t'apprend qu'il faut être comme ça, qu'il faut pas insulter et lui il le fait, lui il est fou » (1425-426). « Ça fait pas parti vraiment de l'éducation qu'on donne à une personne, à	C'est une personne aussi atteinte de troubles psychiques et du comportement. « Puis ça se voit pas. C'est quelque chose qui se voit pas d'ailleurs » (379). C'est quelqu'un qui réagit de « façon inadaptée » (1424). « voilà après peut être que finalement on peut tous être... on est tous borderline, on peut tous se taper une crise d'hystérie » (1433-434). « ça peut arriver à n'importe qui » (1452).		« nous nos patients c'est des chroniques » (1318), « C'est pas pareil. C'est nous... on a une solution ou on n'en n'a pas mais euh... » (1320). Pour elle, ce n'est pas une maladie chronique comme peut l'être le cancer. « Oui ça reste une maladie » (1252). « c'est des patients comme les autres. C'est pas les mêmes mais ca reste des patients » (1327-328) = ils sont comme les autres mais c'est pas les mêmes.	amené dans cet état. Je pense hein... On l'a pas... je pense qu'on n'a pas les choses... je pense qu'on n'a pas ces pathologies là comme ça... Je pense qu'il a du y avoir un traumatisme euh... auparavant qui a fait que ça a entraîné ce genre de problèmes » (1107-111). « C'est toujours en lien avec un choc quelconque... émotif entre autres...
--	--	--	--	--	--	--	---

			<p>un enfant. Bah eux ils sont hors de cette éducation-là. Eux ils vont frapper, ils vont cracher, ils vont insulter... ils vont tuer... » (1430-432) = il y a des représentations dans cela.</p> <p>« Mais moi souvent dans certaine maladie je m'identifie parfois » (1438). « : On se voit tous un peu... mais eux vraiment ils dépassent la limite de ce qu'on ferait nous »</p>	<p>La maladie psychiatrique est différente de la maladie physique notamment par la « compréhension » (1469). En psychiatrie, l'explication de l'origine de la maladie est « plus aléatoire » (1470).</p>		<p>« Mais c'est voilà après c'est un patient comme les autres, si ils atterrissent chez nous c'est qu'il y a besoin mais après la psychiatrie c'est hyper complexe » (1353-354).</p> <p>« c'est les patients qui sont borderline » (1377).</p> <p>« des patients psy » (1384)</p>	<p>souvent...souvent c'est un traumatisme psychologique émotionnel quoi. Après ça peut se déclencher sur autre chose » (1122-124).</p>
--	--	--	--	--	--	---	--

			<p>(1440). Ca peu survenir après un « gros choc émotionnel » (1446) comme la perte d'un enfant, d'un mari etc...</p> <p>« ça doit être difficile pour eux. Mais bon c'est la maladie » (1461-462).</p>				
Perte d'identité du sujet	<p>« qu'on n'a pas le choix parce que la personne d'en face soit plus elle-même » (1191-192), Un résident qui a toute sa</p>		<p>« c'est la maladie donc la personne peut être très gentille et tout et puis d'un coup elles entendent des</p>				

	tête et... » sous-entendu qu'elle n'a pas toute sa tête (1138),		voix, elles tapent, elles cassent tout... Et la sincèrement tu prends conscience que la maladie c'est la... elle prend le devant » (1362-364).				
Les traitements	« Mis en place d'un traitement pour l'aider » (144), « doit être pris en charge au niveau psychologique et même médicamenteuse » (1159-160), « Mais violence au niveau physique, au niveau chi-	« quand on prépare les dossiers le week-end on voit qu'elles ont des traitements donc ça se passe très bien » (114-15), « quand on prépare les dossiers on dit « bah j'espère qu'elle a bien emmené son traitement » c'est surtout ça parce que	Une personne avec de gros troubles cognitifs : « Puis une personne comme ça qui prend pas son traitement, c'est difficile de s'adapter... » (1194). Les per-	En cherchant une PEC, elle m'explique que pour une patiente atteinte de bipolarité, à part les traitements il n'y a « pas grand-chose » (117-18), Pour les patients atteints de démence : « Après on donne des médicaments mais	Le patient « avait un traitement assez lourd d'antidépresseurs » (185). Quand le traitement n'est pas efficace, elle se sent « démunie » surtout quand ils sont agités (1254). S'il est difficile de gérer le patient	Quand les patients sont difficiles, elles les « endort » (1259). C'est les psychiatres qui prennent la décision. Elle a également du mal avec les contentions même si des fois « elles ont pas le choix » (1271).	« Mais c'est vrai qu'elle avait un traitement de tout façon » (149). « Puis en plus ils sont bien traités en général... ils ont un traitement adapté donc après on peut pas faire plus en ce qui concerne le suivi

	<p>mique, on les assomme direct par une pique » (1192-193),</p>	<p>nous on n'a pas tous jours tout ici » (176-77), « s'ils ont leur traitement normalement ils sont quand même plus... » stables (186-88), « j'ai pas eu de soucis particuliers avec les patientes... même avec des patientes bipolaires ou quoi puisqu'il y avait le traitement » (192-93)</p>	<p>sonnes en rupture de traitements (elles sont bien puis ne prennent plus leur traitement et décompensent).</p>	<p>bon c'est pas la réponse... on devrait pouvoir les apaiser autrement » (1101), en psychiatrie « les premiers traitements c'est des médicaments » (1200), « Après ça va être les sortis, l'animation, tout ça » (1201). Quand il est impossible de raisonner les personnes atteintes de troubles psychiatriques « tu es obligé de... ouai sédater ça pour après faire notre travail » (1365) Il y a un risque de rechute malgré les trai-</p>	<p>l'IDE explique qu'elles utilisent aussi les contentions. Les neuroleptiques sont pour l'IDE « mieux que la contention » (1268</p>	<p>psychologique et le suivi psychiatrique » (1102-103).</p>
--	---	---	--	---	---	--

				tements (contrairement aux pathologies physiques).			
Danger / Peur / Appréhension / Insécurité	« De peur non » (1118), « c'est que j'appréhende... c'est de l'appréhension » (1121), en service de psychiatrie = « la situation me paraît un peu violente » (1188), utilisation du terme « violence » à plusieurs reprises	« pas envi qu'elle ait une perception de persécution avec des questions » (140), « Ben moi j'étais rassurée parce qu'il y avait les collègues qui étaient là » (144), « Sinon je pense que ça aurait été très compliqué d'appréhender un soin... si elle refuse jusqu'où il faut insister pour euh... » (146-47), « cette peur du refus de soins » (156), appréhende en pensant qu'elle peut recevoir	Par rapport au domicile : « Ah oui puis s'il est schizophrène ça peut aller jusqu'à la violence quand même... ils peuvent carrément nous casser la figure... » (1196-197). Appréhension sur l'isolement créé par le COVID (les patients ne peuvent pas voir leur famille pour Noël). « donc	Appréhension pour la réalisation des soins comme de gros pansements sur un patient atteint de démence. « Oui la psychiatrie bah ça fait peur un peu » (1441). Elle fait peur car ça peut arriver à tout le monde.	« L'inconnu fait peur » (1403).	Il y a de l'appréhension dans le soin pour elle. Notamment si jamais les patients sont agités. Elle parle du fait que les patients en gériatrie la nuit deviennent « chtarbés » (avec un lapsus sur psy à la place de gériatrie), et explique qu'elle se sentait moins en sécurité. (1291).	Au début, dis ne pas avoir d'appréhension pour ces PEC car elle « s'adapte » (169). Elle explique que des représentations peuvent se développer de part la peur de l'autre et la « crainte » (1167) car on ne sait pas comment la personne va réagir.

		<p>une patiente atteinte de troubles psychiatriques provenant des urgences et étant non accompagnée par équipe psychiatrique. « Après quelqu'un qui pense différemment, même un autiste léger... il rentre pas dans les normes... même léger ou... Parce qu'après, pareil il y a un...fin il y a un impact sociétal, familial... et dès que ça s'écarte un petit peu... tout ça... ça fait peur aussi aux gens » (1145-149),</p>	<p>oui on appréhende toujours » (1297), notamment dans la PEC « Pour certaines situations comment réagir ? Comment être le mieux dans cette situation ? Comment est-ce qu'il faut faire ? ».</p> <p>La psychiatrie fait peur : « Oui... Oui ça fait peur parce qu'on sait pas jusqu'ou ils peuvent aller ces gens-là... » (1442).</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--

		<p>possibilité de retrouver cette peur chez les soignants aussi : « les grandes pathologies oui. Je pense que ça peut faire peur » (1152), « J'avoue que moi la fois où la dame était là j'aurais pas été très rassurée s'il n'y avait pas eu l'équipe soignante » (1152-152), le fait de voir 2 soignants accompagner la patiente fait aussi « peur » (1162) car ça fait penser à quelque chose de « grave » (1163), « on se dit que du coup on n'est pas en sécurité s'il</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--

		faut qu'il y ait deux personnes avec elle en permanence » (1166), par rapport aux 2 soignants présents : « ça renvoie l'image que la personne peut être dangereuse » (1174)					
Les représentations	C'est une forme de prison (elle a décrit quelque chose de très négatif, enfermé, violent etc...) : « Mais totalement ! Entre toutes ces barrières, les lits... ah oui oui. C'est pire que la prison je pense » (1197-198), « Je pense qu'il y a même des prisons	Patiente psychotique pour cette IDE : « pas envi qu'elle ait une perception de persécution avec des questions... « Vous avez fait des enfants ? Vous êtes mariée ? » fin des fois ça peut être un peu interprété comme		Représentation sur les malades atteints de troubles psychiatriques, elle voyait de jeunes patients (son âge), des jeunes hommes « mignons » (1375) et pas « grossis par les neuroleptiques » (1376), et qui n'avaient « pas encore le faciès de	« Faut encore rentrer dans les bonnes cases » (1394). Les services d'oncologie ne sont pas des « mouiroirs » (1421).	« Qui sont toujours... qui frôlent un peu avec la mort... avec le... avec les gros addictifs... les gens qui se piquent etc... ils aiment bien... fin ils aiment bien... ils éprouvent un certain plaisir à flirter avec la mort » (1377-379).	L'IDE fait le lien au début entre les représentations sociales et le fait que les personnes deviennent de plus en plus solitaires. « Après bon c'est des cas particuliers aussi » (1134).

	<p>qui sont mieux que certains services » (1198), les représentations sociales : « ce que les personnes représentent dans la société » (1205),</p>	<p>euh... pas du harcèlement mais de... l'observation quoi » (140-42), les représentations sociales pour elle sont : « c'est un petit peu tout ce que reflète la société » (1142),</p>		<p>quelqu'un qui a fait de la psychiatrie » (1377). Cela laisse entendre qu'elle a une certaine image de la personne atteinte de maladie mentale. Cette image a été cassée et elle s'est rendue compte que « ça peut arriver à tout le monde » (1378). Lorsque je demande de m'expliquer que sont les représentations sociales « c'est des normes » (1488). « quelqu'un qui va voler bah on va plus s'attendre à ce que ça soit quelqu'un d'un</p>		<p>« c'est ce que tu représentes à l'autre » (1391). Evolution des pensées sur les personnes atteintes de cancers, où autrefois « il fallait pas les approcher » (1417). Les services d'oncologie sont très « vivants » (1420). Pour elle, il n'y a pas de représentations chez les IDE « Parce qu'être infirmière c'est un choix. Personne ne nous l'a imposé. Et je pense qu'il faut savoir être un peu ouvert d'esprit et comprendre que les gens ils sont</p>	<p>Les représentations peuvent donner une « image négative » (1163). Elle l'explique à demi-mots mais pour elle, une personne n'aura pas tendance à aller vers les patients atteints de troubles psychiatriques. Cela serait dû à la peur, à une crainte.</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

				<p>quartier Nord avec son survêt Lacoste que le mec qui est fils de médecin ou fille d'avocat » (1494-496).</p> <p>Elle parle de personne qui « t'attires pas » et qui « rebutes » (1500), de part les représentations que l'on peut avoir sur elles. Elle explique qu'en tant que soignant il faut savoir passer au-dessus de cela. Elle dit que « même inconsciemment » on a « toujours des représentations » (1508-509). « même si t'es</p>		<p>malades, ils l'ont pas choisi » (1436-437).</p> <p>« il faut pas partir avec des aprioris sur les personnes... ça serait biaiser l'entrée en contact » (1442-443).</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

				un professionnel, que t'essaie de pas en avoir, t'en auras certainement moins que dans ta vie personnelle, mais t'en auras quand même » (1510-511). C'est « humain » (1513).			
La stigmatisation	« ces personnes-là sont un peu éjectées de la société parce qu'elles ont une étiquette sur la tête » (1206)	il y a une forme d'image qui est renvoyée par le centre hospitalier psychiatrique avec ces 2 soignants pour une seule patiente. Ces 2 soignants pourraient être des formes de stigmates de cette patiente par leur présence, indiquant une			Le fait de plaisanter sur cela permet de « rendre la chose beaucoup plus légère » (1414).	Elles ont appris à « jouer » et à « plaisanter » avec les patients sur certains stigmates comme le rasage du crane.	

		certaine imprévisibilité de la patiente.					
La normalisation / Le normal		<p>Pour cette IDE, les normes font parties des représentations sociales : « les normes d'une société » (1142), « C'est tout ce qu'une population peut penser... voilà même un trouble... quelqu'un qui a un pied qui part à l'envers... il est pas normal quoi » (1144-145), « Après quelqu'un qui pense différemment, même un autiste léger... il rentre pas dans les</p>	<p>« ... ils sont comme ça. Mais bon ça reste quand même des humains et ces gens là qui sont malades ils n'ont pas demandé à être comme ça. C'est la maladie. C'est la maladie. Je pense qu'ils préféreraient être des gens normaux, être bien dans leur tête. Parce qu'ils doivent souffrir quand même ces</p>	<p>Les normes se basent sur des représentations. Elle parle de « personne normale » (1488). « une femme ça boit pas, une fille ça boit pas » (1492-493).</p>	<p>Ils sont « montrés du doigt » (1398) quand ils sont en dehors de la norme. C'est quelqu'un qui est « en dehors de la norme » = on va s'en écarter.</p>	<p>« Mais moi je l'appréhende quand même pas de la même manière qu'un patient lambda. C'est pas pareil » (1357-358). Une personne atteinte de troubles psychiatrique « c'est pas très normé... Oui mais comme un patient qui a le cancer » (1397). « Pour nous c'est notre quotidien. C'est notre norme » (1426). « Tu t'habitues... mais je pense comme dans n'importe quel métier. Ce qu'on fait tous les jours... la répétition</p>	

		normes... même léger ou... Parce qu'après, pareil il y a un...fin il y a un impact sociétal, familial... et dès que ça s'écarte un petit peu... tout ça... ça fait peur aussi aux gens » (1145-149),	gens-là » (1456-458).			devient la norme » (1432-433).	
Exclusion / Isolement	« avec le COVID bah ils sont pas mal isolés et ils ont pas trop de visite » (181), « ça les isole » (1147), concernant les patients en service de psychiatrie : « Ils sont enfermés » (1193), « je pense que c'est la société qui est mal faite et on ne		« les personnes qui avaient le COVID bah c'était l'isolement le plus difficile mais éviter le minimum de contact... de pas les toucher » (1152-153), isolement de ces personnes à	Importance de la promiscuité avec les résidents malgré les gestes barrières avec le COVID : « les gens déments en unité bah si il y a plus du tout de contact, plus du tout de communication... fin on n'est plus que... fin ils ne voyaient	Si en dehors d'une norme, « on va même peut être s'en écarter puisqu'on ne sait jamais » (1401), car « l'inconnu fait peur » (1403).	Dans le cas de la leucémie, le patient avait besoin d'être isolé (en plus de la dépression qu'il subissait). « C'est resté enfermer dans 10 mètres carré » dans le secteur protégé (1185).	« il y a un isolement qui se créait je suppose » (1132), « on devient solitaire » (1133), « ils sont en retrait de la société » (1133-134). La personne qui « est pas très bien dans sa peau, dans

	leur laisse pas la place qu'ils devraient avoir » (1207-208)		cause du COVID en période de fêtes (Noel) « ils peuvent se rendre malade, ils ont pas le moral... après ben s'ils mangent pas ils peuvent décéder, ils boivent pas, hypotension... un peu de faiblesse... » (1295-296). « Être enfermés, en psychiatrie, prendre tous ces médicaments-là, ils ont peu de vie sociale... que ça soit pour	plus que nous quoi » (181-82). « Mais passer ses derniers instants sans voir sa famille ou très peu du coup sur la fin, parce qu'on était revenu à des visites » (1320-321),			sa tête » (1176) aura davantage de mal à s'insérer dans la société. « qu'on vit dans une société plus ou moins égoïstes quelque part fin c'est ce que j'en pense et les gens ne sont pas forcément... à même de venir en aide ou aller vers des gens qui sont psychologiquement pas très bien quoi » (1182-183).
--	--	--	--	--	--	--	--

			leurs amis ou pour leur famille... » (1460-461).				
La famille / les proches	Malgré le COVID, ils ont fait venir la fille pour la patiente. Pour optimiser la PEC : « plus de présence des familles » (1143), « Les familles aident quand même beaucoup... et nous on peut pas pallier... on peut pas remplacer une famille » (1144-145),		Pour les PEC à domicile : « C'est compliqué à domicile. Ça dépend s'ils ont de la famille, s'ils ont de l'entourage » (1183), si la famille est investit dans la PEC, ça se passe bien.		Il était très fusionnel avec sa mère « il redevenait un petit garçon » (1194).	« ils ont des visites mais elles sont quand même restreintes » (1186-187). (hors période COVID). Le patient voyait sa femme et sa mère. Il était très fusionnel avec sa mère « il redevenait un petit garçon » (1194). La famille dispose aussi d'un suivi psychologique (les enfants surtout). C'est difficile aussi pour la famille.	« Il y a moins de soutien social par rapport à l'entourage familiale aussi » (129-130) car pour elle, dans la plupart des familles de ces patients il y a des « discordes » (1136). « après ça peut aussi être une question d'hérédité aussi dans la famille. Souvent on voit dans la famille ils ont des

							<p>problèmes psychologiques aussi. Parfois il y a peut-être un petit terrain héréditaire aussi qui fait que... ça peut aller... malheureusement... dans la dérive » (1137-139). La famille fait tout pour cette IDE. Si elle est soudée, c'est « énorme » sur le plan social. Mais beaucoup de familles sont en discordes ce qui entraîne le « retrait » de ces personnes.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

<p>La maladie</p>	<p>Par rapport à la démence : « avec sa pathologie aussi c'est compliqué » (1137), Changement d'apparence de la résidente : elle se regarde dans le miroir et revois cette chute (elle est marquée par sa chute au visage, cela peut rejoindre le trouble de l'identité),</p>	<p>« on sait pas s'ils sont aptes à vraiment juger si c'est nécessaire ou pas... Donc très compliqué » (160-61)</p>	<p>« On dit souvent que les enfants c'est des éponges mais les personnes âgées c'est aussi des éponges et pour les démences c'est pareil » (189-90). Leurs réactions agressives (griffure, crachats etc...) s'expliquent « puisqu'ils ne comprennent pas » (1399).</p>	<p>« qu'elle peut me faire des troubles de l'humeur, type de bipolarité » (120), « Surtout quelqu'un qui est très... souvent très très agitée... Qui crie beaucoup, qui parle un peu fort, qui est très énervée » (120-21), « souvent c'est des gens qui sont en manque aussi d'affection » (177), « Souvent c'est de l'anxiété » (1100), « Donc quand même des souffrances parce que même si il était soulagé pour la douleur, il y a quand</p>	<p>Lorsque le cancer est découvert, le traitement commence peu de temps après ce qui laisse peu de temps pour le patient de s'y préparer.</p>	<p>« transfert puis aussi le fait d'être malade, d'avoir un peu la même maladie » (179) = transfert du patient par rapport à la même maladie que son père. « la découverte de la maladie en général elle est toujours hyper violente. Et donc avec des antécédents c'est vrai que c'est... » (1168-170). « c'est quand même pas facile facile pour les patients... qui n'ont pas trop de temps pour se préparer » (1188-189).</p>	<p>« Elle était trop demandeuse et un peu en panique quoi... C'était plutôt pour un rien elle paniquait » (150-51).</p>
--------------------------	---	---	--	--	---	---	---

				même aussi une souffrance psychologique quoi » (1309-310)			
L'empathie / l'écoute / le relationnel	« beaucoup d'empathie puisque c'est vrai que ça a été compliqué » (176), « mais on n'a pas vraiment de temps pour discuter avec eux » (1100), par rapport aux liens : « C'est compliqué d'en créer » (1137), « Un résident qui a toute sa tête et... forcément un lien va se créer plus vite » (1138), « les liens sont encore plus	Comme l'équipe psychiatrique était présente avec la patiente, l'IDE a expliqué qu'elle n'a pas pu beaucoup développer le relationnel avec cette dernière. « Ça a été après euh... difficile quand même de communiquer parce qu'on sait pas trop... nous quoi dire. Voilà donc on parlait de choses de base mais pas rentrer	« Caresser leurs mains » (170), pour les apaiser, « C'est contact, rassurer, le calme, et après être calme parce qu'ils le ressentent aussi » (185), « si la personne n'est pas bien, on va chercher la cause » (1114), « il y a toujours le relationnel qui est important dans	Communication avec le patient dément au début mais lorsque ses propos ont commencé à devenir incohérents, c'était « compliqué » (166) d'autant plus qu'il était opposant aux soins, elles ont essayé d'être « rassurant... le plus possible... avec des mots rassurants » (168), le toucher, une « voix rassurante » (174), « essayer de se	Le patient dont elles m'ont parlé été plutôt renfermé sur lui-même. Mais malgré tout, elles n'ont pas eu de problème de communication malgré « sa phase un peu fermé » (1197) La psychiatrie c'est que le relationnel (1346).	C'est « pas le même relationnel » (1347). « T'entres pas en contact de la même manière » (1347-348). Le lien n'est pas le même pour cette IDE. « Faut être pareil avec tout le monde » (1443) « Mais non je pense qu'au départ on est tous... égaux. Tout le monde part sur un même pied d'égalité puis voilà tout le monde a ses chances » (1445-446).	« On essaie de la rassurer, on est à l'écoute. On lui demande qu'est-ce qui l'angoisse, qu'est ce qui... on essaie de trouver un peu le problème quoi, qu'est ce qui fait que elle est dans cet état ? » (155-57). Il faut être dans le « bien-être », dans la « bienveillance » (1202).

	compliqués à former » (1140)	non plus dans le détail de vie ou... comme on peut le faire comme avec les autres patientes » (136-37), « on faisait attention à ce qu'on dit et comment on le dit » (149), « dans notre service on a essentiellement des patients qui viennent pour se faire opérer... donc la relation n'a pas le temps de s'installer puisqu'elles sont là pour deux voire trois jours et après on ne les revoit plus... » (1176-178)	la prise en charge » (1129),	mettre à la hauteur de la personne » (175), « se rapprocher d'elle » (177), difficulté éprouvée avec le COVID et les restrictions mais elles sont obligées de garder une certaine « promiscuité » (180), « pour rassurer quelqu'un, rester cinq minutes auprès de lui et lui parler doucement » (1109), « ... tu te mets à la place du patient et tu te dis « finir comme ça » (1308-309).			Mais même en étant dans cette bienveillance, le retour de l'autre peut être négatif.
--	------------------------------	---	------------------------------	--	--	--	--

<p>Le consentement aux soins</p>				<p>On peut se demander s'ils ont envi d'être soignés aussi. On ne demande plus le consentement quand il y a des troubles cognitifs. « Quand t'as des personnes qui ont leur tête bah oui bien sur que tu vas leur demander » (1406).</p>			
<p>Le travail avec une équipe pluridisciplinaire</p>	<p>« il y a pas mal d'aides-soignantes [...] elles ont déjà plus de temps que nous déjà » (1104-105), « généralement on s'y met à deux, en binôme avec l'aide-soignante » (1111),</p>	<p>« qui était accompagnée par des infirmiers psy de XXXXXXXXXXXX. Donc du coup ça s'est plutôt bien passé. Puisqu'ils ont quand même pris en charge pas mal de choses » (116-17),</p>		<p>C'est compliqué au niveau de la PEC car plus de transmissions dans les secteurs à cause du COVID, « c'est un petit peu compliqué au niveau de la communication » (128), « mais il y a aussi un manque... je veux</p>	<p>« Il consultait la psychologue vraiment très régulièrement » (1100). « Il y a avis psychiatre si besoin » (1105). La psychologue « parlait » avec le patient. « Evacuer, évoquer toutes ses peurs en</p>	<p>« Mais ici, voilà les patients sont très bien suivis. Du point de vue psychologique, par l'assistante sociale. Ils ont la coach sportive qui vient » (1102-103) « Ils sont vus par nos médecins tous les jours qui réévaluent le traite-</p>	<p>« Mais en général euh... même si on a eu quelques patients euh... atteints un peu de bipolarité, ils sont vus par le psychologue ici. Ils sont pris en charge par le psychologue. Et après si jamais</p>

		<p>« Ben moi j'étais rassurée parce qu'il y avait les collègues qui étaient là » (144), « les infirmiers étaient là donc on se sentait en sécurité. J'avoue que s'ils avaient pas été là... je dis pas que je me serai vraiment sentie en insécurité mais je me serai sentie en difficulté » (151-52), « on faisait le pansement quand même dans la chambre avec les infirmiers qui étaient là et qui s'occupaient d'elle » (168-69), « voilà c'est vrai que du coup on a</p>		<p>pas être cruelle... mais de dynamisme euh... tu vois au niveau des équipes » (1126-127) = la technicité prend le dessus, une fois la toilette effectuée, elle s'arrête à là. A l'inverse, importance du travail en binôme lors de la réfection de pansements particulièrement douloureux sur des patients atteints de démence.</p>	<p>fait. Parce que... fin nous il nous les exprimait pas forcément verbalement fin... il exprimait avec le corps ou fin... c'était voilà... quelqu'un d'assez renfermé mais au moins il se libérait et libérait sa parole avec la psychologue » (1116-118). Le psychiatre intervient sur demande du médecin (pour équilibrer un traitement par exemple). Mais le patient dont elles me parlaient n'a pas été vu par un</p>	<p>ment. Ici ils sont vraiment très bien surveillés. A tout point de vue » (1108-109). La psychologue avait pour rôle « d'évaluer » (1115). Elle suit les patients y compris après leur sorti, elle a leur numéro et ils ont le sien. Le coach sportif évalue les patients plusieurs fois par semaine. Les patients travaillent le renforcement musculaire. Les patients sont aussi vus par une diététicienne et par une assistante sociale.</p>	<p>ça se détériore sur le plan psychologique on peut faire appel au psychiatre » (123-25). Le psychologue réalise des entretiens et suivant comment cela se passe, elle peut faire intervenir le psychiatre. Si quand ils essaient de la rassurer ça ne marche pas trop, ils voient avec le médecin qui va décider si la patiente doit consulter un psychiatre ou non « pour voir si le</p>
--	--	---	--	---	--	--	---

		bien travaillé, fin eux ils étaient là donc c'était plus facile (rires) mais en travaillant en relation avec l'équipe psychiatrique » (1108-110), « Bon après on fait appel à la psychologue du service, à l'équipe » (1112)			psychiatre car il était déjà sous traitement. « Après on sait qu'on n'est pas seules » par rapport à l'appréhension d'une PEC (1284). Ca les rassure d'être en équipe.	« . Mais on a...c'est vrai qu'on a cette chance d'avoir une équipe pluridisciplinaire assez complète » (1236-237).	traitement est adapté » = elle parle du traitement quand on évoque le psychiatre (or il n'est pas là que pour ça).
Le manque de connaissances / Formation peu développée sur la psychiatrie / Spécialisation	« je trouve que déjà au niveau de la formation on n'est pas très dédiée là-dessus. Au niveau des cours et au niveau voilà... Et qu'on nous lâche un peu comme ça dans les stages... voilà sans trop savoir à quoi s'attendre»	Peu de connaissances sur la psychiatrie et les pathologies qui en découle. Elle parle d'une atteinte du « système nerveux qui perturbe la perception » ce qui peut entraîner « démence, schizophrénie » etc... Elle ne connaît	« Ce travail auprès de la personne âgée, il faut avoir un minimum de connaissances... » (1228), chaque pathologie est différente donc il faut savoir	Elle explique qu'il y a un manque de connaissances et de formation sur la personne âgée, notamment au niveau des équipes. Il y a également un manque de connaissances sur la manière de gérer les situations dans un	Pour les 2 IDE, la formation apporte assez de connaissances sur la psychiatrie.	« on n'est pas habitué à ce type de prise en charge et on n'est pas formé » (157). « Le problème de ces prises en charge là, c'est que voilà nous on n'a pas... pas trop habilité » (163).	« De toute façon la psychiatrie c'est une spécialité à part aussi... par rapport à ce qu'on a ici. Nous ici c'est tout ce qui est rééducation sur le plan moteur et même cérébral

	<p>(1166-168), « se retrouver là-dedans avec le peu de connaissances qu'on a à la base en cours je trouve ça un peu... un peu limite » (1171), « Ce n'est pas vraiment de pas avoir assez de connaissances mais plutôt de pas préparer les élèves à vraiment ce qu'il se passe en psychiatrie quoi » (1180-181), « qu'il y a un manque de connaissances à ce sujet par rapport à ce qu'on voit en psychiatrie » (1185-186), « la situation me parait un</p>	<p>pas non plus les symptômes. Elle dit ne pas savoir les « différencier » (1129), elle explique qu'elle aurait pu « ne pas être rassurée » (1153) si l'équipe psychiatrique n'était pas là et une des raisons serait son manque de connaissances « Bon après parce que je connais pas non plus » (1153-154),</p>	<p>adapter la PEC en fonction.</p>	<p>contexte psychiatrique « effectivement le savoir être ça suffit pas toujours » (1341),</p>		<p>Mais elle explique aussi qu'elle a « trop mangé de psy » (1335).</p>	<p>puisqu'on a des AVC. Mais après... là le reste c'est vrai que sur le plan psychiatrique euh... On n'a pas plus de formation que ça » (1114-117), et « C'est pas notre spécialité première » (1117).</p>
--	---	---	------------------------------------	---	--	---	--

	peu violente quoi et je trouve que pendant les cours on n'est pas préparé à voir ça en tout cas. Ça m'a refroidi » (1188-189),						
Leurs émotions / Leurs ressentis	« on sent qu'on a du mal à les rassurer » (177), « c'est un peu comme de la torture [...] c'est des prises en charge que j'aime pas trop » (1111), « c'est limite de la maltraitance » (1113-114), « des pansements que je déteste faire » (1115), « j'ai l'impression de faire... pas mal mon travail mais c'est pas	Si elle avait été seule et que la patiente avait refusé le soin : « Ça s'est compliqué » (147), « les infirmiers étaient là donc on se sentait en sécurité. J'avoue que s'ils avaient pas été là... je dis pas que je me serai vraiment sentie en insécurité mais je me serai sentie en difficulté »	« J'espère qu'on finira pas comme ça » (1209), « C'est difficile parce qu'on se projette pas » (1209), elle imagine ses parents à la place. Elle se voit finir de cette manière, et pense que sa famille finira pareille. « c'est difficile	« Oui je pense qu'il y a de l'empathie quand même » (1211), « franchement je te le dis clairement de fatigue et honnêtement [...] je me verrai pas mettre ma mère ici en tout cas. Je me verrai pas vieillir ici » (1257-258). Concernant la psychiatrie : « t'es un peu démuné suivant la situation » (1345).		« ... moi je me sens un peu désemparée... c'est pas... Bah déjà c'est pas une spécialité qu'on a choisie » (1240-241). « Moi la psy... euh... j'ai un peu du mal quoi... parce que je trouve qu'on... fin... parfois on est un peu à court de solutions... » (1245-246). « moi je préfère quand ils sont calmes. Mais	« C'est pas toujours facile quoi... je pense hein. Moi c'est ce que je ressens... Je pense que ça doit pas être évident » (1172-173). « C'est pas si facile que ça d'aider l'autre et tout ça... Parce qu'il faut mentalement être fort aussi hein... parce que

	comme j'aimerais faire quoi » (1118-119), « j'ai l'impression de les forcer à faire quelque chose qu'ils ont pas envie de faire » (1122-123), concernant stage en accueil crise fermé : « j'étais pas prête à voir ce que j'ai vu en secteur fermé » (1169), « Moi c'est pas un monde qui m'attire » (1172),	(151-52), « d'une patiente qui arrive des urgences... qui a des troubles psychiatriques, qui est pas accompagnée... effectivement ça peut être compliqué » (1111-112), Quand elle a vu les 2 soignants accompagnant la patiente : « On n'est pas tranquille » (1166), « pour nous c'est pas hyper rassurant » (1169)	de prendre en charge » de part la surcharge de travail (1267). Il faut pas en vouloir à ces personnes si elles sont agressives car c'est le résultat de la maladie.	« Mais ça c'est aussi ce qui est difficile à comprendre » de voir des patients jeunes (19/20 ans donc son âge à l'époque) entrer pour décompensation psychotique (car représentations sur la maladie). Il y a aussi de la « culpabilité » (1385) qui se développe notamment pour les AS moins formées.		98% du temps ils sont gentils et calmes » (1277). Elle dit se sentir « trop triste » (1315) en pensant à ces personnes atteintes de psychoses et du fait « qu'il n'y a aucune solution, on peut pas les guérir » (1316).	bon... parfois aussi... les personnes qui sont comme ça psychologiquement atteintes, ils ont pas un comportement de dialogue facile » (1199-201).
La prise en charge (PEC)	« Compliqué de la rassurer » (143), « on a essayé de la rassurer » (152), « on a souhaité que sa fille vienne un petit peu	Cette PEC a beaucoup reposée sur l'équipe psychiatrique : « Puisqu'ils ont quand même pris en charge pas mal de	« la mettre au calme c'est déjà la chose à faire pour les personnes très perturbée » (140-	Au niveau de la PEC : elles connaissent leurs résidents, savent ce qu'il va les calmer (ex : « on	Après que Gwendolyn ait dit qu'elles ne s'occupaient que de la leucémie : « On gère pas que ça,	« Après nous sincèrement on gère la leucémie » (201). Comme le patient était déjà suivi pour sa dépression,	« Mais c'est vrai qu'on a surtout des AVC hein... donc euh... des accidents vasculaires cérébraux.

	<p>parce qu'on savait vraiment plus quoi faire pour la rassurer » (154-55), « Après on lui a fait faire passer quelques examens pour essayer de la rassurer un peu » (158), « on essaie de l'occuper un petit peu » (160), « on note un peu tout le dérouler de la journée sur une ardoise » (160-61), « parfois elle participe aux animations » (166), « coup on participe pas trop aux animations plutôt... On est vraiment là que pour les soins, dès qu'on a</p>	<p>choses » (117), « Ils ont proposé de faire les soins quand ils étaient dans la chambre » (124-25), « Moi oui j'ai quand même fait les pansements parce que c'est pas trop leur domaine. Par contre tout ce qui était prise de sang et euh... prise de traitements c'était eux qui géraient » (127-28), « Bon après juste pour le pansement... après c'est eux aussi qui faisait la toilette... » (132), « nous on faisait</p>	<p>41), développement d'un projet « humanité » pour que les personnes se sentent le plus possible chez elles tout en améliorant leur qualité de vie.</p>	<p>l'appelle par son prénom » (132)), elles isolent ceux qui ont besoin pour éviter le « le brouhaha autour » (133), en les « ramenant dans leur chambre » (136), « si tu les occupes aussi, parce qu'en général, la déambulation et les troubles du comportement c'est aussi lié à l'anxiété » (197-98), pour elle ce qui est mieux que les traitements pour les patients atteints de démence c'est en « allant se promener », « en racontant une histoire », en</p>	<p>parce que c'est vrai il y a des gens qui deviennent très agressifs justement à la suite de tout ça. Oui on va mettre quelque chose en place » (1205-206). « c'est compliqué » (1255). « Tout le monde sera soigné pareil en tout cas ça c'est clair » (1447).</p>	<p>elles se sont concentrées sur « son problème hémato » (1204). « la priorité c'est quand même la patho » (1207). C'est la psychologue qui se charge du reste. La PEC de personnes atteintes d'une maladie psychiatrique reste « rare. C'est vraiment du très très occasionnel » (1295). « Si c'est psy [...] on fait intervenir le psychiatre » (1300) « peut importe ta couleur de peau, ta religion, si t'es psy, si t'es pas psy, si t'es grand, petit, maigre, gros...</p>	<p>Et en ce qui concerne sur le plan psychiatrique, on n'a pas beaucoup de personnes atteintes de psychiatrie.. euh... de problèmes psychiatriques » (120-21). C'est surtout les psychologues qui voient les patients. Après avoir tenté de rassurer et d'être à l'écoute, elle fait appel au médecin qui regarde si jamais il faut revoir et</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

	<p>des traitements, on fait des pansements » (199-100), « on essaie de grouper un peu les soins » (1113),</p>	<p>vraiment que les pansements » (169), « Elles viennent ici de leur plein grès quand même pour subir une intervention et en général elles sont très coopérantes et compréhensives » (193-95),</p>		<p>« mettant de la musique (1103), leur trouver des activités adaptées, les stimuler au niveau cognitifs et la mémoire (mais ce n'est pas fait) d'autant plus avec le COVID qui « n'aide pas » (1151), au domicile la PEC est très « compliqué » (1182). Savoir poser des limites dans les soins et ne pas en réaliser un si la souffrance du patient est trop importante (ex de la réfection de pansements). Parfois en psychiatrie, être doux ne suffit pas et à part</p>		<p>bah tu seras soigné de la même manière. C'est un peu la chance qu'on a en France d'ailleurs. De pas soigner les riches plus que les pauvres. C'est une chance ! » (1448-451).</p>	<p>adapter le traitement. « ... On l'accepte avec tout ce qu'elle a comme antécédents de toute façon. Donc après on s'adapte à la personne en fonction de ses antécédents » (190-91). « comme je vous dis on le prend dans sa globalité... Plus les autres problèmes à côté » (1102). Pour elle, il est difficile d'être aidant dans certaine situation. « Tout</p>
--	---	--	--	---	--	--	---

				une piqure de neuroleptique en intramusculaire, il n'y a rien qui peut les calmer. Mais c'est différent avec les personnes âgées.		dépendra la situation... Si s'il est évident que cette personne elle est agressive envers l'autre machin, tu vas pas y aller » (1196-197).
Manque de temps / Surcharge de travail	« à être aussi présent que ce qu'il faudrait puisqu'en fait on n'a pas vraiment le temps » (178), « Ah mais on n'a vraiment pas... on n'a vraiment pas de temps » (192), « on n'a quand même pas vraiment un bon nombre de temps pour chaque résidents » (197-98), « on serait déjà un	D'après cette IDE, il est difficile de développer une relation dans un contexte de soins de courte durée.	Une surcharge de travail s'est faite avec le COVID pour les aides-soignants « Elles avaient une surcharge de travail et à l'animation bien sur elle était presque inexistante » (1155-156),	« on peut pas mettre en place, fin on peut pas. En tout cas actuellement avec le planning qu'on a et la charge de travail on peut pas, c'est pas possible » (1113), « manque de personnel » (1126). Il y a souvent des urgences « Et bien souvent t'es seule ou t'es deux pour quatre vingt dix	Manque de temps pour la prise en charge ? « C'est des patients qui prennent beaucoup de temps. Donc on n'a pas forcément... » (164).	

	<p>peu plus disponible puisque c'est vrai qu'on n'a pas trop le temps » (1102-103)</p>		<p>Elle explique qu'elles ont une « surcharge de travail » et qu'elles ne peu- vent pas instal- ler tout ce qu'elles vou- draient installer pour les pa- tients. « Eh ouai un manque de personnel... les aides-soignantes elles en peuvent plus... » (1255)</p>	<p>personnes... c'est compliqué » (1236- 237).</p>			
--	---	--	--	--	--	--	--

Résumé : Les représentations sur la maladie psychiatrique sont fondamentalement encrées dans notre société. Ayant rencontrée différentes situations en stage me posant question, c'est pourquoi j'ai voulu, à travers ce travail de fin d'études, aborder cette stigmatisation du malade atteint de troubles psychiatriques, présente dans les soins généraux ainsi que dans les lieux de vie. Je me suis ainsi demandé quel était l'impact des représentations des soignants sur les personnes atteintes de troubles psychiatriques, dans la relation soignant-soigné. Pour répondre à cette question, je me suis inspirée de plusieurs auteurs relatant à la fois l'histoire de la psychiatrie, ainsi que d'autres thèmes clés comme la normalisation, la stigmatisation et la place de la relation. Je me suis ensuite rendue dans trois services de soins généraux différents ainsi que dans deux EHPAD, afin de rencontrer des infirmiers et prendre connaissance de leur expérience de prise en charge de ces patients à l'aide d'entretiens semi-directif centrés sur une question. Les résultats qui ont découlés de cette enquête sont très variés. Plusieurs professionnels reprennent des notions abordées dans mon cadre mais d'autres notions telles que l'importance de la famille ou encore de l'équipe sont aussi nommées. Cependant, la question de la spécialisation est très souvent ressortie. Les soignants, dans la plupart des cas, mettaient de côté la maladie psychiatrique pour se focaliser sur la maladie fonctionnelle. Mais nous soignons une personne et non une maladie. La spécialisation ramènerait ainsi à cacher le malade derrière la maladie.

Mots clés : représentations, psychiatrie, relation soignant-soigné, stigmatisation, norme

Abstract : Representations of psychiatric illness are fundamentally embedded in our society. I encountered various situations during my work placements that raised some questions, that's why I wanted, throughout this research work, to address this stigmatisation of the patient with psychiatric disorders, that's present in general care as well as places of life. As a result, I wondered about what the impact of the caregivers' representations of people with psychiatric disorders on the relationship between the carer and the patient was. To answer this question, I was inspired by several authors relating both the history of psychiatry, as well as other key themes such as the normalisation, the stigmatisation and the relationship's place. After that, I went to three different general wards and two nursing homes for seniors, in order to meet nurses and learn about their caring's experiences with these patients using a semi-structured interview focused on one question. The research's results stemmed are diverse. Several professionals take up notions discussed in my framework but other notions such as the importance of the family and the team are also mentioned. However, the issue of specialisation came up very often. The caregivers, in most cases, put aside the psychiatric illness to focus on the functional illness. But we treat a person and not a disease. The specialisation would thus lead to hiding the patient behind the disease.

Key words : representations, psychiatric, relationship between the carer and the patient, stigmatisation, standard