



CASCIELLO Maria

Promotion 2022 - 2025

L'étiquette et le soin : quand les mots enferment plus que la maladie

Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 19 Mai 2025

Directeur de mémoire : Caroline Barbaste

Note aux lecteurs et lectrices :

« 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 ».

REMERCIEMENTS

C'est par ce travail de fin d'étude que se clôturent enfin mes trois années de formation en soins infirmiers. Des années si intenses et si enrichissantes marquées à la fois par des moments difficiles avec énormément de remises en questions, de doutes, de défis personnels. Mais également par de belles rencontres et une évolution personnelle dont je suis extrêmement fière.

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Mme Caroline Barbaste, qui a su m'accompagner et me guider tout au long de ce travail avec patience et bienveillance. Merci pour vos conseils, votre soutien et votre écoute attentive.

Je remercie l'ensemble des formateurs de l'IFSI pour leur pédagogie et leur accompagnement durant cette formation. Merci à Mme Clerc, ma référence pédagogique, pour sa disponibilité, sa bienveillance et son écoute.

Merci à tous les professionnels de santé qui ont croisé mon chemin lors de mes stages, pour leur bienveillance, leur encadrement et leur volonté de transmettre leur savoir qui m'ont permis d'évoluer tant sur le plan personnel que professionnel et de gagner en confiance en moi. Merci de m'avoir fait découvrir les valeurs humaines de ce métier et de m'avoir guidé vers le chemin de l'infirmière que je souhaite devenir.

Ces remerciements vont aussi à Nina et Océane, rencontrées pendant cette formation avec qui j'ai eu la chance de partager tant d'heure de travail. Merci pour tous ces moments passés ensemble, les rires comme les pleurs, les moments de joies comme de doutes, leurs encouragements et leur soutien qui m'ont aidé à surmonter ces années.

Puis enfin, je remercie de tout coeur ma famille, mes parents et mes amies grâce à qui j'ai réussi à surmonter toutes ces épreuves et qui ont toujours cru en moi. Mention spéciale à ma meilleure amie, qui est déjà passée par cette épreuve, et qui a su m'encourager et m'aider tous les jours notamment durant les moments difficiles. Merci aussi à ma cousine Carla pour toutes les relectures de ce mémoire. Merci pour vos conseils, votre soutien morale, votre patience et vos encouragements qui m'ont aidé chaque jour garder confiance en moi et qui m'ont permis d'arriver jusqu'au bout afin d'atteindre mes objectifs.

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. SITUATION D'APPEL	2
1.1. Description de la situation	2
1.2. Questionnement	4
2. QUESTION DE DÉPART	6
3. CADRE DE RÉFÉRENCE	7
3.1. La santé mentale	7
3.1.1 Définition la santé mentale	7
3.1.2 La santé mentale à travers le temps	9
3.2. Les représentations sociales	12
3.2.1 Définition des représentations	12
3.2.2 La norme	14
3.2.3 La stigmatisation : stéréotypes, préjugés et discrimination	15
3.3. La relation soignant soigné	17
3.3.1 Définition de la relation soignant soigné	17
3.3.2 La relation d'aide	19
3.3.3 Prendre soin : le Care	22
4. ENQUÊTE EXPLORATOIRE	23
4.1. Méthodologie	23
4.1.1 Outils envisagés	23
4.1.2 Population choisie	24
4.1.3 Lieu d'investigation	24
4.2. Réalisation de l'enquête	25
4.3. Résultats de l'enquête	27
4.3.1 Synthèse des entretiens	27
4.3.2 Analyse des entretiens	30
4.3.3 Analyse croisée	31
4.4. Les limites de l'enquête	39

5. PROBLÉMATIQUE	40
6. CONCLUSION	41
7. BIBLIOGRAPHIE	43
TABLE DES ANNEXES	45

INTRODUCTION

Ce n'est qu'à partir du moment où l'on commence la formation en soins infirmiers que l'on se rend compte de la réalité du métier, mais aussi du système de santé. Avant d'entrer dans la formation, j'avais une vision très idéaliste et simpliste du métier d'infirmière. Selon moi, une maîtrise des gestes techniques et une excellente connaissance des différentes pathologies suffisaient. Or, ce n'est que lorsque j'ai été face à la réalité du terrain, que j'ai pris conscience de l'importance du relationnel dans le soin qui peut être parfois beaucoup plus important que la technique. En effet, prendre le temps d'écouter et se rendre disponible pour ses patients peut faire énormément de différence dans la prise en charge. Malgré un projet professionnel tourné vers la puériculture, la psychiatrie a suscité chez moi une certaine curiosité, notamment concernant la manière de prendre en charge ces patients. Il est vrai qu'aujourd'hui, dans la société actuelle, lorsque l'on parle de personnes atteintes de troubles psychiatriques cela peut être effrayant. Les représentations de la maladie psychiatrique sont ancrées dans les sociétés et ne cessent de perdurer dans le temps. Au cours de mes stages, j'ai de nombreuses fois été confronté à plusieurs prises en charge impliquant des personnes atteintes de troubles psychiques qui m'ont plus marqué que celle d'un « simple » patient. En effet, je pouvais identifier une nette différence de prise en charge. Très souvent, ces patients subissent une stigmatisation de par leur pathologie mentale lorsqu'ils sont hospitalisés dans des services de soins généraux. Or notre rôle en tant qu'infirmier est de prendre soin de tous les patients de la même façon. Je me suis alors demandé pourquoi ces patients étaient traités de manière différente. Pourquoi ne sont-ils pas considérés au même titre que tous les autres patients ? C'est donc pour cela que j'ai décidé d'aborder mon travail de fin d'étude sur les conséquences de nos représentations de la maladie mentale sur la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques. Dans un premier temps, je présenterai ma situation d'appel et mon questionnement qui m'ont permis d'arriver à formuler ma question de départ. Dans un second temps, j'aborderai mon cadre de référence qui se décompose en trois grandes parties parmi lesquelles se trouvent plusieurs sous parties. Je continuerai par mon enquête exploratoire grâce à laquelle j'ai pu interroger des professionnelles de santé concernant mon sujet. Puis je finirai par analyser mes entretiens. Ce travail, me permettant d'être dans une permanente réflexion, me mènera vers une nouvelle problématique, qui clôturera ce mémoire.

1. SITUATION D'APPEL

1.1. Description de la situation

Durant mes études en soins infirmiers, j'ai eu l'occasion d'effectuer un de mes stages dans un service de médecine interne infectiologie aiguë polyvalente en centre hospitalier. Ce service accueille des personnes de tout âge, mais principalement des personnes âgées. Les pathologies rencontrées sont très diverses. En effet, elles peuvent relever de l'infectiologie, comme par exemple les maladies bactériennes, virales, fongiques, parasitaires et infections nosocomiales, mais aussi de médecine interne étudiant plutôt les maladies atteignant différents organes ou les défenses de l'organisme. De plus, nous pouvons retrouver dans ce type de service des patients ayant des pathologies associées. Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont les suivants : fièvre persistante, dyspnée, chute, trouble du comportement, exacerbation de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), infection, troubles du transit, déshydratation et altération de l'état général (AEG).

Globalement, les patients sont pour la plupart assez autonomes, sauf certains pouvant nécessiter plus ou moins d'aides en fonction de leur pathologie et de leur capacité.

Mon analyse de situation se déroule durant la quatrième semaine de mon second stage de deuxième année en soins infirmiers. Je suis de matin et un secteur de quatre patients m'a été attribué. Lors de la relève, l'équipe de nuit nous informe que cette nuit une entrée a été réalisée dans mon secteur de patient. Pour des raisons de confidentialité, nous nommerons ce patient Monsieur B.

Très vite, l'équipe soignante dresse le tableau de ce nouveau patient : Monsieur B, âgé de 56 ans, est arrivé aux urgences par les pompiers et est hospitalisé dans le service pour une pyélonéphrite, ce pourquoi il est porteur d'une sonde à demeure. C'est un patient schizophrène en décompensation suite à une rupture du traitement. Il est très confus et a été retrouvé chez lui en état d'incurie. Il tient des propos délirants d'après elle. Ce monsieur a deux enfants, mais ils ne sont pas présents dans son quotidien. De plus, elle nous rapporte ses paroles : « où est-ce que je suis ? », « quelqu'un va venir me chercher », « je les vois partout », puis ajoute « de toute façon, je suis pas allé le voir, mais on l'a entendu délirer toute la nuit ».

Elle nous met en garde sur le fait qu'il puisse être agressif lors de ses soins et qu'il est, d'après elle, « complètement fou et incohérent ». Nous n'avons aucune autre information sur ce patient, nous ne savons pas s'il est marié, s'il a un entourage autre que ses enfants qui ne sont pas présents quotidiennement. De plus, aucun suivi médical n'est enregistré et nous n'avons pas d'information sur son traitement antipsychotique.

Ayant pour habitude de m'occuper de la chambre double dans la réalisation des soins, j'annonce à l'aide soignante que j'allais prendre en charge ces patients afin de réaliser leurs soins quotidiens. Cependant, suite aux remarques précédentes de l'équipe de nuit sur monsieur B, elle m'arrête et me dit que, par sécurité, elle préférera s'en occuper plus tard, car on ne le connaissait pas et qu'on ne savait pas comment il pourrait réagir si « on le touche trop ». J'écoute ainsi les conseils de l'aide-soignante et me dirige alors vers l'infirmière du service afin de débiter le tour des constantes.

Nous commençons notre tour et arrivons petit à petit à la chambre de monsieur B. Au vu du portrait dressé, de la mise en garde de l'équipe de nuit et de tous les événements que j'ai pu constater, j'appréhendais énormément de rentrer dans la chambre. Pourtant, je ne connaissais absolument pas le patient et je m'étais seulement appuyé sur ce qui avait été dit durant la relève. De ce fait, j'avais peur de me retrouver face à lui, peur de sa réaction lorsque j'allais le toucher pour prendre les constantes ou qu'il soit violent envers moi aux moindres contacts.

Après avoir toqué à la porte, l'infirmière me laisse avancer, et je constate que ce patient avait arraché son cathéter et désadapté sa sonde urinaire. Les draps étaient donc souillés d'urine. Je rentre donc dans la chambre et je lui explique que je vais prendre ses constantes et réadapter sa sonde urinaire. Il ne refusa pas, mais sous un air assez méfiant, il regardait toujours tout ce que je faisais avec un regard très vif et ne me lâchait pas du regard. L'infirmière était restée sur le seuil de la porte prête à rentrer sur l'ordinateur les constantes. Afin d'essayer de le rassurer, je lui parle en expliquant chaque geste que j'étais en train de réaliser. Toutes les fois où il me parlait, c'était en chuchotant. On pouvait ressentir chez ce patient une certaine crainte et appréhension de tout ce qui l'entourait. De plus, il me demande de ne pas parler trop fort, car il m'indique que des gens allaient venir le prendre : « Ils vont nous entendre et venir me prendre », « La personne derrière le mur va venir me prendre, vous la voyez ? », « Je dois partir d'ici », « Ça va pas ». Ceci m'angoissait encore plus. Durant son discours, il était très

agité et regardait partout autour de lui comme s'il craignait que quelqu'un ou quelque chose soit présent. Cela me rendait la tâche encore plus compliquée pour la réalisation de ses soins.

Plusieurs questions me sont alors venues. Cette situation m'angoissait. L'infirmière présente ne répondait pas non plus. Je me suis senti seul face à lui. Selon elle, je devais ignorer ses propos et continuer les soins. L'infirmière me dit de la porte qu'il était dans un délire de persécution et qu'il ne fallait pas entrer dans son délire par peur d'aggraver la situation. Face à cette situation, je me suis sentie impuissante, désemparée et seule. Je ne savais pas comment réagir pour arriver à le rassurer afin qu'il puisse se sentir en sécurité. Je me suis senti en difficulté et pas en sécurité. J'attendais désespérément de l'aide de la part de l'infirmière qui n'était même pas entrée dans la chambre.

Une fois le soin terminé, je sors de la chambre et je demande alors conseil à l'infirmière sur la conduite à tenir face à ce patient, et elle me dit : « Ne t'inquiète pas, c'est un psy, de toute façon il va pas rester chez nous longtemps. » Au regard de ce patient, j'ai pu en effet remarquer plusieurs comportements durant la journée de la part des soignants. Certaines personnes s'approchaient de lui, mais ne lui parlaient pas et ignoraient totalement ses propos, ce qui l'agitait encore plus. D'autres adhéraient complètement à son délire, ce qui pouvait peut-être renforcer son angoisse de persécution. Les soignants se rejetaient mutuellement les soins de ce patient, qui étaient souvent faits en dernier. On ne rentrait dans la chambre que très rarement durant la journée étant donné que le voisin de chambre était autonome. Aucun traitement antipsychotique ne lui avait encore été administré. Nous étions dans l'attente de la visite du médecin.

1.2. Questionnement

Au premier abord, lorsque j'ai entendu pendant la relève qu'un patient atteint de schizophrénie était dans le service, j'étais curieuse de voir l'aspect clinique de ce patient. Cependant, lorsque l'infirmière de nuit nous l'a décrit, ceci a révélé en moi une certaine crainte et appréhension vis-à-vis de ce patient. Avec du recul, plusieurs questions m'ont alors

parvenu. Je me suis demandé si la description que nous avait faite l'infirmière n'avait pas dès le départ influencé mon regard envers lui et, de ce fait, instauré une certaine peur. C'était la première fois depuis le début de ma formation que j'avais à prendre en charge une personne atteinte de troubles psychiques. De plus, je n'avais quasiment aucune connaissance des troubles psychiatriques, hormis les cours que nous avons eus en première année. Cependant, ce n'est que de la théorie. Je n'avais ni les connaissances ni l'expérience nécessaire pour faire face à ce patient. C'est pourquoi, face à cette situation, je n'ai vraiment pas su quoi faire pour qu'il se sente en sécurité, ni su comment réagir face à l'inaction de l'infirmière. Je ne savais pas quoi lui répondre. Devais-je le rassurer ? Essayer de comprendre sa situation, ses ressentis, lui poser des questions ? Devais-je entrer dans son délire au risque de l'amplifier ? Ou bien seulement ignorer ses propos ? Comment réagir face à une personne délirante ? Ceci amenant ma réflexion vers une deuxième question : « Comment mettre en place une relation de soin avec un patient psychotique malgré la peur qu'il peut nous faire ressentir ? » Comment travailler avec ces émotions ? Étant pour la première fois face à un patient potentiellement « dangereux », je ne me sentais pas en sécurité. La distance qu'avait instaurée l'infirmière entre elle et monsieur B lors de la prise des constantes pourrait faire penser qu'elle non plus ne se sentait pas en sécurité. Lorsqu'un patient nous fait ressentir de la peur, la relation soignant-soigné est forcément mise à mal. Il est alors difficile d'instaurer cette relation de confiance que l'on cherche à instaurer avec les patients.

De plus, insister sur le fait qu'il soit complètement « fou » et incohérent et que l'infirmière de nuit nous mette en garde sur une probable agressivité a pu influencer directement mon jugement, mon regard envers ce patient et ma façon de le prendre en charge. Ainsi, nous pouvons questionner la représentation du fou. Qu'est-ce qu'un fou ? Qu'est-ce qui est considéré comme de la folie ? Les personnes atteintes de troubles psychiatriques en service de soins somatiques seraient-elles toutes considérées comme folles et donc mises à l'écart ? En effet, dans la société, nous entendons très régulièrement ces termes pour décrire les personnes atteintes de troubles mentaux ; des personnes n'étant pas considérées comme « normales », instaurant dans la société une certaine peur et méfiance envers ces personnes, ceci menant à une stigmatisation. Ainsi, nous retrouvons cette étiquette du fou dans les centres hospitaliers. Mais qu'est-ce qu'une personne « normale » ? L'aspect psychiatrique de ce patient avait pris

le dessus sur la première raison de son hospitalisation en soins somatiques : sa pyélonéphrite. En effet, celle-ci était passée secondaire alors qu'elle était la principale raison de sa venue dans le service. C'était devenu Monsieur B : le schizophrène. Lorsque j'ai interrogé l'infirmière sur la conduite à tenir envers ce patient, elle m'a répondu de ne pas m'inquiéter, car c'était un psy, donc il n'allait pas rester longtemps. Était-ce parce qu'elle non plus ne savait pas comment réagir, ou bien par peur de ses réactions ? Étant dans un service de médecine, les infirmières ne sont pas habituées à faire face à ce genre de patient. Monsieur B ne rentrait pas dans la « norme » de pathologie que l'on pouvait rencontrer dans le service. Nous pouvons alors questionner la formation et donc les compétences du personnel soignant à prendre en charge les patients atteints de troubles mentaux. Avaient-elles, comme moi, seulement les connaissances théoriques ? Il semblait que le côté psychiatrique avait instauré une peur chez les soignants et donc par la suite une stigmatisation, une prise en charge inégale par rapport aux autres patients du service. Quelles étaient leurs représentations d'une personne atteinte de schizophrénie pour elles ? Connaissaient-elles cliniquement la maladie ?

2. QUESTION DE DÉPART

L'ensemble de ces interrogations tout au long de cette analyse m'a conduite à la formulation de ma question de départ :

En quoi les représentations de la maladie mentale des soignants en service de soins généraux peuvent-elles influencer la prise en charge ?

Afin de développer davantage ce questionnement, nous approfondirons plusieurs concepts. Dans un premier temps, nous aborderons la notion de santé mentale qui est souvent mise en avant dans le cadre des soins. Nous parlerons ensuite des représentations sociales de la santé mentale où nous soulèverons plusieurs points tels que la norme, les préjugés et stéréotypes et la stigmatisation de ces personnes. Puis enfin, nous aborderons le concept de la relation soignant-soigné jouant un rôle primordial dans la prise en charge des patients.

3. CADRE DE RÉFÉRENCE

3.1. La santé mentale

3.1.1 Définition la santé mentale

Afin de débiter ce travail de recherche, il me semble important de donner une définition de la santé selon plusieurs sources. Selon Alain Rey, l'étymologie du mot santé vient du latin « *sanitas* » qui veut dire « *santé du corps et de l'esprit* » (p. 3223). De son côté, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Ces définitions se rejoignent dans le sens où elles soulignent toutes les deux l'approche holistique de la santé. En effet, être en bonne santé ne se réduit pas à l'absence de symptômes pathologiques, mais implique plutôt un équilibre entre le corps et l'esprit; on parle de bien-être global. La santé n'est pas seulement un état biologique mais aussi un état de bien-être psychologique. L'OMS ajoute à cette définition une dimension sociale de la santé, ce qui veut dire qu'elle résulte aussi de notre qualité de vie et de la qualité de nos interactions en société. En d'autres termes, on atteint un état de santé lorsque l'on trouve son propre équilibre physique et un épanouissement sur le plan social et émotionnel. En effet, l'état de santé est propre à chacun. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise santé prédéfinie avec des normes universelles. Ce qui peut être perçu comme « une bonne santé » chez quelqu'un peut ne pas l'être chez quelqu'un d'autre. Chaque individu crée son propre équilibre en fonction de ces trois aspects. L'état de santé se construit en fonction des individus, de leur culture, mais aussi de la société.

Pour compléter cette définition, l'OMS ajoute une définition de la santé mentale et la définit comme « *un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté* ». Bien que l'OMS ait fait deux définitions distinctes, elles mettent toutes les deux en avant la dimension du bien-être global. Dans sa définition de la santé, l'OMS inclut la santé mentale, or la santé mentale se concentre plus particulièrement sur l'équilibre psychologique. Être en « bonne santé mentale » ne veut pas dire être exempte de

troubles mentaux, mais c'est être en capacité de gérer ses états émotionnels, d'affronter les défis de la vie quotidienne tout en étant épanoui. Or, quelle différence fait-on entre santé mentale et maladie mentale ? Être atteint d'une maladie mentale veut-il forcément dire ne pas être en bonne santé mentale ? Dans le langage courant, on ne trouve pas de définition proprement dite de la maladie mentale. En effet, l'OMS parle de « trouble mental » et le caractérise comme « *une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants.* » Comment peut-on parler de maladie mentale s'il n'existe pas de définition concrète de ce terme. De plus, comment pouvons-nous nous la représenter si elle n'est pas définie ?

Selon le philosophe Claude-Olivier Doron, le concept de « maladie mentale » tend à être remplacé par celui de « trouble mental », notamment dans le domaine de la psychiatrie. Le concept de maladie implique des causes plus ou moins biologiques avec des mécanismes physiopathologiques précis et identifiés que l'on peut expliquer scientifiquement, avec des valeurs, par exemple. Or, en psychiatrie, il n'existe pas de phénomènes et de mécanismes uniques permettant d'expliquer une pathologie. Par exemple, la schizophrénie ne s'explique pas par des phénomènes biologiques identifiables et identiques à tous. Cependant, la notion de trouble suppose un dysfonctionnement, « *une altération des rapports à l'autre* » (Doron. C-O, 2008 p.30) Ainsi la psychiatrie permet alors de « s'écarter des normes sociales » et d'en créer des nouvelles. Cette pensée de Claude-Olivier Doron se retrouve dans celle de Georges Canguilhem en faisant une distinction entre le normal et le pathologique. De ce fait, ce courant de pensée, cet « abandon » du terme de maladie mentale, nous impose un élargissement de la normalisation.

Cependant, malgré des évolutions constantes des courants de pensée dans le domaine de la psychiatrie, nous avons chacun notre propre représentation de la maladie, de la maladie mentale et de la santé mentale, ceci pouvant être un frein lors d'une prise en charge. En effet, en tant que soignant, notre perception de la maladie ou de certains symptômes peut être différente de celle du patient. De plus, n'étant pas défini, le concept de maladie mentale reste très subjectif dans la société, ce qui peut laisser place à la création de préjugés, de stéréotypes et à une stigmatisation de ces pathologies par la société.

3.1.2 La santé mentale à travers le temps

La perception de la santé mentale n'a cessé d'évoluer à travers les époques, les sociétés et les cultures. C'est durant l'Antiquité Gréco-romaine, que le médecin Hippocrate et d'autres de ses pairs, tels que Galien, élaborent la théorie humorale. Selon cette théorie, « *la santé repose sur l'équilibre des humeurs (sang, phlegme, bile jaune, bile noire [...]) et sur l'équilibre des qualités qui les accompagnent (chaud, froid, sec, humide, essentiellement)* » (Quetel & Postel, 2004, p.4). L'apparition de toutes maladies serait donc le reflet du déséquilibre de l'ensemble de ces humeurs. À cette période, il n'y a pas de distinction entre la maladie « *du corps* » et la maladie « *de l'âme* ». En effet, « *toutes les maladies sont des maladies somatiques; mais certaines d'entre elles sont très particulières puisqu'elles ont des effets considérables et caractéristiques sur l'état de l'âme, de l'esprit et caractère, ainsi que sur les conduites* » (Quetel & Postel, 2004, p.8). Cependant, un déséquilibre de la bile ou du phlegme serait à l'origine d'une altération au niveau cérébral se manifestant par une atteinte comportementale. Bien que l'on ne parle pas encore de maladie mentale, quatre troubles ont été identifiés: la frénésie, la léthargie, la manie et la mélancolie.

C'est ensuite au Moyen Âge, au XI^{ème} siècle « *que le terme de fol, issu du latin follis, apparaît dans la littérature en langues vulgaires pour désigner de manière générale celui qui a perdu la raison* ». (Quetel & Postel, 2004, p.57) La maladie mentale se caractérise par la distinction entre les désordres généraux ou de fièvre, comme par exemple les maladies infectieuses, et les affections dont l'origine est une partie du corps en particulier. Les troubles mentaux sont associés à des « *maladies de la tête* » qui sont pour la plupart des migraines ou des blessures du crâne. Cependant, nous pouvons également retrouver une explication surnaturelle à la maladie mentale. En effet, « *les fous sont considérés comme des êtres dominés par les forces supérieures et mystérieuses* » (Quetel & Postel, 2004, p.57) c'est-à-dire des démoniaques possédés par Satan. D'autres pensent que les personnes « *folles* », sont la conséquence directe de leurs péchés et voient ceci comme une punition de leurs actes. A cette période, les traitements contre la folie s'inspirent de l'Antiquité et de la médecine arabe. En effet, certaines personnes pensent que la folie peut être guérie par dieu et la prière et faisaient appel à des guérisseurs. Les personnes considérées comme possédées leur étaient

amenées afin de procéder à un exorcisme, car la médecine n'était pas jugée faite pour guérir la possession. On retrouve également l'utilisation de traitements médicamenteux tel que l'opium ou d'autres substances à base de plantes, les pèlerinages thérapeutiques, la chirurgie où le crâne était ouvert en forme de croix sur la localisation de la folie, le but étant de s'attaquer à la folie elle-même. Puis enfin, nous avons la contention et l'enfermement. Tous les « fous » étaient enfermés contre leur volonté afin de protéger la communauté.

À la Renaissance, le concept de maladie mentale n'existe toujours pas, ce qui veut dire qu'il ne bénéficie toujours pas de prise en charge adaptée. De plus, nous pouvons lire: « *Il n'existe pas de place, dans la configuration de la médecine au XVIème siècle, pour une discipline qui pourrait s'appeler psychiatrie.* » (Quetel & Postel, 2004, p.81) En plus de la possession, la vision des « fous » s'apparente maintenant aussi à de la sorcellerie. À cette époque, l'hôpital était un lieu de charité où tout le monde était accueilli, seules deux catégories de personnes n'y étaient pas les bienvenues: on les appelait les vénériens et les insensés. Cependant, c'est à partir du XVIème siècle que cette organisation a été reconsidérée et que les fous ont commencé à être acceptés et enfermés dans un seul but thérapeutique. Une partie de l'hôpital leur était réservés et aboutit ainsi à « *une ségrégation stricte [...] à l'intérieur même des hôpitaux généraux et les fous, notamment, sont soigneusement isolés du reste de la population enfermée* ». (Quetel & Postel, 2004 p.111) Comme pour les siècles passés, les traitements de la maladie mentale restaient identiques, à savoir : les rites religieux avec les prières, les saignées, les exorcismes et les pèlerinages, d'autres subissaient les buchers et les coupables de crimes étaient exécutés.

C'est au début du XIXème siècle, que Philippe Pinel, précurseur de la psychiatrie, et Esquirol, vont modifier ce courant de pensée au regard de la maladie mentale. En effet, on ne parlera plus « d'insensés » mais plutôt « d'aliénés » ayant le droit de bénéficier d'un traitement moral. On commencera à évoquer les notions de relation de soin, d'entretiens thérapeutiques mais aussi d'écoute emphatique, référence à Carl Rogers. C'est en 1801 que Pinel rédige le premier « *Traité médico-philosophique que l'aliénation mentale ou la manie* ». C'est au cours de cette même année, que les « aliénés » ne sont plus enfermés dans des hôpitaux, mais dans une unité de traitement spécialisés pour femmes qui ouvre à la Salpêtrière et à Charenton pour les hommes. En 1810, les « fous » ne sont plus considérés comme des criminels. En effet, il

est inscrit dans le code pénal: « *il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action* ». (Quetel & Postel, 2004, p.163) Malgré le fait que l'on parle « d'aliéné », cet article du Code Pénal marque un changement de perception de la maladie mentale. On souligne alors une prise en considération de l'état mental de ces individus. En effet, ils ne sont pas tenus pleinement responsables de leurs actes au vu de leurs troubles. C'est le 30 Juin 1838, qu'une loi dit que « *chaque département est tenu d'avoir un établissement de santé public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement de public ou privé, soit de ce département, de d'un autre département* ». (Quetel & Postel, 2004, p. 183) En effet, cette loi marque une avancée sur la manière dont les personnes atteintes de troubles mentaux sont perçues et sur la façon dont la société va les prendre en charge. Bien que cette période soit un tournant dans l'histoire de la psychiatrie, les traitements de la fin du XIXème siècle restent inchangés pour ceux qui n'étaient pas réceptifs au traitement moral, c'est-à-dire par les échanges verbaux. On retrouve parmi les traitements les bains surprises avec une immersion dans des bains glacés, l'intimidation par la peur, les chocs électriques, l'isolement, ou encore les traitements médicamenteux tels que les calmants, les évacuants, les toniques.

Ce n'est qu'au début du XXème siècle, en 1920, que l'aliénisme laisse place à la naissance de la psychiatrie. On finit par considérer cette spécialité par une alliance entre la neurologie, la médecine et la psychologie, avec d'un côté la médecine somatique et de l'autre les sciences humaines. Cette période est marquée par deux grands auteurs dont les pensées sont bien différentes: Sigmund Freud qui a développé que les troubles mentaux seraient les répercussions de conflits psychiques inconscients (entre le Moi, le Ça et le Surmoi) souvent reliés à notre développement durant l'enfance, et Eugen Bleuler qui avait une vision plus clinique de la psychanalyse basée sur des causes biologiques et des prédispositions génétiques. Le 8 Avril 1937, on parle enfin d'hôpital psychiatrique et non plus d'asile ou hospice d'aliénés. Malgré que l'on reconnaisse la psychiatrie comme une spécialité et les malades comme des personnes ayant besoin d'aide thérapeutique, les représentations n'ont que très peu évolué. En effet, c'est pendant la seconde guerre mondiale, cinq ans après l'appellation des hôpitaux psychiatriques que Paul Balvet dit: « *l'asile d'aliénés a changé de*

nom, la réalité est resté ». (Quetel & Postel, 2004, p.351) Ainsi, bien que le nom ait changé, Balvet souligne l’ancrage des stéréotypes dans la société.

De nos jours, ces idées sont toujours plus ou moins ancrées dans la société. En effet, les représentations du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » ont fait l’objet d’une enquête « Santé mentale en population générale: images et réalités » entre 1998 et 2004. Pour la société, *« le « fou » est un terme qui recouvre une image imprécise d’un individu frappé d’inhumanité, un individu vivant dans une autre réalité, ne partageant pas les mêmes valeurs, incompréhensible, imprévisible, incurable et surtout violent et dangereux »* (Giordana, 2019, p.35) Le « fou » est alors un individu inadapté au monde, c’est-à-dire qu’il ne convient pas à être dans le monde du travail, ni même dans une famille; il est exclu de la société, il n’a pas conscience de son état et sa place est dans un hôpital psychiatrique. Or le « malade mental » est très assimilé au « fou », cependant on lui attribue une maladie, avec un handicap mental lourd; c’est un individu qui peut bénéficier de traitements et de suivis psychiatriques. Enfin le « dépressif » est perçu comme une personne extrêmement triste montrant une souffrance psychologique.

3.2. Les représentations sociales

3.2.1 Définition des représentations

Selon le sens étymologique du mot, représentation vient du latin « *repraesentatio* » qui est défini par le fait de mettre devant, de placer quelque chose sous les yeux de quelqu’un. Ce mot, associé à « sociale », fait directement le lien avec la société. Selon Pierre Mannoni, les représentations sociales se définissent comme *« des schèmes cognitifs élaborés et partagés par un groupe qui permettent à ses membres de penser, de se représenter le monde environnant, d’orienter et d’organiser les comportements »* (Mannoni, 2016, p.4). Nos représentations sociales sont des idées toutes faites que nous créons au cours de notre vie auprès de nos proches, de la religion, mais aussi de la société. Au fur et à mesure du temps, elles sont construites puis partagées à travers la société, puis finissent par être normalisées et adoptées. C’est donc pour cela que l’on dit qu’elles sont collectives et non pas individuelles.

Ces représentations permettent alors d'harmoniser les pensées en créant une définition, qui peut être plus « simple » à comprendre, commune à tous les individus. Ainsi, elles sont alors ancrées dans la société malgré nous et continuent de se transmettre dans les cultures inconsciemment. Par exemple, une personne très triste peut être qualifiée de « dépressive » ou encore un psychotique comme quelqu'un de « fou ». En effet, on peut rencontrer énormément de représentations comme celle-ci chez les personnes souffrant de troubles psychiques. Ces représentations sont constamment renforcées par nos interactions quotidiennes et par une dynamique de groupes sociales qu'il peut avéré difficile de faire évoluer, voire même de changer complètement. La dynamique de groupe constitue alors l'ensemble des relations qui s'établissent entre les personnes au sein d'un groupe. Les diverses opinions des différentes personnes appartenant au même groupe favorisent les changements d'attitude face à un patient et, par conséquent, engendrent des changements de comportements. Malgré le fait que chaque personne ait sa propre opinion, sa façon de penser, ses valeurs et sa propre personnalité, l'influence du groupe sera toujours présente. Nous pouvons retrouver ces différentes notions chez Denise Jodelet qui définit les représentations comme « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* ». (Jodelet, 2003, p.53) En effet, nous pouvons retrouver cette notion de sens commun et de pensées collectives qui mènent à la construction de généralités dans la société. Denise Jodelet désigne les représentations de « *savoirs naïfs* » (Jodelet, 2003, p.53), ce qui signifie que ce ne sont pas des savoirs définis scientifiquement, mais plutôt des savoirs ou des connaissances intuitives issus de nos observations sur le monde, de nos interactions sociales ou encore par le biais des médias. Jean-Yves Giordana rejoint cette idée de pensées collectives en définissant les représentations sociales comme « *des élaborations groupales, des produits de la pensée qui reflètent à un moment donné, le point de vue prévalent d'un groupe, d'une communauté* ». (Giordana, 2010, p.8) Il met ainsi en avant la construction groupale des représentations sociales qui représentent des points de vue qui sont majoritairement partagés par l'ensemble d'un groupe. Ainsi, créer des généralités, qui nous paraissent dans l'instant présent des vérités absolues, est une manière d'élaborer des normes sociales et de conditionner la pensée des individus. Cependant, nous avons vu précédemment que ces vérités peuvent évoluer en fonction du

groupe, de la société et des cultures. Ainsi, les représentations sociales influencent notre manière de voir les choses, aboutissant à la création de stéréotypes et de préjugés. De plus, elles ont des répercussions sur nos comportements et attitudes envers des catégories d'individus que nous avons formées. Notamment chez les personnes atteintes de troubles psychiques, ces représentations sont très souvent négatives. Ainsi, nos comportements sont le reflet de nos croyances et de ces représentations. Jean-Yves Giordana, évoque trois types de représentations concernant les malades psychiques. En effet, selon lui, on retrouve partout les notions de dangerosité et de violence, ensuite le caractère « hors normes » de l'individu, puis enfin celle d'une personne ayant un regard infantile sur le monde. Ainsi, chacune de ces représentations amène à des comportements différents comme par exemple la peur, la crainte, l'exclusion sociale.

3.2.2 La norme

Le sens étymologique du mot norme vient du latin « *norma* » qui signifie équerre qui est couramment employé lorsque l'on parle de règles de conduite à suivre ou de ce qui est habituellement répandu. En ce sens, les normes ne sont pas quelque chose de modifiable. Cependant, Georges Canguilhem, célèbre philosophe, s'interroge sur ce concept de norme. Peut-on parler de pathologie ou de maladie seulement par un dérèglement de normes ? Il est vrai, que dans la société, les normes sont des règles, des comportements et des attitudes attendus par les individus qui permettent de maintenir l'ordre et la vie en société. Elles varient en fonction des époques, des sociétés, des cultures et jouent un rôle très important dans la structuration des relations sociales. En effet, il suffit qu'un individu ne les respecte pas pour qu'il soit considéré de « hors norme ». Par exemple, une personne atteinte de schizophrénie peut être caractérisée de « hors norme » de par sa perte de contact avec la réalité et ses délires qui peuvent effrayer les individus. L'ensemble de ses symptômes est complètement différents des attentes sociales, ce qui peut entraîner des difficultés d'acceptation de ces personnes et le squalifier de « hors norme ». Cependant, selon Canguilhem, la norme ne se définit pas seulement par des moyennes quantitatives mais aussi par un aspect qualitatif du mode de vie d'un individu. L'individu se caractérise par sa propre normativité, c'est-à-dire par la capacité

à créer ses propres normes, celles qui font de lui un individu unique. De ce fait, la norme n'est donc pas quelque chose de figé dans le temps; au contraire, elle se construit selon les individus et est en constante évolution grâce aux interactions sociales et culturelles. Selon Canguilhem, « *le pathologique n'est pas absence de norme mais il réduit à une norme unique de vie* », ce qui sous-entend que l'individu apprend à développer une autre norme, celle qui lui permet de vivre agréablement même si elle ne rentre pas dans les normes sociales. Ce mode de vie sera toujours plus ou moins différent d'une personne en bonne santé, mais lui permettra tout de même de vivre avec sa pathologie. Selon lui, la norme est donc subjective, individuelle mais aussi dynamique.

3.2.3 La stigmatisation : stéréotypes, préjugés et discrimination

La stigmatisation tient son étymologie du Grec ancien « *stigma* », faisant référence à une marque corporelle qui était infligée à certains individus afin de dénoncer leur statut. Cette marque, appelée ensuite « *stigmat* », pouvait avoir différentes formes et permettait une identification des individus : la brûlure au fer pour marquer les prisonniers et les esclaves, des scarifications, des tatouages, des cicatrices de maladie (lèpre, variole). Quelque que soit la marque physique, elle était symbole de honte et dégradation vis-à-vis de la société. Erving Goffman définit le stigmat comme un mot permettant de « *désigner un attribut qui jette un discrédit profond* » (Goffman, 1975 p.13) Ainsi, le stigmat est là pour entraîner une dévalorisation profonde de l'individu dans la société. Discrediter une personne, c'est lui enlever de sa valeur aux yeux des personnes, mais aussi selon elle-même. Le stigmat va donc modifier la vision que l'on a de l'individu, il affecte ses interactions sociales et le réduit la plupart du temps à cet attribut qui le dévalorise. Selon E. Goffman, il existe trois types de stigmates : ceux qui atteignent le physique, qu'il appelle « *les monstruosité du corps* » (Goffman, 1975, p.14), les « *tares de caractères* » où il regroupe par exemple les drogués, les homosexuels, les alcooliques, puis enfin « *les stigmates tribaux* » (Goffman, 1975 p.14) où l'on retrouve les races, les nationalités, les religions. Selon lui, le stigmat est là pour faire une distinction entre les « gens normaux » et tous les autres, créer une séparation entre les individus respectant les normes créées par la société elle-même et ceux qui ne

rentrent pas dans ces normes sociales. Ces stigmates, qualifiés aussi d'attributs, sont alors un frein à leur intégration dans la société. C'est alors grâce à ce concept de stigmatisme d'Erving Goffman, que l'on peut parler de stigmatisation. Toutes personnes ne respectant pas ces normes sont alors vues comme « anormales » ou bien « déviantes » et sont susceptibles de subir de la stigmatisation et de la discrimination. Quelle différence fait-on entre stigmatisation et discrimination ? Ce processus de stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques est majoré par les stéréotypes et les préjugés créés par la société elle-même. Pierre Mannoni décrit les stéréotypes et les préjugés comme des produits de la pensée « *qui se présentent comme des élaborations groupales qui reflètent, à un moment donné, le point de vue prévalent dans un groupe relativement à certains sujets* » (Mannoni, 2016, p.20). Le stéréotype est un concept défini par le journaliste américain Walter Lippmann qui le décrit comme « *des images dans nos têtes* », [...] *qui fonctionneraient comme des filtres entre la réalité objective et l'idée que l'on s'en fait* » (Légal & Delouvé, 2008, p.11) avec plusieurs caractéristiques.

En effet, selon lui, les stéréotypes sont des idées rigides partagées par la société, des généralisations excessives fausses et mal fondées. En d'autres termes, les stéréotypes sont des représentations mentales partagées socialement qui influencent notre vision de la réalité. Le plus souvent, ces idées ne sont pas représentatives de tous les individus d'un groupe et sont pour la plupart erronées et s'éloignent de la réalité. Nous pouvons mettre en relation la notion de stéréotype avec celle de préjugé. Le préjugé est défini comme « *un jugement a priori, une opinion préconçue relative à un groupe de personnes données ou à une catégorie sociale* » (Légal & Delouvé, 2008 p.13). Pierre Mannoni les décrit comme « *comme des clichés mentaux stables, constants et peu susceptibles de modification. Ils sont constitutifs de l'opinion du groupe* » (Mannoni, 2016, p.22). A la différence des stéréotypes, les préjugés sont des opinions préétablies, le plus souvent négatives, concernant une groupe de personnes sans même avoir eu l'expérience nécessaire pour émettre un jugement. Le stéréotype que partage la société en tant que croyance généralisée et inchangée à travers le temps, est alors un moyen de construire un préjugé. La relation qu'il existe entre stéréotypes et préjugés a alors un impact important dans notre société et donc dans nos comportements envers les catégories de personnes ciblées. Celle-ci joue un rôle dans la formation de comportements stigmatisants

et discriminatoires et ainsi d'inégalités sociales. En effet, nous avons tous des stéréotypes et préjugés préétablis, souvent amplifiés par les médias, les réseaux sociaux ou encore par nos interactions sociales, majorant ainsi ce processus de discrimination. Comme par exemple, la maladie mentale, souvent associée à des sentiments de peur, de crainte et à des actes de violence, ceci conduisant à la stigmatisation des individus dont la santé mentale est atteinte. C'est pourquoi, le personnel soignant, malgré la formation dont il a pu bénéficier, est également confronté à ces généralisations et peut avoir certaines appréhensions lors de la prise en charge s'il n'est pas habitué à rencontrer des patients atteints de troubles psychiques et mettre à mal la mise en place de la relation soignant soigné.

Jean-Baptiste Légal et Sylvain Delouvé mettent en relation les concepts de préjugés et de stéréotypes avec celui de la discrimination. En effet, ils définissent la discrimination comme « *un comportement négatif non justifiable produit à l'encontre des membres d'un groupe donné* ». (Légal & Delouvé, 2008, p.9) Jean-Yves Giordana ajoute à cette définition que c'est une « *distinction injuste dans la façon de traiter différentes catégories de personnes* » (Giordana, 2019 p.34). Nous pouvons retrouver à travers ces deux définitions, la notion d'injustice que subissent ces groupes d'individus. Le processus de discrimination n'est donc pas une attitude individuelle, propre à chaque personne, mais plutôt collective. Elle est menée par nos interactions sociales, la dynamique d'un groupe et est fondée sur les stéréotypes et les préjugés préexistants. Ces trois notions sont donc interdépendantes entre elles et ne cessent de se renforcer mutuellement. Ainsi, dans le domaine de la santé, les attitudes discriminatoires peuvent impacter la relation soignant soigné.

3.3. La relation soignant soigné

3.3.1 Définition de la relation soignant soigné

Une relation, se définit selon Alain Rey au sens général, comme « *un rapport réciproque quelconque entre deux êtres ou deux choses* » (p. 3010). Dans un contexte de prise en charge d'un patient et de soins, il existe différents types de relations selon Margot Phaneuf. La relation de civilité, qui se définit comme des échanges banals que nous avons avec les

patients, ceci impliquant les règles de politesses, de courtoisies et de gentillesse. Celle-ci n'a pas pour but de créer un lien avec son interlocuteur, mais plutôt de respecter les codes sociaux et de faciliter la relation humaine.

La relation fonctionnelle, appelée aussi relation consommatoire, est une relation centrée vers le patient. En effet, l'attention de l'infirmière est tournée vers le patient qui lui fait part de son état et de ses besoins. Cette relation n'est donc pas vraiment un échange entre deux personnes, mais a pour but de recueillir des informations et est basée sur une écoute active du patient. La relation de confiance, qui est selon moi une des relations fondamentales dans le soin. Elle s'installe progressivement et permet de mettre en place un environnement sécurisant pour le patient où il se sent soutenu, écouté et pris en considération. Cette relation s'appuie sur de nombreux éléments tels qu'une bonne communication, du respect et de l'empathie.

Enfin, Margot Phaneuf décrit une dernière relation qui est la relation d'aide, qualifiée de soin relationnel. Celle-ci apporte bien plus que les autres relations. Elle permet d'apporter au patient du soutien émotionnel, de l'accompagner dans les épreuves qu'il traverse. Tout ceci passant par le langage verbal ou non verbal, l'écoute active, l'empathie. Elle encourage le patient à aller mieux. C'est à partir du moment où la relation de confiance est installée que cette relation d'aide vient par la suite.

Afin de garantir une meilleure efficacité des soins et de prise en charge, ces quatre types de relations sont importantes. Elles sont en interdépendance les unes avec les autres. En effet, cette relation soignant soigné ne se définit pas seulement par les soins techniques que nous apportons aux patients et la prise en charge de l'aspect clinique et biologique de leur maladie. Alexandre Manoukian et Anne Masseboeuf, placent les échanges au cœur de la relation soignant soigné. En effet, nous relevons dans leur ouvrage: « *Entre patients et soignants s'échangent des paroles, des sourires, des regards, mais aussi des grimaces, des froncements de sourcils, des exclamations, voire des cris.* » (Manoukian & Masseboeuf, p.4). Cet extrait souligne l'importance de la communication non verbale qui est un indicateur émotionnel pouvant enrichir la relation qui ne se limite pas seulement à des mots. En effet, les mimiques faciales transmettent des messages permettant de mieux comprendre les besoins, les peurs, les angoisses et les souffrances des patients. Les deux auteurs parlent d'une certaine labilité

relationnelle, ce qui se traduit par une capacité des soignants à interpréter et à traduire ces signaux qui peuvent parfois être très subtils. En effet, il ne suffit pas d'entrer en interaction avec le patient pour être en relation. Fischer met en lumière cette différence en disant: « *La notion d'interaction suppose une mise en présence concrète de deux personnes qui vont développer entre elles une succession d'échanges ; la notion de relation est plus abstraite et désigne une dimension de la sociabilité humaine... elle révèle des facteurs cognitifs et émotionnels à l'œuvre* » (Monique Formanier, p.34) Être en interaction avec une personne passe seulement par des échanges immédiats et concrets. Or, la relation va bien au-delà de simples échanges; elle a une valeur plus durable dans le temps et est bien plus complexe à installer. La relation est alors influencée par des éléments émotionnels, personnels, sociaux, des attitudes adoptées et est aussi temporelle. Cependant, tous ces nombreux facteurs qui entrent en jeu dans l'élaboration de cette relation, en font toute sa complexité. En effet, certains d'entre eux tels que des facteurs sociaux comme l'âge, l'histoire de vie personnelle ou encore des facteurs psychologiques tels que les représentations sociales, les préjugés ou bien les stéréotypes peuvent mettre en difficulté la création d'une véritable relation soignant soigné.

3.3.2 La relation d'aide

Alexandre Manoukian et Anne Masseboeuf définissent la relation d'aide comme « *un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle. Elle est fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et soigné.* » (p.53). Ces deux auteurs s'appuient sur les travaux de Carl Rogers, psychologue humaniste américain, connu pour avoir fondé les bases de la relation d'aide comme un outil thérapeutique. En effet, selon Carl Rogers, la relation d'aide se définit comme « *une relation dans laquelle la chaleur de l'acceptation et l'absence de toute contrainte ou de toute pression personnelle de la part de l'aidant permette à la personne aidée d'exprimer au maximum ses sentiments, ses attitudes et ses problèmes* » (Carl Rogers p.113). Il met en avant une approche centrée sur la personne qui s'appuie sur plusieurs points principaux.

La considération positive, appelée aussi « *l'acceptation inconditionnelle* » (Margot Phaneuf, p.184) de l'autre pour lui permettre de pouvoir s'exprimer librement en toute confiance. C'est aussi accepter la personne telle qu'elle est, en prenant en compte son histoire de vie, tout ceci sans aucun jugement. En mettant en place un environnement sans jugement, le patient peut nous parler librement sans craindre d'être jugé ou incompris, il peut exprimer ses émotions et les difficultés qu'il rencontre. Malgré les difficultés que nous pouvons rencontrer, les patients que nous avons à prendre en charge avec parfois des maladies difficiles à gérer, il est de notre devoir déontologique d'apporter de l'aide à tous les patients et ceci de façon égale. Un autre point principal de l'approche centrée sur la personne est l'authenticité, c'est-à-dire être en accord avec soi-même, ne pas jouer un rôle ou essayer de dissimuler ses pensées ou émotions et être en interactions sincères avec le patient. Ainsi, Margot Phaneuf définit l'authenticité comme « *une manière de demeurer simple, d'être vous-même au cours de vos contacts avec les clients, instaurant un climat de confiance* » (Margot Phaneuf, p.197) Elle reflète la spontanéité et la sincérité du soignant. En créant ce climat d'échange honnête entre l'aidant et la personne aidée, ceci favorisera la mise en place d'une relation de confiance. Être authentique avec nos patients, c'est être capable d'exprimer notre opinion ou nos sentiments à son égard n'ayant pas pour but d'apporter une critique à ses comportements ou à son histoire personnelle. En effet, adopter un comportement authentique est seulement à but thérapeutique, ceci menant à une remise en question, une prise de conscience de la réalité chez la personne que l'on aide. Cette notion d'authenticité va de paire avec la notion de congruence, qui se définit comme « *la manière d'être qui manifeste une consistance entre ce que vous ressentez, ce que vous pensez et ce que vous dites et faites, entre votre comportement verbal et votre comportement non verbal* » (Margot Phaneuf, p.200). Ceci met en lumière la coordination entre nos pensées, nos émotions et nos comportements qu'ils soient verbaux ou non verbaux pouvant ainsi créer un climat de confiance dans la relation. Puis nous avons enfin, l'empathie qui est définie comme « *un sentiment profond de compréhension qui vous porte à saisir la difficulté du client, comme il la vit réellement et comme si vous la viviez, dans le but de lui apporter le réconfort dont il a besoin* » (Margot Phaneuf, p.190) Carl Rogers et Margot Phaneuf, insistent sur le terme de « comme si » ce qui met en avant la capacité du soignant à se mettre à la place du patient, à pouvoir se représenter ce qu'il ressent, à être

sensible à ses valeurs et ses émotions tout cela sans pour autant s'oublier soi-même. C'est alors dans cette relation d'aide que l'on cherche à comprendre ce que vit le patient en s'intéressant à sa vie, à ses besoins et ses envies. Ce sentiment d'empathie peut se manifester de diverses manières, par la reformulation ou bien la paraphrase, mais aussi de manière non verbale. En effet le non verbale est tout aussi important que le verbal. Il peut passer par un regard, une expression faciale ou encore un toucher sur la main ou bien sur l'épaule, par exemple. En tant qu'aidant, nous amenons le patient à chercher des solutions par lui-même et à en prendre conscience. C'est en adoptant cette posture attentive, cette écoute active que l'on peut mettre en place cette relation d'aide. Nous pouvons donc dire que c'est en combinant l'écoute active et la notion d'empathie, que l'on crée un environnement sécurisant et de confiance pour le patient. Prendre le temps d'écouter les patients ne signifie pas seulement les entendre parler. Il s'agit de se rendre disponible pour eux, de prendre le temps de comprendre ce que le patient essaie de nous transmettre et d'être capable de ressentir ce qu'il ressent. Selon Manoukian il existe plusieurs manifestations de l'écoute telles que la reformulation qui permet parfois de questionner le patient sur ses émotions, le respect des silences qui sont importants pour favoriser la réflexion du patient où il peut réfléchir sur ses prochaines interrogations et ses émotions mais il permet aussi de renforcer l'écoute active. En effet, il peut être parfois difficile d'apporter des réponses à certaines questions, soit parce qu'elles nous mettent mal à l'aise ou encore parce que nous n'avons aucune réponse à leur donner. Ce pourquoi, ne rien dire est déjà une réponse en tant que telle. C'est par ce silence que nous respectons l'espace émotionnel du patient et gagnons peu à peu sa confiance.

Cependant, cette relation d'aide connaît certaines limites. En effet, elle peut ne pas être souvent égale en fonction des patients ou en fonction des services d'hospitalisation où la durée de séjour peut être plus ou moins longue. Dans un service de plus longue durée, comme par exemple des services de rééducation ou même en psychiatrie, les soignants auront plus de chance de se rendre disponibles et de prendre le temps avec chaque patient. Or, dans un service de courte durée, où l'afflux de patients est permanent, où des urgences ou des collègues peuvent compromettre notre organisation, il peut s'avérer difficile d'accorder notre temps à parts égales pour tous les patients.

3.3.3 Prendre soin : le *Care*

Le *Care* et le *Cure* sont deux notions essentielles qui se complètent afin d'offrir aux patients des soins de qualité. Le sens étymologique du mot *Care* vient du latin « *caru, cearu* » qui signifie soin, souffrance, douleur et chagrin, mais dérive aussi de « *curare* » qui veut dire en anglais *to care for, take care for* traduit par prendre soin de, s'occuper de en français. Dans le domaine des soins infirmiers, *to care* est le fait de « *prendre soin de, avoir le soin de, le souci de* ». Le *Cure* vient de la même étymologie, mais repose sur l'aspect curatif et médical du soin, comme par exemple les traitements, les actes techniques. Il vise à soulager, guérir les symptômes d'une pathologie. Tandis que le *Care* se concentre sur la globalité de l'individu, c'est-à-dire sur l'aspect relationnel et humain du soin. Il inclut son bien-être physique et psychique. Joan Tronto décrit 4 phases du *Care* : le *caring about* qui est le fait de se soucier de quelqu'un, le *caring for* qui est le fait de prendre soin d'une personne, le *care giving* qui se définit par le fait de soigner quelqu'un et le *caring receiving* qui est celui qui reçoit les soins. Le *Care* souligne alors l'importance de la prise en considération de l'individu pour une meilleure qualité de soin centrée sur la personne. En effet, le soin ne se résume donc pas à des gestes techniques, mais a aussi une part de relationnel. En effet, Frédéric Worms décrit le *Care* et le *Cure* comme deux concepts de soin liés entre eux par la relation avec l'individu, la reconnaissance de l'autre et la communication qui est au coeur de la relation et qui est une façon de faire du lien avec les individus. Tout comme Joan Tronto, Worms prône la dimension éthique et humaine du soin et non pas seulement la technique ou les résultats biologiques. En effet, cette dimension éthique fait référence à certains aspects dans la pratique médicale tel que le respect de la dignité, de l'autonomie de la personne mais aussi de ses croyances et valeurs personnelles. Or la dimension humaine rappelle que même au-delà de la pathologie, on soigne une personne et non pas seulement des symptômes. Cela implique une prise en charge de la personne dans sa globalité en prenant en compte son ressenti, son vécu et ses émotions. Chaque patient a une prise en charge singulière, d'une part parce que chaque personne est différente, avec chacune une histoire de vie plus ou moins difficile, et puis d'autre part les soignants, que ce soit les médecins, les infirmiers ou encore les aides-soignants, nous avons tous une personnalité distincte. Ce qui fait qu'un même soignant ne

pourra pas prendre en charge tous les patients de la même manière. Considérer le patient seulement par sa maladie, être focalisé sur les données biologiques et les symptômes peut nous amener à négliger la dimension humaine et relationnelle du soin. Worms illustre cette notion d'alliance entre l'aspect relation du soin et son aspect technique et médical en disant « *« Prendre soin », c'est à la fois se relier les uns aux autres, de manière individuelle, expressive, globale, et s'absorber dans le détail minutieux de la chose même, avec le dévouement technique mis à la préserver de la dégradation* ». (Frédéric Worms, 2006)

4. ENQUÊTE EXPLORATOIRE

4.1. Méthodologie

4.1.1 Outils envisagés

Afin de mener à bien cette enquête, la méthode choisie est la méthode de recherche clinique qualitative. En effet, d'après Boissart (2013), cette recherche produit et analyse des données descriptives telles que les récits ou encore le comportement observé des personnes enquêtées. Cette méthode se dirige principalement sur l'individu questionné et sa spécificité en lien avec sa propre expérience. Celle-ci m'a permis de faire un parallèle entre les notions issues des lectures de mon cadre de référence et les pratiques professionnelles que l'on peut observer sur le terrain. Lors de cette enquête, il me semble plus pertinent d'opter pour des entretiens semi-directifs où les soignants pourront exprimer librement leurs pensées, leurs expériences, leurs points de vue et leurs pratiques professionnelles. Un entretien semi-directif se définit par « *une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives* » (Imbert, 2010).

Le discours était axé sur des thèmes et des questions ouvertes préalablement définis dans un guide d'entretien. Cependant, l'entretien semi-directif offre à l'enquête une certaine flexibilité quant à l'ordre des questions, me permettant ainsi de poser, si nécessaire, des questions complémentaires afin de clarifier ou d'approfondir certaines réponses. L'entretien est structuré par un guide d'entretien avec des questions ouvertes où différents thèmes seront proposés.

Enfin, dans le but de garantir une richesse maximale des réponses et d'assurer une liberté d'expression des personnes interrogées, l'anonymisation de la retranscription de l'entretien a été précisée.

4.1.2 Population choisie

Au vu du sujet que j'ai choisi d'aborder, j'ai décidé d'effectuer mes entretiens en centre hospitalier, où j'ai interrogé des Infirmiers Diplômés d'État (IDE) en service de soins somatiques. Pour les entretiens, j'ai souhaitais interroger des soignants de plusieurs tranches d'âge avec plus ou moins d'expérience afin d'étudier si les représentations sociales peuvent être influencées par l'âge et le niveau d'expérience. Cette diversité de professionnels m'a permis de recueillir différents points de vue.

4.1.3 Lieu d'investigation

Lors de mon enquête, j'ai interrogé des infirmiers travaillant dans des services différents, mais en restant dans le soin somatique étant donné ma question de départ.

Les services que j'ai choisis sont :

- Les urgences : les urgences sont un service avec une très grande affluence de patients où les soignants sont en première ligne pour accueillir les patients. Le personnel soignant doit avoir une grande capacité d'adaptation concernant tout type de situation, de pathologie et d'histoire de vie.
- Un service de médecine infectieuse : dans ces services, la durée d'hospitalisation des patients est entre sept et dix jours, ce qui donne le temps d'instaurer cette relation de soins, au contraire des urgences. Ce sont des services assez polyvalents en termes de maladie selon moi, ce qui veut dire que les soignants ont pu être confrontés à des patients atteints de maladie mentale. Je pourrais alors en apprendre plus sur leur capacité à être confrontés à une maladie aiguë tout en prenant en compte leur maladie chronique.
- Un service d'endocrinologie : selon moi, il est intéressant dans ce service de voir comment les soignants parviennent à établir cette relation notamment avec des patients récemment

diagnostiqué de diabète. En effet, la prise en charge est particulière en ce qui concerne l'explication de la maladie chronique, mais aussi qu'elles aident les patients à comprendre qu'ils devront dès à présent apprendre à vivre avec leur maladie, ceci impliquant une gestion de la maladie au quotidien (alimentation, surveillance de la glycémie...etc).

- Un service de chirurgie thoracique et vasculaire : il est pertinent de voir comment cette relation de soins est mise en place malgré les troubles mentaux dans un contexte de soins chirurgicaux. En effet, c'est un service de courte durée, où la maladie mentale peut être affectée en termes de communication, de gestion de la douleur, de gestion de l'agressivité et d'anxiété chez les patients.

4.2. Réalisation de l'enquête

Afin de pouvoir mener mes différents entretiens, j'ai envoyé une lettre de demande d'autorisation à l'attention de la direction des soins d'un centre hospitalier (Cf. Annexe I). Un des premiers problèmes que j'ai pu rencontrer est particulièrement l'attente qui a duré quelques semaines avant d'obtenir une réponse favorable (Cf. Annexe II). J'ai ensuite contacté les cadres des différents services dans le but de fixer un rendez-vous. Pour la majorité des services, je n'ai pas rencontré de difficultés particulières et les différents rendez-vous m'ont été donnés assez rapidement.

Cependant, lorsque j'ai contacté la cadre d'un service de chirurgie, qui est celle où j'ai mis le plus de temps à la contacter, au vu de mon sujet de mémoire, elle m'annonce qu'il n'est pas très pertinent d'effectuer des entretiens dans son service, car l'équipe n'était que très rarement confrontée à des patients atteints de troubles psychiques. On peut alors supposer qu'il y a des difficultés de prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques. En effet, les symptômes de leur pathologie, tels que les idées délirantes, l'anxiété, les troubles cognitifs, peuvent compliquer l'entrée au bloc opératoire. Elle m'a donc réorienté vers d'autres services plus pertinents : la gastro-entérologie et la traumatologie. J'ai alors renvoyé des demandes d'autorisation d'entretien que j'ai reçu assez rapidement (Cf. Annexe III et IV).

J'ai effectué la plupart de mes entretiens le samedi, étant donné que j'étais en stage toute la semaine avec des horaires de journées. Selon les cadres de service, il était plus « pratique » selon elle de venir le week-end, car la charge de travail était moins importante pour ses équipes.

Avant chacun de mes entretiens, j'ai pris le temps de me présenter et d'annoncer mon sujet de mémoire afin de pouvoir installer un climat de confiance. J'ai par la suite précisé que l'enregistrement serait bien sûr anonyme. Lors de la retranscription de mes entretiens, j'ai fait le choix de conserver leur prénom.

Pour mon tout premier entretien, je me suis rendu aux urgences adultes, je me suis présenté au bureau des entrées, qui m'a redirigé vers le poste de soin où j'ai pu me présenter aux différentes personnes présentes. Une des infirmières m'a gentiment proposé de me présenter le service en attendant l'arrivée de l'infirmière que je devais interroger. Une fois arrivés, nous nous sommes installés dans une pièce appelée « le salon des familles » où nous avons pu faire l'entretien sans interruption.

Mon deuxième entretien s'est déroulé en service de médecine infectieuse. Toute l'équipe était en pause méridienne. Je me suis présenté et leur ai expliqué le but de ma venue. Aucun des soignants ne semblait être au courant de ma venue au vu de leur réaction. Une jeune diplômée infirmière était présente, ce qui pouvait rendre l'entretien intéressant au vu de son expérience et de mes critères de population pour mon enquête exploratoire. Cependant, elle me dit ne pas vouloir « *par peur de ne pas savoir répondre à mes questions et de ne pas m'apporter d'informations* », je n'ai donc pas plus insisté. À première vue, personne ne voulait participer à l'entretien, mais finalement une personne finit par se « dévouer ». Nous nous sommes installés dans le poste de soin infirmier où nous avons été interrompu deux fois un petit moment par une aide soignante et un interne, ce qui a pu rompre le rythme de l'entretien. En effet, l'infirmière a été coupée dans sa réponse et ne se souvenait plus de la question lorsque l'on a repris. L'entretien n'a pas duré très longtemps, l'infirmière semblait assez pressée de retourner au repas.

Mon troisième entretien, s'est réalisé en service d'endocrinologie. Je me suis présenté aux infirmières qui étaient dans la salle de repos. Nous nous sommes installés dans le poste de

soins infirmier où nous n'avons pas été interrompu. Nous étions seules. L'infirmière semblait enthousiaste de participer à cet entretien, elle semblait légèrement stressée par les questions que j'allais lui poser.

Enfin, j'ai réalisé mon dernier entretien dans un service d'orthopédie-traumatologie. La cadre m'avait convoqué dans son service à 14h. Cependant, les infirmières étaient en formation pour une démonstration de nouveaux matériels. On m'a donc dit de revenir à 17h, ce qui ne m'a pas dérangé étant donné que j'étais dans l'hôpital. Lorsque j'y suis retourné, une jeune infirmière m'a accueilli. Elle avait été tenue au courant de mon arrivée. Nous nous sommes installées dans le poste infirmier où l'équipe était également présente. Durant tout l'entretien, des membres de l'équipe soignante faisaient des allers-retours dans la pièce. De plus, nous avons été interrompus à plusieurs reprises, ce qui a pu rompre le rythme de l'entretien. Nous entendions les sonnettes des chambres, puis les personnes dans le couloir étant donné que les portes étaient ouvertes.

4.3. Résultats de l'enquête

4.3.1 Synthèse des entretiens

Entretien N°1 : urgences avec Alexandra

Dans ce premier entretien, qui s'est déroulé dans un centre hospitalier (CH), j'ai pu interroger Alexandra qui travaille dans le CH depuis vingt-deux ans. Elle est infirmière aux urgences adultes depuis sept ans maintenant. Avant d'être infirmière, elle était aide-soignante dans ce même CH puis a décidé de suivre la formation en soins infirmiers. Cela fait maintenant dix ans qu'elle est infirmière. Alexandra a principalement travaillé aux urgences, mais également dans des services de médecine et sans vraiment intervenir en chirurgie. Comme je l'ai précisé précédemment, pour effectuer l'entretien, nous nous sommes installées dans une petite salle et Alexandra a prévenu l'équipe afin de ne pas être interrompu. Selon mes questions, Alexandra cherchait ses mots. Nous pouvons le remarquer grâce au nombre de « euh » et de silence. Elle semblait en difficulté lorsque j'ai demandé ce qu'était pour elle la maladie mentale, mais l'a défini comme synonyme de stigmatisation et de souffrance sociale. De plus, durant tout l'entretien, Alexandra a énormément insisté sur les difficultés organisationnelles qu'elle

pouvait rencontrer lorsque qu'elle était amenée à prendre en charge des personnes atteintes de troubles psychiques, sur le manque de connaissances des pathologies et sur le manque de moyens tels que des locaux non adaptés, pour une meilleure prise en charge. Elle évoque une relation soignant soigné assez fragile qui nécessite de prendre du temps avec le patient et de répondre à ses demandes. J'ai pu également remarqué dans cette entretien, qu'Alexandra semblait gênée de parler de ce qu'elle ressentait au niveau émotionnel. Cependant, nous pouvons remarquer une certaine frustration et une fatigue de faire face aux conflits et aux violences.

Entretien N°2 : médecine infectieuse avec Laure

Pour ce deuxième entretien, Laure, une infirmière diplômée depuis 2006, a accepté d'y participer. En effet, Laure a donc dix-neuf ans d'expérience professionnelle. Elle a tout d'abord travaillé treize ans en service de pneumologie et cela fait maintenant cinq ans dans le service actuel. Cet entretien a été très bref et nous avons été interrompus à deux reprises : une fois par une aide-soignante puis une deuxième fois pour une interne, ce qui a perturbé le rythme de l'entretien. En effet, Laure avait perdu le fil de son récit et j'ai dû répéter les questions. Nous pouvons remarquer de grands moments d'hésitation dans ses réponses, notamment par le nombre de « euh » mais aussi de soupirs en cours de phrase. Du fait de son expérience professionnelle, Laure a appris à ne pas se laisser influencer par son équipe afin de ne pas tomber dans le « stéréotype ». Elle évoque également les difficultés rencontrées dans le service telle que le manque de moyen et de temps, des structures non adaptées et des prises en charge qui peuvent parfois être anxiogènes selon les patients. Elle met en avant la relation soignant soigné pouvant à la fois être impactée par l'état psychique du patient, mais aussi par son propre état émotionnel (ex : la fatigue).

Entretien N°3 : endocrinologie avec Estelle

Dans ce troisième entretien, Estelle diplômée depuis neuf ans, a accepté de répondre à mes questions. Estelle a une expérience très variée. En effet, elle a travaillé en polychirurgie, en vasculaire, en hémodialyse, et cela fait cinq mois qu'elle est en endocrinologie. Nous nous

sommes installées dans le poste infirmier. Estelle semblait enthousiaste à l'idée de participer à l'entretien et prenait le temps de bien répondre à mes questions. Malgré la diversité des services où elle a pu travailler, elle exprime ses difficultés et ses méconnaissances sur la santé mentale. En effet, elle fait une distinction concrète entre les névroses et les psychoses qui vont, selon elle, impacter directement et différemment sa prise en charge. Elle évoque par la suite les difficultés qu'elle rencontre telles que l'agressivité des patients qui peut être difficile à maîtriser lorsque l'on ne connaît pas la pathologie, mais aussi le manque de connaissance de la psychiatrie qui mène à une certaine vulnérabilité professionnelle. Estelle met en avant une difficulté particulière : la double prise en charge. En effet, elle souligne la prise en charge somatique en plus de la prise en charge psychologique qui peut rendre l'évaluation de symptômes difficiles. Son expérience professionnelle fait qu'elle ne se laisse pas forcément influencer par les transmissions même si elle peut ressentir une certaine méfiance selon les patients. Pour une bonne relation soignant soigné, Estelle insiste sur le respect du vécu et de la perception de monde du patient qui peut être différente de la sienne, sur la connaissance du patient et de sa pathologie.

Entretien N°4 : orthopédie-traumatologie avec Maud

Pour ce dernier entretien, Maud, une infirmière du service, a accepté d'y participer. Maud est une jeune IDE diplômée en 2022. Elle est donc infirmière depuis trois ans maintenant et a fait ses études dans le nord de la France. Son parcours professionnel est alors moins long que les précédents. En effet, Maud a exercé deux ans dans un service de dialyse et cela fait maintenant un an qu'elle travaille dans le service actuel. Lors de cet entretien, nous nous sommes installés dans le poste infirmière où nous avons été interrompus de nombreuses fois par le personnel. À mon arrivée, elle a montré un réel enthousiasme à l'idée de participer à mon entretien et étaient très investie dans ses réponses. Hors entretien, elle s'est beaucoup intéressée à mon parcours et à mon projet professionnel à la suite du diplôme. Sa disponibilité, son implication et la richesse de ses réponses montrent un réel intérêt de compréhension de la santé mentale. Durant l'entretien, Maud met énormément en avant l'importance de la communication envers les patients, qu'ils soient atteints de troubles

psychiques ou pas. En effet, elle cherche à adapter de nouvelles formes de stratégies de communication afin de mettre en place cette relation soignant soigné qu'elle définit aussi de fragile. Malgré sa jeune expérience professionnelle, elle évoque des pratiques dans le non-jugement de la santé mentale et ne se laisse pas influencer par la dynamique de l'équipe. De même, elle met en avant l'aspect « solidaire » de l'équipe à faire face à ces patients. Cependant, elle souligne la séparation distincte entre la prise en charge somatique et la prise en charge psychiatrique. Elle dénonce le manque de considération des troubles psychiatriques mais aussi le manque de moyen et de personnel afin de mieux les prendre en charge.

4.3.2 Analyse des entretiens

Pour résumer, les infirmières interrogées durant ces entretiens décrivent la maladie mentale comme une pathologie chronique, souvent synonyme de stigmatisation, d'exclusion sociale, mais aussi de détresse psychique. Concernant les difficultés qu'elles rencontrent lors d'une prise en charge, nous retrouvons le manque de communication avec les patients qui les contraint à adopter des stratégies d'adaptation afin d'apporter les soins nécessaires, les comportements dits « dérangeants » comme les cris ou les agitations. Malgré le fait qu'elles évoquent un comportement empathique envers ces patients, on retrouve également une forme de lassitude et d'épuisement émotionnel. On ne retrouve pas de stigmatisation directe au sein des équipes, mais cependant une grande méfiance des patients qu'elles considèrent comme psychiatriques. La relation soignant soigné est décrite comme longue, voire inexistante, mais aussi très fragile. Elles ont pour habitude de se donner des conseils afin de favoriser la mise en place de ce lien thérapeutique et ainsi faciliter les soins, ce qui est représentatif d'un esprit d'équipe. Toutes dénoncent un manque de moyens avec une séparation brutale entre la psychiatrie et le somatique, un manque de psychiatres disponibles pour les patients, une non-continuité des soins, mais aussi un manque de reconnaissance de la santé mentale dans les services de soins généraux avec un délaissement des patients.

4.3.3 Analyse croisée

Au cours de mes quatre entretiens, plusieurs thèmes ont été mis en évidence. Nous commencerons cette analyse croisée autour du premier thème : les représentations de la maladie mentale des soignants dans les services de soins somatiques.

Nous pouvons voir à travers leurs définitions, que les infirmières ont des représentations propres à chacune de la maladie mentale. En effet, cette représentation peut être influencée par leur expérience et leur perception personnelle également. Alexandra la définit comme « *une maladie euh... difficilement compréhensible pour beaucoup [...] Euh...ce sont des pathologies qui sont généralement mmh prises en charge ici par l'équipe de psychiatrie* » (ANNEXE 6, p.VIII, L.19-25). On retrouve dans sa définition cette séparation entre le somatique et la psychiatrie, ainsi qu'une délégation de ces troubles à des professionnels spécialisés. De plus, elle la définit par les trois mots suivants : « *difficulté sociale, exclusion souvent et euh (silence) hors normes.* » (ANNEXE 6, p.VIII, L.29). Alexandra met alors en avant la complexité de ces troubles, pouvant être peu compréhensifs. On retrouve également la stigmatisation et l'exclusion sociale dont peuvent souffrir ces patients, qui sont les conséquences sociales de la maladie mentale. Le fait qu'elle parle du caractère « *hors normes* » renvoie à une forme de déviance vis-à-vis de la norme sociale. Cette notion renvoie à la pensée de Georges Canguilhem vue précédemment. En effet, selon Canguilhem « *la norme ne se définit pas seulement par des moyennes quantitatives, mais aussi par un aspect qualitatif du mode de vie d'un individu. L'individu se caractérise par sa propre normativité, c'est-à-dire par la capacité à créer ses propres normes, celles qui font de lui un individu unique* ». Or, en citant ce concept « *d'hors normes* », Alexandra souligne que la maladie se définit cliniquement, mais aussi par ce qui est « *normal* » aux yeux de la société. Laure définit la maladie mentale comme « *un dysfonctionnement au niveau mental qui amène à une souffrance de la personne* » (ANNEXE 7, p.XIII, L. 23-24). Elle parle de « *désordres... euh... souffrance du patient et une adaptation aussi du patient* » (ANNEXE 7, p.XIII, L.26-27) ceci impliquant à la fois une souffrance psychique du patient et une nécessité de trouver des outils d'adaptation à son environnement. Alexandra et Laure évoquent davantage dans leurs définitions les impacts sociaux et comportementaux de la maladie mentale. À

l'inverse, nous avons Estelle qui fait une distinction des troubles psychiques entre psychose et névrose en apportant une définition plus théorique de la maladie mentale. En effet, elle définit la maladie mentale comme « *soit ce qu'on appelle maladie psychotique, donc qui serait de la bipolarité, enfin tout ce qui touche [...] mais en gros tout ce qui touche vraiment, on va dire neuronal, et après maladie névrotique qui toucherait plus dépression, toc [...] déprime, tentative de suicide...* » (ANNEXE 8, XVII, L.18-22). Selon elle, les troubles psychotiques impliqueraient une altération de l'identité, alors que les troubles névrotiques un mal-être psychologique. Elle ajoute enfin : « *ça dépend, si c'est névrotique ou si c'est psychotique. Moi je les différencie vraiment, donc ça va être compliqué. Si c'est névrotique, je dirai mal-être émotionnel et qui peut être physique, et si c'est psychotique, je dirai c'est une projection à part du réel.* » (ANNEXE 8, XVII, L.25-28) Cette nette différenciation met en avant le regard qu'elle va avoir envers le patient, mais aussi les difficultés qu'elle peut rencontrer lors de la prise en charge. C'est donc grâce à la nature des troubles et des symptômes, qu'elle va adapter sa pratique infirmière. Puis, nous avons Maud, l'IDE la plus jeune diplômée, qui définit la maladie mentale comme « *une pathologie qui influence euh le patient tout au long de sa vie, euh qui va avoir des répercussions sur euh son état d'esprit, sur ses représentations, sur sur euh... son environnement, sur son quotidien et ça aura un impact sur sa vie et sur celle de ses proches.* » (ANNEXE 9, XXII, L.15-18). Maud met en lumière l'aspect chronique de la maladie et l'impact qu'elle peut avoir, non pas seulement sur le patient, mais aussi sur ses proches. De plus, elle associe la maladie mentale à différentes notions telles que la « *solitude. Je dirais mal-être.* » (ANNEXE 9, XXII, L.20-21), et le sentiment d'être « *incompris* » (ANNEXE 9, XXII, L.23) par la société. De part ces différentes définitions, nous pouvons voir que la maladie mentale reste un concept très flou et difficile à définir. En effet, l'OMS parle de « *trouble mental* » et le caractérise comme « *une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants* ». (p.7) On retrouve quelques similitudes entre l'OMS et les infirmières. En effet, tous abordent la souffrance émotionnelle du patient, la solitude ainsi que la détresse psychique. Claude-Olivier Doron insiste également sur la notion d'exclusion sociale conduisant ainsi à une stigmatisation. En effet, il parle de

« *dysfonctionnement, « une altération des rapports à l'autre » » (Doron. C-O, 2008, p.30) ce qui renforce les propos d'Alexandra et de Laura concernant l'exclusion sociale et l'incompréhension de la société face à la maladie mentale.*

Les infirmières interrogées évoquent dans un second thème la relation soignant soigné qui semble difficile à mettre en place avec les patients atteints de troubles mentaux, notamment lorsqu'ils sont en situation de crise. Cette relation, qui est pourtant essentielle dans une prise en charge, semble difficilement accessible. En effet, Laure dit: « *Bah des fois, t'y arrive pas, tout simplement* » (ANNEXE 7, XV, L.87) puis Maud ajoute que « *parfois tu arrives, parfois tu arrives pas* » (ANNEXE 9, XXV L.118). Ceci souligne la variabilité des échanges qu'elles ont avec ces patients, mais aussi la difficulté qu'elles peuvent rencontrer dans ce contexte de souffrance psychique. Chacune d'entre elles souligne le fait que ces relations demandent énormément de patience et de temps à leur accorder. Estelle dit « *au fur et à mesure, j'ai envie de dire, petit à petit, à force de parler avec eux* » (ANNEXE 8, XIX, L.83). Ceci implique alors un investissement personnel avec une présence constante et bienveillante auprès des patients, cette relation ne doit en aucun cas être précipitée. Alexandra rejoint cette idée en disant qu'il faut « *essayer de comprendre la personne, essayer de l'aider au mieux et essayer de répondre à ses besoins* » (ANNEXE 6, X, L.80-81). Alexandra comme Estelle mettent en lumière l'importance de l'écoute dans la relation. En effet, la communication et l'écoute active sont deux notions importantes que chacune évoque plus ou moins dans leur discours. Maud prône une communication basée sur la simplicité et l'honnêteté. En effet, elle dit qu'elle « *essaie de jamais leur mentir* » (ANNEXE 9, XXV, L.121), « *essayer d'être le plus franche possible en utilisant des mots simples pour eux qu'il y ait cette relation de confiance* » (ANNEXE 9, XXV-XXVI, L.125-126). Nous retrouvons ces concepts à travers la pensée d'Alexandre Manoukian et d'Anne Masseboeuf, qui placent les échanges au coeur de la relation soignant soigné. (p.17) en soulignant également l'importance de l'authenticité dans la relation: « *l'authenticité, c'est à dire être en accord avec sois même, ne pas jouer un rôle ou essayer de dissimuler ses pensées ou émotions et être en interactions sincères avec le patient* » (p.19). Ceci permettant ainsi de renforcer la confiance avec le patient, de réduire son anxiété et de plus ou moins calmer les situations de crises. Ainsi, chacune utilise des techniques d'adaptation pour mener au mieux ses soins. Alexandra « *essaye d'instaurer ça dès*

l'accueil » (ANNEXE 6, X, L.90) ce qui met en avant l'importance de la première impression. À son tour, Maud apporte une grande importance à la communication avec les patients. Elle cherche à créer un lien avec eux. En effet, elle dit qu'elle « *va rigoler sur quelque chose, ça va permettre de créer un petit lien même si ce sera toujours superficiel.* » (ANNEXE 9, XXVI, L.136-137). Ce discours rejoint la réflexion d'Alexandre Manoukian et d'Anne Masseboeuf qui rappellent que « *le soin ne se résume donc pas à des gestes techniques mais a aussi une part de relationnel* » (p.21). Toutefois, cette relation va bien plus loin encore, « *la relation va bien au-delà que de simples échanges, elle a une valeur plus durable dans le temps et est bien plus complexe à installer. La relation est alors influencée par des éléments émotionnels, personnels, sociaux, des attitudes adoptées et est aussi temporelle* » (p.18). Ceci souligne l'engagement permanent des soignants envers les patients, mais également cette capacité d'adaptation constante face à toute situation. Bien que toutes reconnaissent l'importance d'adopter une attitude empathique, compréhensive et bienveillante, il s'avère que parfois cette relation peut être mise à l'épreuve dans la pratique quotidienne, en particulier dans les services de soins somatiques. En effet, cette patience requise est parfois difficile à garder tout au long de la journée selon elles, notamment due à la charge de travail ou encore aux imprévus. Laure dit: « *des fois ça va me saouler, parce que... (souponne) ils veulent pas machin... Ouais, j'ai autre chose à faire, j'ai 15 000 trucs à faire et ça me prend la tête, mais sinon, à part ça, en soi... (moment de silence) ça fait partie du travail.* » (ANNEXE 7, XVI, L.99-101). Maud ajoute: « *quand je suis à la fin de ma journée, je suis très vite exaspérée.* » (ANNEXE 9, XXVI, L.150-151). Leur discours met en avant que la fatigue accumulée durant la journée amène parfois à un épuisement émotionnel malgré une volonté d'adopter une attitude empathique et disponible. De plus, l'état clinique du patient est déterminant dans la manière dont la relation va se construire durant l'hospitalisation. Estelle dit que « *ça dépend. Si ça fait des années qu'il prend son traitement et qu'il est stable, qu'il n'est pas en état de crise, ça ne va rien me changer. C'est un patient comme un autre, pas de soucis. Si il est en état de crise d'agressivité, ouais, je vais être méfiante.* » (ANNEXE 8, XX, L.107-109). Ceci montre que la relation soignant soigné n'est pas constante, au contraire, elle est dynamique. Pour Estelle, elle est influencée par la condition du patient et sa capacité à gérer la situation. En se retrouvant face à un patient stable, la relation soignant soigné va

s'installer plus rapidement et avec beaucoup plus d'aisance. Or, si l'on se retrouve dans un contexte agressif, une certaine méfiance va alors s'installer. Laure, travaillant en infectiologie, accueille parfois plusieurs patients atteints de troubles psychiques et qualifie ceci de « *chronophage, c'est un peu ... on va dire anxiogène* » (ANNEXE 7, XIV, L.43). Toutefois, cette relation reste assez fragile. Alexandra dit « *mais une fois qu'ils sont dans le service en fait tout et n'importe quoi peut casser cette relation* » (ANNEXE 6, X, L.90-91). Ces propos sont complétés par Maud en insistant sur la difficulté d'installer cette relation avec des patients qui ont très peu confiance aux soignants qu'ils ne connaissent pas: « *Non parce qu'ils font pas confiance rapidement en général hein. Ils font pas confiance rapidement, ils sont très méfiants et même pour des personnes qui travaillent en psychiatrie pendant des années, c'est long les liens à créer. Donc je me doute que c'est pas nous en 20 jours d'hospitalisation ou au pire 1 mois qu'on va créer quelque chose euh... un vrai lien.* » (ANNEXE 9, XXVI, L.141-145). Toutes les deux mettent en lumière la complexité de cette alliance thérapeutique qui peut rapidement être brisée par un geste, un mot ou un comportement mal interprété, tout ceci pouvant altérer la confiance. Elles montrent la fragilité de la relation qui est constamment menacée.

Pour continuer, nous aborderons le thème suivant : les représentations sociales et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques. Au quotidien, les soignants sont confrontés à des difficultés, notamment lorsqu'il s'agit d'assurer la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques. Chacune des infirmières interrogées dans le cadre de ces entretiens, affirme ne pas porter de jugement envers les patients. Cependant, la méfiance, qui peut être issue des transmissions de l'équipe, va compromettre la prise en charge et la posture professionnelle des soignants, ce qui peut les mettre en difficulté. Laure évoque cette influence que peuvent avoir les représentations sur la posture professionnelle en disant: « *Non. (silence) Après peut-être si on me dit, « attention lui »... Au début peut-être je me laissais influencer par les transmissions qu'on me faisait. Mais j'ai appris à me dire, « bon on va voir comment ça va se passer* » (ANNEXE 7, XV, L.69-71). Elle ajoute ensuite « *pour me faire une idée et surtout savoir un peu faire plus attention à certaines choses, mais pas cataloguer, on va dire, le patient* » (ANNEXE 7, XV, L.76-77). Son discours met en lumière deux points. Dans un premier temps, le manque d'expérience sur le terrain peut faire qu'on

peut se laisser facilement influencer par nos collègues de travail. C'est ce qu'on appelle la dynamique de groupe, un des concepts qu'évoque Denise Jodelet où les représentations sociales circulent constamment, se construisent et se renforcent au sein d'un collectif. En effet, « *ces représentations sont constamment renforcées par nos interactions quotidiennes et par une dynamique de groupes sociales* » (p.12). De plus, selon Denise Jodelet, « *malgré le fait que chaque personne ait sa propre opinion, sa façon de penser, ses valeurs et sa propre personnalité, l'influence du groupe sera toujours présente* » (p.12). Dans un second temps, comme les autres soignantes interrogées, elle insiste sur l'importance de construire sa propre perception du patient, à travers son observation directe et non pas exclusivement aux représentations issues de l'équipe. Ceci permettant de prendre du recul sur les représentations construites au fil des années. Estelle complète les propos de Laure concernant l'influence que peut avoir l'équipe en disant « *Non parce que j'essaye de me dire que baah ça reste une pathologie, donc c'est pas souvent, entre guillemet c'est pas de leur faute à eux* » (ANNEXE 8, XVIII, L.59-60), puis ajoute « *j'écoute pas non plus ce que mes collègues vont dire, parce que je préfère me faire ma propre opinion* » (ANNEXE 8, XIX, L.64-65). Enfin, Alexandra partage la même opinion en disant « *oui oui et non parce que bon on sait que ce sont des personnes qui ont des pathologies donc c'est pas on va dire que c'est pas de leur faute c'est une maladie* » (ANNEXE 6, X, L.64-65). Cette approche centrée sur la compréhension de la pathologie lui permet alors de prendre de la distance face à la situation, notamment lorsqu'elle dit « *c'est pas de leur faute* » puis limite les jugements moraux en identifiant la maladie comme origine de leur comportement. Tout comme Laure, Estelle fait le choix de ne pas se laisser influencer par les représentations ou jugements émis par l'équipe. Maud affirme ouvertement « *qu'il y a pas de jugement ni de la pathologie mentale, ni de euh de la famille ou de l'entourage* » (ANNEXE 9, XXV, L.114-115). Ce discours montre une volonté de ne pas stigmatiser les patients, de ne pas les catégoriser malgré leur souffrance psychologique. Cependant, dès l'arrivée d'une personne atteinte de troubles psychiques dans le service, Maud dit « *on va se décharger entre nous* » (ANNEXE 9, XXV, L.102), puis complète en disant « *Ça va être plus des consignes entre nous pour que la prise en charge se passe au mieux et que personne enfin que tout le monde évite de se prendre un gros mur et se donner des tips, des trucs comme ça.* » (ANNEXE 9, XXV, L.108-110). Ceci révèle alors la mise en place d'un

mécanisme de protection au sein de l'équipe, d'un moyen d'anticipation des comportements des patients. Or, ce qu'elle appelle conseil peut également être jugé comme des représentations négatives de la personne pouvant être même stigmatisantes. Il en est de même pour Estelle, qui préfère avoir ces informations sur les patients et être mise au courant de leur comportement (L.73-78). Il s'agit ici d'un discours ambivalent : la compréhension de la maladie, le non-jugement mis en opposition avec des mécanismes de protection au sein de l'équipe. Cette ambivalence témoigne de la complexité de la prise en charge de la psychiatrie dans ces services, de la présence des représentations au sein de la société, du comportement et des paroles pouvant être stigmatisantes malgré elle. Nous retrouvons également des difficultés de prise en charge pouvant majorer la stigmatisation de ces patients. Laure énonce plutôt des difficultés organisationnelles en mettant en lumière les problèmes de la structure et la complexité des pathologies : « *les structures ne sont pas adaptées, que je n'ai pas le temps de passer trois quarts d'heure à négocier ou à parler avec quelqu'un. J'ai pas le temps. Quelqu'un qui risque ne serait-ce que de s'échapper, c'est dangereux chez nous parce que tout est ouvert. Donc euuh... on n'est pas un service adapté pour les gros troubles mentaux qui ne sont pas équilibrés.* » (ANNEXE 7, XIV L.31-35). Alexandra évoque : « *des conflits entre les patients, surtout dans les salles d'attente* » (ANNEXE 6, IX, L.40), puis ajoute « *les difficultés, on va dire de temps, parce que c'est des prises en charge qui vont être très très longues* » (ANNEXE 6, IX, L.41-42). Leurs discours témoignent l'épuisement que les soignants peuvent éprouver face à des situations des crises, un manque de temps, de moyens et de sécurité qui peut rendre la prise en charge parfois difficile et inadaptée. Estelle évoque un autre point : la gestion de l'agressivité. Elle déclare : « *Je dirais l'agressivité, parce que quand ils sont en phase d'agressivité, que ça soit névrose ou psychose, c'est compliqué d'apaiser l'agressivité, et les psychotiques de les ramener entre guillemets à notre réalité* » (ANNEXE 8, XVIII, L.33-35). Maud ajoute à son tour : « *Très très gros manque de communication.* » (ANNEXE 9, XXII, L.26). On retrouve dans ces deux témoignages un lien thérapeutique fragile lié à une difficulté de communication avec les patients. On remarque alors ici un déficit des échanges, que ce soit avec des patients en crise ou non, ceci pouvant majorer les incompréhensions, les tensions entre les patients et les soignants et compromettant alors la qualité de la prise en charge.

Enfin, une dernière et nouvelle thématique a été abordée dans chacun des entretiens: le manque de connaissance de la psychiatrie et le manque de moyen qui se fait ressentir dans les centres hospitaliers. Alexandra et Estelle dénoncent le manque de connaissance de la psychiatrie malgré les connaissances apportées lors de la formation. En effet, Alexandra dit *« malgré tout ce qu'on a pu avoir comme apport théorique à l'école, à l'IFSI tout ça, beh ça reste quand même assez difficile à comprendre. »* (ANNEXE 6, VIII, L.20-21), puis ajoute *« malgré les apports théoriques on n'est pas spécialisé »* (ANNEXE 6, IX, L.35-36). Ce discours montre l'écart qu'il existe entre les apports théoriques et la réalité du terrain dans le contexte de la psychiatrie. Estelle, voulant partager la même opinion, déclare : *« on manque beaucoup de connaissances psychotiques. [...] t'as les infirmières psy et t'as nous, quand on n'a pas tous les tenants et aboutissants vraiment des maladies psychiatriques, c'est compliqué je trouve d'anticiper ce qui va se passer et de les prendre en charge correctement »* (ANNEXE 8, XVIII, L.46-49). À travers cela, Estelle remarque une nette différence entre les infirmières en psychiatrie, qui sont, selon elle, spécialisées au contact de ces pathologies, puis les infirmières dans le secteur somatique qui ne maîtrisent pas totalement ces troubles, impactant ainsi la prise en charge et la qualité des soins. Alexandra et Laure, déclarent toutes les deux l'inadéquation des structures hospitalières face à la prise en charge des patient atteints de troubles psychiques. Alexandra évoque : *« des locaux qui ne sont pas forcément adapté »* (ANNEXE 6, IX, L.48), puis Laure appuie sa remarque en disant: *« on n'est pas un service adapté pour les gros troubles mentaux qui ne sont pas équilibrés. »* (ANNEXE 7, XIV, L.34-35). Ces discours dénoncent un environnement inadapté et non sécurisé pouvant constituer un frein pour la prise en charge. Elles mettent un décalage entre les besoins des patients et les capacités des services à les prendre en charge. Alexandra met en évidence plusieurs difficultés liées à la prise en charge de ces patients. Elle évoque le manque de personnel spécialisé au sein des urgences : *« pas assez de personnel en psychiatrie aux urgences psychiatriques »* (ANNEXE 6, VIII, L.23-24). De plus, elle met en lumière leur manque de connaissance sur la psychiatrie : *« on n'est pas une équipe spécialisée »* (ANNEXE 6, XI, L.100). Puis enfin, elle insiste sur le fait que la prise en charge des troubles psychiques ne dépend pas seulement de l'équipe paramédicale et somatique mais aussi de professionnel formé dans la santé mentale : *« ça reste compliqué parce que ça ne*

dépend pas que de l'équipe paramédicale et médicale somatique. » (ANNEXE 6, XI, L.107-108). Maud confirme cette dernière idée en évoquant le manque de professionnels spécialisés dans la psychopathologie en disant *« le problème c'est qu'il y a pas assez de psychiatres »* (ANNEXE 9, XXIX, L.233). Selon elle, il existe un manque de reconnaissance et de considération de la pathologie mentale dans le système de santé actuel. Elle ajoute pour finir : *« je trouve que c'est très dommage qu'on ne traite pas la pathologie mentale comme ça doit être, c'est-à-dire comme une pathologie. »* (ANNEXE 9, XXVIII, L.189-1190). Cette pénurie de professionnelle de santé majore ainsi les difficultés et contribue davantage à l'exclusion sociale des patients souffrant de troubles psychiques. Malgré ceci, Laure déclare que parfois, elle reçoit dans son service des soignants venant de l'hôpital psychiatrique afin qu'ils puissent faciliter la prise en charge. En effet, elle dit *« il y a Montfavet qui va nous laisser un soignant avec le malade »* (ANNEXE 7, XIV, L.55-56). Ceci permettant de renforcer le lien et la continuité des soins entre le somatique et la psychiatrie.

4.4. Les limites de l'enquête

L'enquête exploratoire est une étape importante dans l'élaboration de ce travail. En effet, elle nous permet de comparer la réalité du terrain avec les concepts relevés dans les lectures. Cependant, effectuer les enquêtes n'a pas toujours été facile. Selon les services, il m'a parfois été particulièrement difficile d'entrer en contact avec les cadres de santé, ce qui m'a énormément ralenti dans la réalisation des entretiens. De plus, les infirmières n'étaient pas toujours informées de mon arrivée dans le service. Certaines étaient très réticentes, notamment les jeunes infirmières diplômées qui ne voulaient pas forcément participer à l'entretien, les autres finissaient par se « dévouer ». De plus, dans la plupart des entretiens que j'ai effectué, nous avons constamment été interrompus.

En ce qui me concerne, j'ai abordé les entretiens avec énormément d'appréhension, notamment pour lors du premier entretien. Par ailleurs, interroger seulement quatre professionnelles n'est pas assez représentatif de tout un système de santé. À la fin de mon analyse, je me suis rendu compte que j'aurai dû interroger plus de professionnels, y compris au sein d'un même service, afin d'avoir plus de données et de croiser les différents points de

vue. D'autre part, interroger un homme aurait pu apporter un point de vue différent. En effet, en psychiatrie, les situations de crise ou d'agressivité sont pour la plupart contrôlées par des hommes. Il aurait été pertinent de connaître leur point de vue en service de somatique, leurs représentations et leur posture professionnelle face à des patients atteints de troubles psychiques. Parfois, j'ai également eu le sentiment que mes questions semblaient gêner les infirmières, ce qui peut être un biais pour mon enquête. En effet, ceci a pu freiner la spontanéité ou la sincérité de leurs réponses. Une des questions auxquelles j'avais du mal à obtenir des réponses était celle sur les émotions. En effet, pour certaine, il était difficile de savoir ce qu'elles ressentaient émotionnellement.

5. PROBLÉMATIQUE

Tout au long de ma formation, j'ai été de nombreuses fois confronté à des situations similaires à celle décrite dans mon analyse de situation. Ces diverses situations m'ont alors confronté à la réalité du terrain et m'ont fait prendre conscience de la complexité de la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques. C'est donc à travers ce mémoire que j'ai voulu m'interroger sur l'impact que peuvent avoir les représentations sociales de la maladie mentale sur la prise en charge des patients. En effet, ces représentations, souvent issues d'idées reçues, de préjugés culturels et de stéréotypes, peuvent mener vers une stigmatisation, influençant directement ou non la qualité des soins et, bien évidemment, la relation soignant soigné. Or, la relation soigné est un indispensable dans le soin infirmier. En effet, lorsqu'elle est altérée, le soin perd en qualité et en authenticité. L'enquête exploratoire menée auprès des infirmières en services de soins somatiques, a mis en avant les difficultés que ressentent les soignants face à des personnes atteintes de troubles psychiques. En plus des sentiments d'insécurité ou d'incompréhension, ceci m'a permis de mettre en lumière une notion que je n'ai pas abordé dans mon cadre de référence : la formation infirmière. En effet, les soignantes estiment ne pas avoir suffisamment de connaissance sur la maladie mentale, et donc ainsi ne pas être assez formées pour assurer leur prise en charge, renforçant alors les comportements distants et les défauts de prise en charge. Ce défaut de formation renforce alors le manque de connaissance de la maladie mentale renforçant ainsi les représentations négatives préexistantes. Toutefois,

comme le souligne Carl Rogers, la relation soignant soigné repose sur l'authenticité, l'empathie, une écoute attentive et bienveillante du soignant. Toutes ces notions ne peuvent être réunies seulement si le soignant se sent pleinement confiant dans sa posture professionnelle. Ainsi, cela met en évidence l'importance d'une formation qui aborde la dimension clinique des troubles psychiques, mais également la dimension relationnelle que cela implique. Ces entretiens ont donc révélé des enjeux considérables dans la mise en place de la relation soignant soigné et donc dans la qualité des soins : former les soignants à comprendre la maladie psychique leur permettant de leur apporter les savoirs nécessaires pour un meilleur accompagnement, y compris dans les structures non spécialisées comme les centres hospitaliers. Suite à cette réflexion et aux entretiens que j'ai pu mener tout au long de ce travail, une nouvelle question de recherche s'est posée :

En quoi l'amélioration de la formation en soin infirmier concernant les troubles psychiatriques pourrait-elle favoriser une prise en charge plus bienveillante et moins stigmatisante pour les patients atteints de troubles psychiques ?

6. CONCLUSION

Ce travail de fin d'études m'a permis de réfléchir et d'approfondir ma réflexion autour de la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques en service de soins somatiques. Plus particulièrement, il m'a permis d'en savoir un peu plus sur l'impact des représentations sociales au niveau de la qualité des soins et de la relation soignant soigné. C'est donc à travers cette situation vécue en stage, mon cadre de référence et la réalisation de mon enquête exploratoire, que j'ai pu constater que les représentations sont présentes partout dans la société et perdurent à travers les générations.

En effet, les représentations sociales influencent, consciemment ou inconsciemment, nos attitudes, notre comportement et, par conséquent, la qualité de la prise en charge de ces patients. Malgré une approche empathique et compréhensive des soignants face aux troubles mentaux, les entretiens ont mis en évidence l'existence d'une stigmatisation indirecte des patients. En effet, on observe une certaine méfiance envers eux qui peut mener à une mise à distance ou encore à un évitement d'interaction avec ces patients. De ce fait, la relation

soignant soigné, basée sur la confiance, l'authenticité, un des piliers essentiels pour apporter un accompagnement global et de qualité, est impactée.

Cette enquête m'a permis de mettre en évidence un problème révélé dans chaque entretien : le manque de connaissances au sujet de la santé mentale des professionnels de santé accompagné de conditions structurelles peu adaptées pour les accueillir, notamment le manque de temps, de personnel ou encore d'espaces sécurisés dans les services de soins somatiques. Elle souligne en effet la nécessité d'une meilleure formation des professionnels sur les troubles psychiques afin d'améliorer cette alliance thérapeutique et de changer les représentations.

Bien que je ne puisse garantir une évolution immédiate des représentations et des pratiques professionnelles à l'égard des personnes atteintes de troubles psychiques, j'espère qu'avec le temps, une véritable continuité des soins puisse s'instaurer entre le somatique et le psychiatrique afin que les patients puissent bénéficier d'une approche globale et centrée sur la personne. Ceci suggérant une reconnaissance de ces patients où leurs troubles psychiques ne doivent pas être négligés au détriment de la prise en charge somatique, assurant ainsi une prise en charge holistique.

7. BIBLIOGRAPHIE

- Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique*.
- Doron, C.-O. (2008). La maladie mentale en question. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*. Consulté le 23/03/2025, sur <https://shs.cairn.info/revue-les-cahiers-du-centre-georges-canguilhem-2008-1-page-9?lang=fr>
- Formanier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 33. Consulté le 12/02/2025, sur <https://shs.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33?lang=fr>
- Giordana, J.-Y. (2019). La schizophrénie : une maladie stigmatisante ? Sa représentation dans la population générale, p.34–38.
- Giordana, J.-Y. (2010). *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Elsevier-Masson.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*.
- Halpner, C. (2013). À propos de : *Le Normal et le Pathologique* de Georges Canguilhem. Consulté le 11/02/2025, sur <https://shs-cairn-info.lama.univ-amu.fr/histoire-et-philosophie-des-sciences-9782361060398-page-164?lang=fr>
- Imbert, G. (2010, mars). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, p.23–34.
- Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales*. Presses Universitaires de France. Consulté le 11/02/2025, sur <https://shs-cairn-info.lama.univ-amu.fr/les-representations-sociales-9782130537656?lang=fr>
- Legal, J.-B., & Delouvée, S. (2008). *Stéréotypes, préjugés et discrimination*.
- Manoukian, A., & Massebeuf, A. (2008). *La relation soignant-soigné* (3e éd.). Paris : Lamarre.
- Mannoni, P. (2016). *Les représentations sociales* (7e éd.). Presses Universitaires de France.

- Noël-Hureaux, E. (2015). Le care : un concept professionnel aux limites humaines. Consulté le 22/02/2025, sur <https://shs.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-pagelang=fr>
- Organisation Mondiale de la Santé (17 Juin 2022) Consulté le 12/02/2025 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organisation Mondiale de la Santé. Consulté le 12/02/2025, <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
- Organisation Mondiale de la Santé. Consulté le 21/03/2025, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders#:~:text=Un%20trouble%20mental%20se%20caract%C3%A9rise,fonctionnelles%20dans%20des%20domaines%20importants.>
- Phaneuf, M. (2016). *La relation soignant-soigné. L'accompagnement thérapeutique* (2e éd.), p.170–202.
- Postel, J., & Quétel, C. (2012). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris : Dunod.
- Rogers, C. (2019). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris : ESF.
- Rogers, C. (2019). La relation d'aide et la psychothérapie : La création de la relation d'aide, pp. 89–113. Consulté le 11/02/2024, sur <https://shs-cairn-info.lama.univ-amu.fr/la-relation-d-aideet-la-psychotherapie-9782710137238-page-89?lang=fr>
- Vigil-Ripoche, M. (2012). *Prendre soin, care et caring. Les concepts en sciences infirmières* (2e éd.).
- Worms, F. (2006). Les deux concepts du soin. Vie, médecine, relations morales. *Esprit*, (1), 141. Consulté le 11/02/2024, sur <https://shs-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-esprit-2006-1-page-141?lang=fr>

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Lettre de demande d'entretien	I
ANNEXE 2 : Lettre de demande d'entretien (2)	II
ANNEXE 3 : Autorisation d'entretiens (1)	III
ANNEXE 4 : Autorisation d'entretiens (2)	IV
ANNEXE 5 : Guide d'entretien	V
ANNEXE 11 : Autorisation de diffusion	VII
ANNEXE 6 : Entretien n°1 : Alexandra aux Urgences	VIII
ANNEXE 7 : Entretien n°2 : Laure en Infectiologie	XIII
ANNEXE 8 : Entretien n°3 : Estelle en Endocrinologie	XVII
ANNEXE 9 : Entretien n°4 : Maud en Traumatologie	XXII
ANNEXE 10 :Grille d'analyse des entretiens	XXX

ANNEXE 1 : Lettre de demande d'entretien



INSTITUT DE FORMATION EN
SOINS INFIRMIERS



Mme CASCIELLO Maria
Étudiante en soins infirmiers
163 impasse des abeilles
30150, Roquemaure

Tél : 06.13.48.01.24
Mail : maria.casciello@hotmail.fr

À l'attention de [REDACTED] Directrice des Soins,
Avignon, le 19 Mars 2025,

Madame,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens au sein de vos différents services :

- Urgences somatiques adultes
- Médecine infectieuse
- Endocrinologie
- Un service de chirurgie

Auprès d'infirmiers diplômés d'état et dans le cadre de mon travail de fin d'étude dont le thème est :

En quoi les représentations de la maladie mentale des soignants en service de soins généraux peuvent-elles influencer la prise en charge ?

Veuillez trouver ci-après la question inaugurale de mon entretien, qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

- Comment prenez-vous en charge les patients tout en prenant en compte leurs troubles psychiques ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de ma respectueuse considération.

M.CASCIELLO

ANNEXE 2 : Lettre de demande d'entretien (2)



INSTITUT DE FORMATION EN
SOINS INFIRMIERS



Mme CASCIELLO Maria
Étudiante en soins infirmiers
163 impasse des abeilles
30150, Roquemaure

Tél : 06.13.48.01.24
Mail : maria.casciello@hotmail.fr

À l'attention de [REDACTED] Directrice des Soins,
Avignon, le 22 Avril 2025,

Madame,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens au sein de vos différents services :

- Traumatologie
- Gastrologie

Auprès d'infirmiers diplômés d'état et dans le cadre de mon travail de fin d'étude dont le thème est :

En quoi les représentations de la maladie mentale des soignants en service de soins généraux peuvent-elles influencer la prise en charge ?

Veuillez trouver ci-après la question inaugurale de mon entretien, qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

- Comment prenez-vous en charge les patients tout en prenant en compte leurs troubles psychiques ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de ma respectueuse considération.

M.CASCIELLO

ANNEXE 3 : Autorisation d'entretiens (1)



Direction Des Soins
[Redacted]
secrétariat

Affaire suivie par :
[Redacted]
Cadre Supérieur de Santé
chargé de missions à la
direction des soins
[Redacted]

Madame Maria CASCIELLO
163 impasse des abeilles
30150 ROQUEMAURE

Avignon, le 21/03/2025

OBJET : TFE
N/Réf. : VB/MP/25

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 demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

- [Redacted] cadre de santé aux Urgences adultes au [Redacted]
- [Redacted] cadre de santé en Médecine infectieuse au [Redacted]
- [Redacted] cadre de santé en Endocrinologie au [Redacted]
- [Redacted], cadre de santé en chirurgie thoracique au [Redacted]

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

LE CADRE SUPERIEUR DE SANTE
Chargée de missions à la direction des soins



ANNEXE 4 : Autorisation d'entretiens (2)



Direction des Soins

Affaire suivie par :

Cadre Supérieur de Santé chargée de mission
à la Direction des Soins

Madame CASCIELLO Maria
163 impasse des Abeilles
30150 ROQUEMAURE

Avignon, le 28 avril 2025

OBJET : travail fin d'études
N/Réf. votre lettre du 22 avril 2025

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 demanderai de bien vouloir prendre contact avec

madame [REDACTED], Cadre de Santé de Gastro-entérologie au [REDACTED]
[REDACTED]

et/ou madame [REDACTED] au [REDACTED] ou madame [REDACTED]
[REDACTED], Cadres de Santé d'Ortho-Traumatologie,

Afin de définir les modalités de réalisation de l'enquête.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de ma considération distinguée.

[REDACTED]

La Cadre Supérieur de Santé chargée
de missions à la Direction des Soins

ANNEXE 5 : Guide d'entretien

Je débiterai mes entretiens en précisant aux soignants que l'enregistrement de notre échange sera anonyme. Seul le prénom de la personne apparaîtra dans la retranscription. Afin d'introduire ces entretiens, je commencerai par me présenter et annoncer le sujet de mon mémoire.

Je proposerai au soignant de se présenter à son tour afin d'en apprendre un peu plus sur son parcours professionnel et son année d'obtention du diplôme.

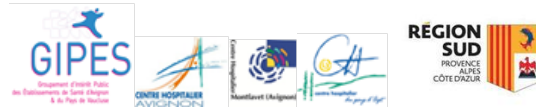
Je prendrai le temps de reformuler mes questions si je m'aperçois que la question n'a pas été correctement interprétée.

À la fin de l'entretien, une fois toutes mes questions posées, je lui demanderai s'il souhaite revenir et approfondir un sujet que nous avons abordé durant l'échange. Puis enfin, je remercierai le soignant pour le temps qu'il m'a accordé.

Thèmes abordés	Questions posées
Présentation générale	- Quel est votre parcours professionnel ? - Depuis quand êtes vous diplômé ?
La santé mentale	- Comment définiriez - vous la maladie mentale ? - Qu'est ce que cela veut dire pour vous ? - Si vous devez en donner 3 mots pour la définir lesquels seraient-ils ?
Les représentations sociales	- Quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrer lors de la prise en charge de patients atteints de troubles psychiques ? - Qu'est-ce qui a pu faciliter ou mettre à mal le bon déroulé d'un soin ? - Est-ce que des paroles ou des actes au sein de l'équipe ont pu influencer votre regard sur ces patients ? - En quoi cela impact votre prise en charge ?

La relation soignant soigné	- Comment se met en place la relation soignant soigné avec ces patients ? - Que ressentez - vous lorsque vous devez prendre en charge ces patients ?
-----------------------------	---

ANNEXE 11 : Autorisation de diffusion



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 Maria, CASCIELLO

Promotion : 2022 - 2025

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 :

L'étiquette et le soin: quand les mots enferment plus que la maladie

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 13/05/2025 Signature :

ANNEXE 6 : Entretien n°1 : Alexandra aux Urgences

1 **Moi : Bon du coup l'enregistrement bien sûr il sera en juste tu pourras citer ton prénom**
2 **et voilà.**

3 - Alexandra : pas de soucis.

4 - **Moi : Alors du coup je vais commencer par me présenter donc moi c'est Maria,**
5 **étudiante infirmière en troisième année à l'IFSI d'Avignon et mon sujet de mémoire ce**
6 **sera sur les représentations sociales de la santé mentale en service de soins somatiques.**

7 **Donc du coup est-ce que tu peux commencer par donner une présentation générale, toi,**
8 **euh ton année d'obtention du diplôme, ton parcours professionnel.**

9 - Alexandra : D'accord. Moi je m'appelle Alexandra, je suis infirmière depuis 10 ans
10 maintenant.

11 Euh...avant j'étais aide-soignante, donc je suis sur l'hôpital depuis vingt-deux ans maintenant.

12 Euh...je travaille dans le service des urgences adultes depuis 7 ans et avant tout ça, j'ai déjà
13 fait bon plusieurs services, surtout de la médecine, pas trop de chirurgie.

14 - **Moi : Ok**

15 - Alexandra : Euh... Voilà, j'ai quarante-cinq ans et voilà.

16 - **Moi : Ok. Alors comment définiriez-vous la la maladie mentale ?**

17 - Alexandra : Euuh

18 - **Moi : Qu'est-ce que cela veut dire pour vous ?**

19 - Alexandra : Pour moi c'est une maladie euh... difficilement compréhensible pour beaucoup,
20 dont pour moi, euh malgré tout ce qu'on a pu avoir comme apport théorique à l'école, à l'IFSI
21 tout ça, beh ça reste quand même assez difficile à comprendre.

22 Euh...ce sont des pathologies qui sont généralement mmh prises en charge ici par l'équipe de
23 psychiatrie mais comme il y a beaucoup, enfin pas assez de personnel en psychiatrie aux
24 urgences psychiatriques, euh on s'en occupe quand même beaucoup. Euh c'est très difficile et
25 euh ça crée beaucoup beaucoup de problèmes ici au sein des urgences.

26 - **Moi : D'accord, d'accord. Et si vous deviez donner 3 mots pour définir globalement la**
27 **santé mentale, enfin la maladie mentale, vous utiliseriez quels mots ?**

28 - Alexandra : euuh... mmh... (*moment de silence*) Comment la définir ... ?

29 On va dire euuh (*silence*) Difficulté sociale, exclusion souvent et euuh (*silence*) hors normes.

30 - **Moi : Ok.**

31 **Et quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrer lors de la prise en charge d'un**
32 **patient atteint de troubles psychiques, si vous en avez déjà rencontré que sur ?**

33 *Alexandra / Moi : Rires*

34 - Alexandra : euuh les difficultés. Alors les difficultés de prise en charge ici ça va être déjà
35 comprendre la maladie. Comme je disais juste avant malgré les apports théoriques on n'est pas
36 spécialisé mais comme on en rencontre beaucoup on connaît on connaît quand même pas mal
37 les signes cliniques tout ça. Les difficultés, ça va être euuh la prise en charge globale en
38 général parce qu'on est obligé de malheureusement mélanger ces personnes qui ont des
39 pathologies mentales avec d'autres personnes qui n'en ont pas, qui ne le comprennent pas.
40 Donc souvent, ça va être des conflits entre les patients, surtout dans les salles d'attente, euuh
41 les difficultés, on va dire de temps, parce que c'est des prises en charge qui vont être très très
42 longues. Parce que d'abord, il faut qu'il voit le médecin urgentiste. Euh ensuite il voit l'équipe
43 infirmier de psychiatrie qui font un compte rendu et qui recherche tout un dossier au niveau,
44 je crois local voire peut-être national, après par la suite s'il trouve rien et après tout ça il voit le
45 psychiatre donc ça prend beaucoup d'heures, on va dire en moyenne 6-7 heures avant de
46 pouvoir entreprendre peut-être une hospitalisation ou un retour à domicile

47 - **Moi : Ah oui ok.**

48 - Alexandra : Voilà et on a des locaux qui ne sont pas forcément adaptés. Donc on a qu'une
49 salle on va dire qui est à peu près dédiée à la prise en charge de la pathologie psychiatrique et
50 elle n'est pas très bien située, elle est un peu isolée, mais voilà, elle n'est pas bien placée parce
51 que c'est à côté des utilités sales avec des, souvent des instruments en coupant, tranchant, tout
52 ça quoi.

53 - **Moi : Ok, donc du coup, en plus de ça, est-ce que qu'il y aurait quelque chose enfin,**
54 **qu'est-ce qui pourrait faciliter ou mettre à mal le bon déroulé du soin ?**

55 - Alexandra : Alors ce qui pourrait le faciliter ce serait peut-être des locaux plus adaptés, euuh
56 peut-être une filière spécialisée. C'est-à-dire carrément un autre euuh... parce que là on a
57 différents secteurs mais ils sont mélangés avec la petite traumatologie, avec qui où il y a
58 souvent beaucoup d'attentes s'il s'impatiente donc ça serait bien de créer une filière vraiment à
59 part entière et après des locaux adaptés quoi, déjà ça serait un grand pas et euuh peut-être
60 augmenter l'effectif aussi de l'équipe psychiatrique.

61 - **Moi : D'accord. Et est-ce que quand vous recevez des patients atteints de troubles**
62 **psychiatriques justement, est-ce que des paroles ou des actes au sein de l'équipe, est-ce**
63 **qu'ils ont pu influencer votre prise en charge ou votre regard envers les patients ?**

64 - Alexandra : Alors est-ce que ça peut influencer oui oui et non parce que bon on sait que ce
65 sont des personnes qui ont des pathologies donc c'est pas on va dire que c'est pas de leur
66 faute c'est une maladie. Euuh il y a des fois oui on va dire quelque chose ou faire quelque
67 chose qui va pas leur plaire et qui va créer de suite des tensions. Après nous il faut qu'on
68 travaille on essaye d'être efficace et rapide parce qu'il y a beaucoup de monde. Donc des fois
69 le fait de presser un peu les choses pour installation, pour voilà pour essayer d'aller
70 vite et de contenter tout le monde et bien des fois le fait d'essayer d'aller trop vite ça leur
71 convient pas ou alors quand il y a trop d'attentes malheureusement ça leur convient pas non
72 plus donc on a beaucoup de difficultés au niveau à ce niveau là.

73 - **Moi : D'accord ok. Et donc du coup est-ce qu'on peut dire ça impacte forcément ?**

74 - Alexandra : Alors pas forcément, mais ça peut ça peut impacter puisque déjà quand il y a un
75 conflit qui s'installe une tension euh bah la prise en charge est plus compliquée parce qu'il n'y
76 a plus le lien de confiance qui a pu peut-être se créer au début et après on dérive sur sur des
77 tensions et il n'y a plus ce lien de confiance quoi.

78 - **Moi : Ok et comment du coup peut-être réussir à mettre en place cette relation**
79 **soignant soigné ?**

80 - Alexandra : Euh comment... ? Bah essayer de comprendre la personne, essayer de l'aider au
81 mieux et essayer de répondre à ses besoins. Mais c'est vrai que souvent beh, surtout chez les
82 personnes qui sont polytoxicomanes, les besoins sont assez compliqués parce qu'ils veulent
83 souvent sortir fumer, re rentrer, repartir, aller boire souvent ils s'enferment dans les toilettes
84 boire de l'alcool ou essayent de s'injecter peut-être une dose de drogue ou d'inhaler ou quoi
85 que ce soit en se cachant donc des fois, en fait ça va être parce que nous on s'organise par
86 ordre d'arrivée si ça s'entoure et qu'il s'est absenté pour aller fumer ou boire ou quoi que ce
87 soit ou consommer, le problème c'est que des fois il sort de son tour. Là, la relation beh elle
88 est un peu cassée, ça va être aussi sur quand ils sont un peu trop demandeurs on peut pas
89 répondre à leur demande de suite là maintenant, donc pareil ça crée des tensions. Donc cette
90 relation en fait elle est très très fragile dès le départ, on essaye d'instaurer ça dès l'accueil mais
91 une fois qu'ils sont dans le service en fait tout et n'importe quoi peut casser cette relation. Il

92 n'y a pas vraiment de solution miracle actuellement, on fait ce qu'on peut mais c'est
93 compliqué. (*Rire*)

94 - **Moi : Oui j'imagine.**

95 **Et donc du coup vous, qu'est-ce que vous ressentez quand vous devez... quand un patient**
96 **atteint de troubles psychiques arrive dans le service et que vous devez le prendre en**
97 **charge ? Qu'est-ce que vous ressentez ?**

98 - Alexandra : On ressent..., en fait, alors moi je, ce que je ressens souvent, c'est des difficultés
99 juste au niveau organisationnel. On a du mal à les prendre en charge, on a du mal à répondre à
100 leurs demandes, on a..., puis on n'est pas, on n'est pas une équipe spécialisée, on essaye de
101 répondre à toutes leurs demandes, mais c'est compliqué. Des fois ils sont dans un état de crise
102 donc on est obligé de les contentionner.

103 Donc c'est compliqué de prendre en charge ces pathologies-là sans... (*silence*)... sans être
104 souvent dans le conflit et des fois ça part dans la violence par des coups, des insultes. Et la
105 solution, pour l'instant, je n'en ai pas.

106 *Rires*

107 On essaye de faire au mieux d'être d'être assez rapide pour la prise en charge, mais ça reste
108 compliqué parce que ça ne dépend pas que de l'équipe paramédical et médical somatique.
109 Il y a toute une organisation, mais c'est vrai que ça reste très long. Et du coup, souvent, ça part
110 en conflit.

111 - **Moi : C'est ça.**

112 - Alexandra : enfin, je n'ai pas de solution mise à part le fait d'essayer d'être compréhensive et
113 de et de créer ce lien soignant soigné, cette relation de confiance.

114 Voilà on essaye mais c'est pas évident.

115 - **Moi : J'imagine oui, ça doit pas être évident tous les jours oui.**

116 - Alexandra : Souvent... souvent ils sont quand même nombreux. Quand il y en a 5-6 dans la
117 même salle d'attente où ils s'entendent bien, ils vont discuter ou alors beh ça part en conflit.

118 - **Moi : D'accord. (*Sourire*)**

119 **Mh oui ca ne doit pas être facile à gérer tous les jours.**

120 *Rire*

121 - Alexandra : Non. Surtout quand il y a beaucoup de monde où des fois on a 4 heures 5 heures
122 d'attente. Bah le fait d'attendre qu'il y ait du monde, du bruit, je pense que ça doit aussi pas
123 aider ces patients-là à se sentir bien, à se sentir en sécurité ou quoi que ce soit.
124 Surtout tout ce qui est les personnes qui sont schizophrènes, qui entendent les voix, qui
125 voient, qui ont des hallucinations visuelles aussi...des fois, bah ça peut faire encore plus
126 décompenser les symptômes et les signes quoi.

127 - **Moi : D'accord oui.**

128 **Est-ce que vous avez envie de d'approfondir un sujet sur lequel on a abordé ou c'est bon**

129 - Alexandra : Non, je pense que c'est bon.

130 - **Moi: Ok, c'est bon, mais ça me alors.**

131 - Alexandra : Ça te va c'est bon.

ANNEXE 7 : Entretien n°2 : Laure en Infectiologie

- 1 - **Moi : Je lance l'enregistrement et bien sûr l'enregistrement il sera anonymisé.**
- 2 - Laure : Mmh
- 3 - **Moi : Donc je me présente : je m'appelle Maria, je suis étudiante infirmière en**
4 **troisième année à l'IFSI d'Avignon et du coup mon sujet de mémoire c'est les**
5 **représentations de la maladie mentale en service de soins somatiques.**
- 6 - Laure : D'accord.
- 7 - **Moi : Donc du coup je vais vous laisser vous présenter en quelques lignes avec par**
8 **exemple votre année d'obtention du diplôme, votre expérience, votre parcours**
9 **professionnel.**
- 10 - Laure : Alors je suis diplômée depuis 2006. J'ai travaillé 13 ans en pneumo et là ça va faire 5
11 ans ici en infectiologie médecine interne.
- 12 - **Moi : Ok d'accord et votre prénom du coup ?**
- 13 - Laure : Laure.
- 14 - **Moi : Ok merci.**
- 15 **Et donc selon vous comment est-ce que vous définirez la maladie mentale ? Qu'est-ce**
16 **que cela veut dire pour vous ?**
- 17 - Laure : La maladie mentale ?
- 18 - **Moi : Oui.**
- 19 - Laure : (*air surpris*) Alors là tu me poses un peu une colle. Il y en a tellement des maladies
20 mentales, il y a les psychotiques et les névrosés. C'est pas la même chose. T'as des
21 dépressions, t'as des schizophrénies. Des définitions euuh ...
- 22 - **Moi : c'est en général ...**
- 23 - Laure : (*reprend la parole rapidement*) C'est un dysfonctionnement au niveau mental qui
24 amène à une souffrance de la personne je dirais.
- 25 - **Moi : D'accord. Et si vous deviez en donner trois mots pour la définir vous diriez quoi ?**
- 26 - Laure : Trois mots pour la définir ? Bah désordres... euh... souffrance du patient et une
27 adaptation aussi du patient du coup.
- 28 - **Moi : Mmh ok. Et quelles sont pour vous les difficultés que vous avez pu rencontrer**
29 **lors de la prise en charge d'un patient atteint de troubles psychiques ?**

30 - Laure : Les difficultés c'est plutôt euh... (*soupire*)... que les structures ne sont pas adaptées,
 31 que je n'ai pas le temps de passer trois quarts d'heure à négocier ou à parler avec quelqu'un.
 32 J'ai pas le temps. Quelqu'un qui risque ne serait-ce que de s'échapper, c'est dangereux chez
 33 nous parce que tout est ouvert. Donc euh... on n'est pas un service adapté pour les gros
 34 troubles mentaux qui ne sont pas équilibrés.

35 - **Moi : D'accord. Et du coup en quoi cela ça pourrait impacter votre prise en charge ?**

36 - Laure : Déjà ça peut être chronophage, ça peut être dangereux parce qu'il peut s'enfuir tout
 37 simplement...

38 (*Quelqu'un entre dans la pièce et interrompt l'entretien. Elles discutent entre elles*).

39 - Laure : Excuse-moi

40 Euh... C'était quoi la question dis moi ?

41 - **Moi : En quoi ça impacte votre prise en charge du coup ?**

42 - Laure : Ah voilà, chronophage, c'est un peu ... on va dire anxiogène parce que je te dis
 43 quand il risque de partir les gens, tu essayes de toujours avoir un oeil dessus, de trouver des
 44 combines machins... mais c'est compliqué.

45 - **Moi : D'accord.**

46 - Laure : Et puis après euh... Sinon après si c'est bien équilibré, que le traitement est adapté, il
 47 n'y a pas de problème en soi. C'est si la personne est en crise, le traitement pas adapté, c'est
 48 plutôt là que le problème peut se poser mais sinon en soi...

49 - **Moi : Et qu'est-ce qui a pu faciliter ou mettre à mal le bon déroulé d'un soin chez ce**
 50 **type de patient ?**

51 - Laure : Ce qui a pu mettre à mal... bah justement quand ils ne sont pas stabilisés. Ils peuvent
 52 être agressifs, ils peuvent être violents, ils peuvent être désorientés... donc voilà ça ça peut
 53 mettre à mal. Et l'autre, la deuxième partie de la question ?

54 - **Moi : ah c'était ça, qu'est-ce qui a pu faciliter ou mettre à mal ?**

55 - Laure : Aah faciliter ! Après des fois il y a Montfavet qui va nous laisser un soignant avec le
 56 malade quand il est vraiment euh... quand c'est un peu compliqué pour lui, mais ça se fait de
 57 moins en moins et puis la dernière fois qu'on a eu cette situation-là, selon le soignant qui était
 58 là euh ...

59 Parce que il y en a, ça ne se passait pas très bien quoi, il ne savait pas gérer le patient, il nous
 60 l'énervait plus qu'autre chose, il n'aidait pas à prendre ses traitements, il ne faisait rien quoi.

61 Alors qu'il y en avait d'autres qui étaient vraiment présents pour le patient qui s'en occupait
62 quoi !

63 - **Moi : Ok, d'accord.**

64 - Laure : Et qui l'apaisaient, qui étaient plutôt aidants... il y en a d'autres qui ne servaient à
65 rien.

66 - **Moi : Et est-ce que des paroles ou des actes au sein de l'équipe, est-ce que ça a pu**
67 **influencer votre regard et votre prise en charge au sein, pour le patient ?**

68 - Laure : Non. (*silence*) Après peut-être si on me dit, « attention lui »... Au début peut-être je
69 me laissais influencer par les transmissions qu'on me faisait. Mais j'ai appris à me dire, « bon
70 on va voir comment ça va se passer »

71 - Moi : Mh ok.

72 - Laure : Je prends les informations qu'on me donne pour euuh ... comme une aide, pour me...
73 (*silence*)

74 - **Moi : Faire une idée ?**

75 - Laure : Pour me faire une idée et surtout savoir un peu faire plus attention à certaines choses,
76 mais pas cataloguer, on va dire, le patient. Me dire, il va être comme ça, absolument. Des fois,
77 en changeant l'équipe, en passant de jour de nuit, ça change complètement la relation avec le
78 patient. Tout change, donc bon. Tu peux tenir compte de ce qu'on t'a dit parce que ça t'évite de
79 te mettre en danger inutilement, on va dire. Ne serait-ce que te dire au début, tu rentres un
80 petit peu, tu fais attention, là, quand t'es derrière moi, je peux sortir vite. Un truc tout bête.

81 - **Moi : Mh Ok.**

82 - Laure : Tu fais moins attention avec d'autres. Mais sinon, après, comment ça va se passer
83 avec ton patient, tu verras quand tu seras dans la chambre hein.

84 - **Moi : D'accord, oui. Et comment est-ce que vous arrivez à mettre en place cette**
85 **relation soignant-soigné avec les patients atteints de troubles psychiques ?**

86 - Laure : Bah des fois, t'y arrives pas, tout simplement... T'as pas vraiment de relation. Et puis
87 sinon, il faut pas s'énervé, il faut y aller en douceur. Mais dans toutes les situations, quand il y
88 a des troubles mentaux ou pas, ça va monter de toute façon. Si toi tu montes, le patient il
89 montera. Il faut toujours essayer de redescendre et le patient il redescendra à ce moment là.
90 Mais bon, ça c'est la théorie.

91 - **Moi : Oui, c'est toujours plus dur en pratique.**

92 - Laure : Et puis des fois, toi aussi t'es un peu plus fatigué, des fois, t'en as marre... et puis...
93 *(souponne)* il te saoule aussi... il fait que te saouler *(rigole en parlant)*. Et voilà, c'est tout t'as
94 pas la patience. Et d'autres jours, t'es plus apte à gérer son mal-être... ça peut bien passer, ça
95 dépend...
96 - **Moi : Et qu'est-ce que vous, vous ressentez lorsque vous savez que vous devez prendre**
97 **en charge un patient atteint de troubles psychiques ? Au niveau émotionnel, je veux dire.**
98 - Laure : Au niveau émotionnel ? Mis à part comme je te dis où des fois ça va me saouler,
99 parce que... *(souponne)* ils veulent pas machin... Ouais, j'ai autre chose à faire, j'ai 15 000 trucs
100 à faire et ça me prend la tête, mais sinon, à part ça, en soi... *(moment de silence)* ça fait partie
101 du travail.
102 - **Moi : Est-ce que... *(quelqu'un entre dans la pièce et interrompt ma question)***

103 *Laure et cette personne discutent entre elles*
104 *Je reprends ma question*

105 - **Moi : Et est-ce que vous avez envie de revenir sur un sujet auquel on a déjà discuté ?**
106 - Laure : Non, ça va. Non, c'est bon. *(se lève et commence à partir)*
107 - **Moi : Ok, c'est bon pour moi. Merci beaucoup de m'avoir accordé du temps.**
108 - **Laure : Je t'en prie.**

ANNEXE 8 : Entretien n°3 : Estelle en Endocrinologie

- 1 - **Moi : Alors je lance l'enregistrement et bien sûr l'enregistrement sera tout anonymisé.**
2 **Alors du coup je me présente : moi c'est Maria, je suis étudiante infirmière en 3ème**
3 **année à l'IFSI d'Avignon. Et du coup mon sujet de mémoire c'est les représentations de**
4 **la maladie mentale en service de soins somatiques. Donc du coup je vous laisse vous**
5 **présenter, faire une présentation générale, votre nom, enfin votre prénom, votre**
6 **expérience**
7 - Estelle : Je m'appelle Estelle, ça fait neuf ans que je suis infirmière. J'ai fait un an et demi en
8 polychirurgie urgence main, un an et demi à peu près en vasculaire, après j'ai fait à peu près 5
9 ans en hémodialyse et là je suis arrivée du coup en endocrino depuis 5-6 mois environ.
- 10 - **Moi : C'est tout nouveau alors ?**
11 - Estelle : Ouais, (*rire*) celui-là de service c'est nouveau.
- 12 - **Moi : Alors du coup, au vu de votre expérience aussi, comment est-ce que vous**
13 **définiriez la maladie mentale ?**
14 - Estelle : Justement j'aurais bien aimé que tu me m'aiguilles, parce que moi maladie mentale
15 ça peut être beaucoup de choses hein. Ça peut être névrose, psychose...
- 16 - **Moi : (*rire*) Avec vos mots... si je vous dis maladie mentale, qu'est-ce que cela évoque**
17 **pour vous ?**
18 - Estelle : La maladie mentale c'est soit ce qu'on appelle maladie psychotique, donc qui serait
19 de la bipolarité, enfin tout ce qui touche... Je suis pas experte de la psy mais en gros tout ce
20 qui touche vraiment, on va dire neuronal, et après maladie névrotique qui toucherait plus
21 dépression, toc euuh... qu'est-ce qu'il y a d'autre ? (*silence*) Ouais déprime, tentative de
22 suicide... ça c'est plutôt de la névrose que de la psychose, je mettrai les deux catégories.
- 23 - **Moi : Ok, et si vous devez définir, en donner 3 mots, qu'est-ce que vous diriez**
24 **globalement pour la définir ?**
25 - Estelle : euuh ... Après ça dépend, si c'est névrotique ou si c'est psychotique. Moi je les
26 différencie vraiment, donc ça va être compliqué. Si c'est névrotique, je dirai mal-être
27 émotionnel et qui peut être physique, et si c'est psychotique, je dirai c'est une projection à part
28 du réel.

29 - **Moi : Ok, d'accord, et quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrer au cours**
30 **de votre parcours, sur une prise en charge, lorsque vous devez prendre en charge un**
31 **patient atteint de troubles psychiques ?**

32

33 - Estelle : Je dirais l'agressivité, parce que quand ils sont en phase d'agressivité, que ça soit
34 névrose ou psychose, c'est compliqué d'apaiser l'agressivité, et les psychotiques de les
35 ramener entre guillemets à notre réalité, et névrotique, par exemple sur un délirium tremens
36 mince ou un alcoolisme, bah c'est compliqué aussi de calmer l'agressivité et d'apaiser. Je dirai
37 que ça c'est compliqué.

38 - **Moi : Ok, et du coup en quoi ça va impacter votre prise en charge en général ?**

39 - Estelle : En général je vais être beaucoup plus méfiante, les soins peuvent être vite impactés.
40 Si t'as quelqu'un qui est en plein délire et qu'il faudrait lui faire une prise de sang ou euuh... je
41 vais quand même éviter de me prendre un coup donc je vais être distante. Je veux dire c'est
42 pas le moment ! On ne peut pas faire. Il faudra voir... prioriser, est-ce que le soin est
43 prioritaire, ou est-ce que l'état de santé du patient est prioritaire aussi, l'état psychique ?

44 - **Moi : Ok d'accord oui, et qu'est-ce qui a pu vous aider à faciliter ou mettre à mal au**
45 **contraire la prise en soin ?**

46 - Estelle : Je dirais souvent on manque beaucoup de connaissances psychotiques. Donc on les
47 voit pas. Je pense que quand nous on est dans... t'as les infirmières psy et t'as nous, quand on
48 n'a pas tous les tenants et aboutissants vraiment des maladies psychiatriques, c'est compliqué
49 je trouve d'anticiper ce qui va se passer et de les prendre en charge correctement, et parfois
50 autant ça va être un mot que moi je vais dire qui va déclencher la crise... et c'est dommage.
51 La pratique je dirais, c'est un peu...

52 - **Moi : D'accord, le manque de savoir du coup.**

53 - Estelle : Ouais le manque de pratique, de savoir. Je pense que parfois c'est délétère pour le
54 patient.

55 **Moi : D'accord ok. Et est-ce qu'il y a par exemple des paroles ou des actes au sein de**
56 **l'équipe qui ont pu influencer votre regard et du coup la prise en charge de ces**
57 **patients ?**

58 - Estelle : mmhh ... Je dois réfléchir, je dois réfléchir aux patients qui étaient psy euuh...
59 (*silence*) Non parce que j'essaye de me dire que baah ça reste une pathologie, donc c'est pas
60 souvent, entre guillemet c'est pas de leur faute à eux, donc euh j'arrive à mettre à distance ce

61 qui se passe, et savoir que je suis pas la cible. Par exemple tu vois quand je te parle
62 d'agressivité ou quoi, je sais que je suis pas la cible directe de l'agressivité, souvent c'est la
63 représentation que je vais avoir du soignant ou quoi, qui fait que... Après, on va dire que
64 j'écoute pas non plus ce que mes collègues vont dire, parce que je préfère me faire ma propre
65 opinion, mais ça c'est mon état d'esprit personnel donc euh, et puis le relationnelle est
66 différent d'un soignant à un autre. Ça peut très bien se passer avec moi, et ma collègue ça se
67 passe mal, et ça peut très bien un jour se passer mal, et un jour se passer bien. Si tu veux en
68 exemple, j'avais un patient en hémodialyse, qui était... j'ai sais plus s'il était schizophrène ou
69 bipolaire... et il avait des phases très agressives, et je le savais que c'était sa maladie, donc
70 même quand il était agressif et que j'étais à côté de lui, j'arrivais à faire abstraction quoi, je
71 sais que c'est la maladie, que c'est pas lui.

72 - **Moi : Après est-ce que de le savoir, ça vous aide ?**

73 - Estelle : Pour le coup, oui. Parce que je veux dire quelqu'un que je ne sais pas, qui est
74 atteinte de pathologie psychiatrique, euh bah je vais me demander qu'est-ce qu'il se passe, et
75 j'aurais plus tendance à prendre l'agressivité pour moi, alors que si je connais son dossier, et
76 que du coup je connais toute sa pathologie, ou même les traitements, bah ça met quand même
77 une grande mise à distance de ce qu'il se passe, et t'arrives à rester dans ton rôle propre, et pas
78 à le prendre personnellement.

79 - **Moi : ok D'accord.**

80 - Estelle : Je trouve que c'est hyper important ouais de le savoir.

81 - **Moi : Oui. Et du coup, avec tout ça, comment est-ce que vous arrivez à mettre en place**
82 **cette relation soignant-soigné ?**

83 - Estelle : Au fur et à mesure, j'ai envie de dire, petit à petit, à force de parler avec eux, de...
84 de faire en sorte qu'eux aient confiance en nous, que quelque part nous aussi qu'on ait
85 confiance en eux, et c'est à force de se connaître. Quand tu les connais, t'arrives mieux après
86 aussi à guider ton soin, tu vois. Par exemple... ça va être quelque chose de bête, mais si tu
87 sais que l'aiguille, ça va être le déclencheur de la crise, bah tu vas l'amener autrement, tu vas y
88 aller plus doucement, et ça, il faut connaître. C'est à force de pratiquer, déjà d'avoir de
89 l'expérience, et en plus de connaître ton patient. Donc j'ai envie de te dire ça, pour le coup,
90 c'est comme tous les patients, je dirais, c'est qu'il ait confiance en nous et qu'on ait confiance
91 en eux, et ça se construit.

92 - **Moi : Ok. Et il n'y a pas une certaine difficulté aussi de compréhension, vu qu'en plus**
93 **de leurs troubles psychiques, du coup, leur rajouter, par exemple, le diabète, une**
94 **affection longue durée, du coup, est-ce que ça va... (me coupe la parole)**
95 - Estelle : Ça pourrait, parce que, par exemple, en hypoglycémie, certains patients sont
96 agressifs. Donc là, de savoir est-ce que c'est l'hypo ou est-ce que c'est la pathologie qui
97 parle... tu as des prises de sang, tu vas faire une glycémie, tu vas vite le savoir, mais sur le
98 coup, premier abord, tu ne vas pas savoir est-ce que c'est la pathologie somatique, est-ce que
99 c'est la pathologie psychique, tu vois. Ça peut être un peu euh... ça peut être un peu plus
100 compliqué, on va dire, mais au final, après, justement, le fait de connaître ton patient et de
101 savoir ses traitements aussi, tu peux vite savoir est-ce qu'il a fait son traitement ou pas.
102 - **Moi : Oui, c'est toute une question de connaître vraiment son patient, du coup.**
103 - Estelle : ouais
104 - **Moi : Et du coup, vous, qu'est-ce que vous ressentez émotionnellement lorsque vous**
105 **savez que vous devez prendre en charge un patient atteint de troubles psychiques ? Est-**
106 **ce que ça vous met en difficulté ?**
107 - Estelle : Franchement, ça dépend. Si ça fait des années qu'il prend son traitement et qu'il est
108 stable, qu'il n'est pas en état de crise, ça ne va rien me changer. C'est un patient comme un
109 autre, pas de soucis. Si il est en état de crise d'agressivité, ouais, je vais être méfiante.
110 Mais je vais être méfiante parce que quand j'étais en vasculaire, j'ai eu un patient qui était
111 dément et on ne me l'avait pas dit. Je ne le savais pas et du coup, j'ai eu une approche peut-
112 être un peu trop directe avec lui. Il m'a déboîté l'épaule, donc du coup, maintenant... (*rire*),
113 j'ai quand même un regard en me disant bon agressivité, ça veut dire que ça peut être aussi
114 dangereux pour moi, donc on y va plus tranquillement.
115 - **Moi : Ok, oui. Est-ce que vous avez envie d'approfondir sur un sujet en particulier ou**
116 **un sujet qu'on a déjà parlé ?**
117
118 (*silence*)
119
120 - **Moi : Parler d'une expérience ?**
121 - Estelle : Je réfléchis.... Non, juste que moi, je différencierais bien tout ce qui est névrose et
122 tout ce qui est psychose parce que pour moi, ça ne se prend pas en charge de la même façon.
123 C'est tout.

124 - **Moi : Ok, d'accord. Mais pour vous, ça fait quand même partie de la maladie mentale,**
125 **mais séparément, on va dire.**

126 - Estelle : Mh Ouais. Maladie mentale pour le coup je trouve ça très global. Mais pour moi,
127 une maladie mentale, comme je te disais, ça peut très bien être quelqu'un qui est en dépression
128 parce qu'il y a eu un événement émotionnel qui lui a choqué euh, une perte de quelqu'un, une
129 tragédie, quelque chose... Que une personne qui est schizophrène et qui est aussi, pour moi,
130 une maladie mentale mais du coup, là, c'est une psychose.

131 - **Moi : Ok, d'accord.**

132 - Estelle : C'est pas une névrose tu vois

133 - **Moi : Ok, oui je vois.**

134 - Estelle : Ça sera pas... Enfin à mon sens, ça ne sera pas les mêmes médicaments, ça ne sera
135 pas les mêmes effets secondaires, ce ne sera pas la même approche parce que les
136 psychotiques, c'est mon sens à moi, mais leur réel à eux n'est pas forcément le même que moi.
137 C'est-à-dire que quelqu'un qui aura des visions.... visuelles, cinesthésiques ou n'importe quoi,
138 je ne vais pas me dire c'est bon il est psy. C'est son monde à lui, l'approche sera plus difficile
139 quand même que quelqu'un qui est névrotique, qui a la même vision du monde, entre
140 guillemets, que moi.

141 - **Moi : Ok, d'accord. Ok, je vois, oui. Merci beaucoup en tout cas de m'avoir accordé du**
142 **temps.**

143 - Estelle : Mais de rien.

ANNEXE 9 : Entretien n°4 : Maud en Traumatologie

- 1 - **Moi : Je lance l'enregistrement et euh du coup, je vais commencer par me présenter.**
2 **Donc moi c'est Maria, je suis étudiante infirmière en 3e année à l'IFSI d'Avignon.**
3 **Et mon sujet de mémoire, c'est euh les représentations de la maladie mentale en service**
4 **de soins somatiques. Euh du coup, je vais vous demander de commencer par faire une**
5 **présentation générale de vous, euh l'année de diplomation, votre prénom...**
6 - Maud : euh. Euh donc moi c'est Maude, je suis diplômée depuis 3 ans. Donc ça fait 2022.
7 Moi j'ai fait mes études dans le nord de la France. Ici, j'ai fait 2 ans en euh dialyse et du coup
8 euh quasiment 1 an ici.
9 - **Moi : OK. D'accord, c'est tout nouveau alors.**
10 - Maud : En chirurgie orthopédique.
11 - **Moi : ok**
12 - Maud : Ouais.
13 - **Moi : OK. Et donc du coup, de part votre expérience, comment est-ce que vous**
14 **définiriez la maladie mentale ?**
15 - Maud : Euh c'est dur ça. Euh ... c'est une pathologie qui influence euh le patient tout au
16 long de sa vie, euh qui va avoir des répercussions sur euh son état d'esprit, sur ses
17 représentations, sur sur euh... son environnement, sur son quotidien et ça aura un impact sur
18 sa vie et sur celle de ses proches.
19 - **Moi : OK. Et euh si vous deviez en donner trois mots pour euh en résumer, la définir.**
20 - Maud : Hmm... (*silence car réfléchis*) Je dirais, je dirais, je dirais... Je dirais solitude. Je
21 dirais mal-être. Je sais pas si ça t'attend...
22 - **Moi : euh j'attends pas forcément un des mots en particulier.**
23 - Maud : Et je dirais incompris.
24 - **Moi : D'accord. Euh pour vous, quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrer**
25 **lors d'une prise en charge avec un patient atteint de troubles psychiques ?**
26 - Maud : Très très gros manque de communication.
27 - **Moi : D'accord. Et euh autre chose ou ?**
28 - Maud : Euh moi je suis quelqu'un je... je comprends la pathologie mentale. J'aime bien la
29 comprendre mais je ne suis pas la bonne cliente pour les patients de pathologie mentale.
30 - **Moi : D'accord.**

31

32 - Maud : Je suis vite excédée. Ça m'énerve. J'en ai une là-bas qui crie toute la journée, elle me
33 saoule. Mais elle y peut rien donc tu peux rien dire, tu restes sur ta position de bah tu es
34 soignant donc euh mais moi ça m'énerve vite.

35 - **Moi : D'accord.**

36 - Maud : Mais elle y peut rien donc je rentre et puis je râle. Voilà. (rigole)

37 - **Moi : OK. Et qu'est-ce qui a pu faciliter du coup ou mettre à mal justement votre le**
38 **bon déroulement d'un soin par exemple ?**

39 - Maud : Alors faciliter ça va être euh passer par autre chose. Donc tout ce qui va être
40 communication euh qui peut être verbale, euh par exemple parler des animaux, parler du
41 temps qu'il fait, parler de toutes autres choses qui est en lien avec la pathologie parce que par
42 exemple, je vais te prendre un exemple ma patiente, euh elle doit garder ses attelles tout le
43 temps, elle doit garder ses pansements. À chaque fois que j'arrive, il y a plus d'attelles, il y a
44 plus de pansements, elle se lève, elle se blesse, elle tombe, elle se casse la figure et elle se
45 casse les os.

46 Euh bah là par exemple, j'ai refait le pansement tout à l'heure, bah « et alors tes enfants,
47 comment ils vont, comment ils s'appellent ? » Passer sur d'autres choses où la patiente va
48 verbaliser un peu. De temps en temps, en profiter pour glisser une question où tu attends
49 vraiment la réponse du style « comment ça va ta douleur », voilà.

50 - **Moi : D'accord.**

51 - Maud : Mais euh essayer de détourner le truc ou regarder la télé avec et puis en parlant
52 d'autres choses, parlant de ce qui l'intéresse.

53 - **Moi : D'accord. Détourner un peu son attention euh OK.**

54 - Maud : Voilà, moi c'est ce que je fais en général.

55 Quand ils sont communicants, quand ils sont pas communicants Hmm... je trouve qu'on peut
56 pas passer par beaucoup de choses à part le toucher si ils acceptent. Donc voilà à ce moment-
57 là.

58 - **Moi : D'accord. Donc ça serait plus quelque chose qui mettrait à mal euh le**
59 **déroulement du soin.**

60 - Maud : Ouais. De toute façon, plus ce qui met à mal c'est la communication. Dans beaucoup
61 de choses, que ce soit euh donc là par exemple ton sujet c'est la maladie mentale mais tout ce
62 qui va être aussi agressivité, euh tout ce qui va être détresse trop grande, détresse euh

63 psychique ou trop grosse anxiété, ça va être la communication qui va être à mal et du coup ton
64 soin va mal se passer parce que la communication est altérée.

65

66 - **Moi : OK, d'accord. Et euh du coup, en quoi ça va impacter votre prise en charge**
67 **globalement ?**

68

69 *(Une aide soignante entre dans la pièce)*

70

71 - Maud : Euh on va pas amener les choses de là...

72

73 *Maud lui répond : Elle est pas là. Elle allait rincer son antibiotique et euh voir sa transfu, et*
74 *voir l'entrée. Un de ces trois trucs.*

75

76 - Maud : Euh tu peux me répéter la question s'il te plaît ?

77 - **Moi : En quoi ça va impacter votre prise en charge ?**

78 - Maud : Ça va l'impacter parce que du coup tu vas pas parler de la même façon avec eux. Par
79 exemple là ma patiente je la je la vouvoie mais j'utilise son prénom plutôt que son nom de
80 famille. Euh ça va aussi impacter parfois on va utiliser des mots plus simples qui sont plus
81 facilement compréhensibles. Euh on va pas utiliser des mots trop compliqués.

82 Enfin je travaille beaucoup sur la communication, ça se voit. *(rigole)*

83 Euh euh ça va aussi impacter sur d'autres méthodes de prise en charge par exemple euh là on
84 est obligé d'utiliser des contentions pour son bien-être. Donc c'est malheureux, on aimerait
85 faire autrement mais quand il y a pas le choix, il y a pas le choix.

86 - **Moi : Oui.**

87 - Maud : Donc euh le soin va être aussi impacté par rapport à ça. Là c'est une patiente qui est
88 qui est contentionnée par exemple aux quatre membres plus ventral quand elle est toute seule,
89 ça reste une grosse contention qu'on préfère éviter mais qu'on peut pas.

90

91 *Une autre personne entre dans la pièce*

92 *Maud lui demande : Euh ouais... tu as besoins d'autre chose ? OK.*

93

94 - **Moi : Euh est-ce qu'il y a euh des paroles ou des actes au sein de l'équipe qui ont pu**
 95 **influencer votre jugement euh ou votre regard envers un patient justement atteint de**
 96 **troubles psychiques ?**
 97

98 - Maud : Pas forcément que ça impacte mais euh tu vas te dire enfin par exemple, on va avoir
 99 un patient qui va rester... nous ils restent très longtemps en général ceux qui ont des
 100 pathologies mentales parce que pas de pas de de retour possible au domicile parce que pas de
 101 SSR vont pas les accepter. Donc nous ils vont rester plus longtemps d'hospitalisation. Ça va
 102 être par exemple euh on va se décharger entre nous par exemple "Oh il m'a saoulé" parce que
 103 mais il y peut rien, donc ça sera jamais envers le patient. Ça va être bah tiens, qu'est-ce qu'il
 104 arrive à le calmer par exemple à ce patient-là, c'est le café. Donc on contrôle de pas lui en
 105 donner 50. Mais on va lui en donner plus qu'à qu'à la moyenne parce que c'est ce qui arrive à
 106 le calmer.

107 **Moi : OK.**

108 - Maud : Ou euh bah lui par exemple, faut pas trop le regarder dans les yeux. Ça va être plus
 109 des consignes entre nous pour que la prise en charge se passe au mieux et que personne enfin
 110 que tout le monde évite de se prendre un gros mur et se donner des tips, des trucs comme ça.

111 - **Moi : Mais oui, ça sera plus des conseils**

112 - Maud : Ouais.

113 - **Moi : Ok D'accord.**

114 - Maud : Mais il y aura jamais, en tout cas dans cette équipe, il y a pas de jugement ni de la
 115 pathologie mentale, ni de euh de la famille ou de l'entourage, peu importe.

116 - **Moi : D'accord, OK. Et euh du coup, comment est-ce que vous arrivez à mettre en**
 117 **place cette relation de confiance, cette relation soignant-soigné ?**

118 - Maud : Parfois tu arrives, parfois tu arrives pas.

119 - **Moi : Mais qu'est-ce que vous utilisez quoi par exemple pour essayer au mieux de de**
 120 **l'amener ?**

121 - Maud : Euh... moi j'essaie de jamais leur mentir. Parce que ils le sentent, ils le... ils le
 122 captent et après ils vont t'en vouloir. Ils se souviennent de tout. Donc par exemple, si je
 123 promets que je vais lui donner un café, un truc tout bête, je vais m'engager à vraiment essayer
 124 de pas oublier et de lui donner son café. Parce que sinon, il va me retenir, « toi c'est mort »
 125 euh et on n'arrivera plus à rien. Euh donc jamais leur mentir, essayer d'être le plus franche en

126 utilisant des mots simples pour euh qu'il y ait cette relation de confiance. Ça sera jamais une
 127 confiance absolue.

128 - **Moi : Hmm hmm.**

129 Maud : Mais il y aura au moins quelque chose euh mais j'essaie de me préserver aussi.

130 Donc par exemple, je ne donne jamais mon prénom à quelqu'un qui a une pathologie mentale.

131 Ni mon nom de famille ou je vais dire « bonjour, je suis l'infirmière ». Alors qu'avec d'autres
 132 patients, je vais dire « bonjour, je suis Maud, je suis l'infirmière d'aujourd'hui ».

133 Parce que après si c'est des patients qui crient beaucoup toute la journée « Maud Maud
 134 Maud » non. 12 h c'est très long, non. *(rigole)*

135 - **Moi : OK. *(je rigole aussi)***

136 - Maud : Euh donc mais après ça permet quand même d'avoir des relations. on va rigoler sur
 137 quelque chose, ça va permettre de créer un petit lien même si ce sera toujours superficiel.

138 Que ce soit pour eux ou pour nous euh c'est pas mentir mais c'est essayer de faire un truc pour
 139 que ce soit plus sympa mais...

140 - **Moi : D'accord. Ça sera pas vraiment pareil que chez un autre patient euh**

141 - Maud : Non parce qu'ils font pas confiance rapidement en général hein. Ils font pas
 142 confiance rapidement, ils sont très méfiants et même pour des personnes qui travaillent en
 143 psychiatrie pendant des années, c'est long les liens à créer. Donc je me doute que c'est pas
 144 nous en 20 jours d'hospitalisation ou au pire 1 mois qu'on va créer quelque chose euh... un
 145 vrai lien.

146 - **Moi : Oui. OK. OK.**

147 **Et euh qu'est-ce que vous ressentez quand vous savez que vous devez prendre en charge**
 148 **un patient atteint de troubles psychiques au niveau émotionnel, je veux dire.**

149 - Maud : Hmm... *(moment d'hésitation)* Je dirais que pour moi c'est comme je traite d'autres
 150 patients sauf quand j'ai beaucoup de travail et quand je suis à la fin de ma journée, je suis très
 151 vite exaspérée. C'est pas de leur faute. Je fais autrement mais moi c'est vrai que c'est quelque
 152 chose qui... en fait c'est surtout ceux qui crient, c'est plus ça.

153 Ceux qui sont un peu déambulants, nous ils peuvent pas déambuler. En chirurgie ortho, ils ont
 154 souvent l'os cassés, en général c'est la jambe. Euh... donc ils peuvent pas déambuler donc en
 155 fait ils sont cantonnés chez nous sans pouvoir fumer, sans pouvoir prendre de café, les deux
 156 seules choses qu'ils font en psychiatrie et euh sans pouvoir euh discuter avec d'autres
 157 personnes. Donc en général au bout d'un moment ça crie et puis ça s'énervé et puis ça ça se

158 calme pas. Ça ça peut m'énervé mais ça sera jamais contre le patient, ça sera jamais envers le
 159 patient, ça sera toujours euh moi quand je rentre chez moi, quand je suis dans la voiture ou
 160 quand je vois mes collègues et que je dirais « J'en ai marre de elle qui crie tout le temps »
 161 *(sourit)*
 162

163 - **Moi : OK. Ça sera jamais euh vraiment quand vous arrivez euh vous voyez qu'il y a un**
 164 **patient euh de n'importe quel trouble et...**

165 - Maud : Non. Non, je parle du principe de j'arrive avec zéro interrogation, zéro euh comment
 166 dire ? idée, idée reçue.

167 Et euh je pars à zéro et puis je vois comment la journée se passe. Si je sens qu'au bout de 3
 168 jours le patient est toujours le même et que bah ça va être compliqué pour moi, bah de temps
 169 en temps je vais déléguer euh puis je vais faire autre chose et puis je vais déléguer à une
 170 collègue et je vais la soulager sur autre chose mais sinon non.

171 - **Moi : OK, d'accord.**
 172

173 *Une deuxième infirmière demande si elle peut nous interrompre un instant*

174 - Maud : Vas-y.

175 - Moi : Allez-y.

176 - *L'infirmière : Je me rappelle plus, c'est deux pour l'EFS ou... et une pour nous*

177 - Maud : Deux pour le FS

178 - *L'infirmière : Ouais, on est d'accord.*

179 - Maud : T'as vu en vérifiant, je t'avais tout fluoter, moi je suis toujours comme ça.

180 - *L'infirmière : Ouais, parfait.*

181 - Maud : Nickel !

182 - *L'infirmière : OK. Merci.*
 183

184 - **Moi : Euh ben moi j'ai terminé avec mes questions.**

185 **Est-ce que vous avez envie de revenir sur un sujet ou parler d'une expérience euh**
 186 **approfondir quelque chose ?**

187 - Maud : Toujours dans le milieu somatique hein on est d'accord ?

188 - **Moi : oui ! Ça peut être quelque chose pas forcément vécu ici mais**

189 Maud : Ouai ! Moi je trouve que c'est très dommage qu'on traite pas la pathologie mentale
 190 comme ça doit être, c'est-à-dire comme une pathologie. C'est-à-dire nous, nos médecins ne
 191 gèrent que la partie somatique. Pour autant, personne ne va gérer la partie psychiatrique.
 192 Je vais te prendre un exemple qui m'est arrivé il y a 1 mois dans ce service, on a eu un jeune
 193 qui a voulu se suicider qui s'est jeté d'une voiture à 150 sur l'autoroute. On était un weekend.
 194 J'appelle le psychiatre de garde parce que c'est quand même un jeune de 20 ans qui a voulu
 195 mourir. « Ah bah non, on pourra pas le voir avant lundi ». Bah on fait quoi ? On lui donne
 196 quand même quelque chose pour essayer de de le calmer, « du Séresta 10 ».
 197 Voilà. Moi ça m'exaspère. De te dire que tu n'as pas de moyens même si tu essaies de faire en
 198 sorte, parce que là par exemple rien que il aurait parlé avec une psychologue ou un psychiatre
 199 serait venu le voir, soit commencer les anti... , enfin je suis pas psychiatre mais commencer
 200 les antidépresseurs ou essayer de de soulager ce pauvre gamin qui qui a qu'une envie c'était
 201 de mourir, qui se retrouve totalement défiguré et euh les... la cheville cassée et puis tout le
 202 bras, tout le corps broyé. Euh moi je trouve ça inadmissible que pendant un weekend on on dit
 203 juste « Bah on attendra lundi ».

204 - **Moi : Ouais...**

205 - Maud : Et ça c'est ça pour tout, c'est-à-dire si tu as un patient qui va déconner au niveau
 206 psychiatrique en en somatique tu n'auras personne qui va s'en occuper. Et à contrario, si tu vas
 207 en psychiatrie, tout ce qui est somatique n'est pas géré.

208 - **Moi : C'est ça, il y a pas vraiment de lien entre les deux euh...**

209 - Maud : aucun oui

210 - **Moi : entre le somatique et le psychiatrique.**

211 - Maud : Chacun gère son truc.

212

213 *L'infirmière entre dans la pièce et fait tomber du matériel de pansement . Elles rigolent toute*
 214 *les deux*

215 - Maud : *Je t'aime, je t'aime si fort.*

216 - *L'infirmière : Ah ça. Je me retiens parce que il y a un enregistrement ! (rigole encore)*

217

218 Maud : Mais tu n'as jamais de lien en fait entre l'un et l'autre, c'est-à-dire là ma ma patiente
 219 pendant 15 jours elle a que eu ses traitements psychiatriques. En n'étant pas ici mais en étant

220 en réanimation. Pendant 15 jours elle a pas eu ses traitements psychiatriques et après on
 221 s'étonne qu'elle soit ingérable.

222 - **Moi : D'accord oui parce que du coup ça a forcément impacté... (me coupe la parole)**

223 - Maud : Ça a fait une chute de traitement et du coup euh ça a impacté maintenant elle est
 224 ingérable. Mais même temps euh ils ont rien fait parce que le plus important c'est pas ça.

225 Mais si on suit pas ça, ça évite la... les complications pour la suite. Comme dans la
 226 psychiatrie, tu gères pas de somatique mais après ça va éviter que les patients soient ici et
 227 qu'ils puissent être gérés plus tranquillement en psychiatrie.

228 - **Moi : Oui c'est ça. Ouais. Je pense que ça on aura jamais euh... (me coupe la parole**
 229 **encor une fois)**

230 - Maud : On pourra rien faire.

231 - **Moi : Franchement je sais pas, j'espère mais euh... j'espère qu'un jour il y aura**
 232 **vraiment un lien entre le somatique et la psychiatrie, que ça s'améliorera.**

233 - Maud : Le problème c'est qu'il y a pas assez de psychiatres. C'est-à-dire rien que... j'ai une
 234 copine qui travaille à Montfavet. À Montfavet, ils ont pas assez de psychiatres pour gérer
 235 Montfavet. Qu'est-ce qu'on veut qu'on ait des psychiatres ici pour gérer l'hôpital

236 - **Moi : (parle en même temps qu'elle) L'hôpital !**

237 - Maud : C'est pas faisable. Mais dans l'idéal ce serait ça, ce serait euh bah comme par
 238 exemple on a un problème diabéto, on appelle l'endocrino. Bah on a un problème
 239 psychiatrique, on appelle le psychiatre.

240 Un psychiatre de garde euh qui gèrerait l'hôpital euh... Ouais Ça pourrait servir.

241 - Moi : Oui ça pourrait être utile ouais.

242 Maud : Mais bon avec des si on referait le monde ! (sourit)

243 - **Moi : C'est ça ! Bon ben merci beaucoup en tout cas de m'avoir accordé du temps.**

244 - Maud : Non, t'inquiète.

245 - **Moi : Merci.**

ANNEXE 10 :Grille d’analyse des entretiens

Thèmes	Cadre de référence	Réponses des soignantes
Les représentations de la maladie mentale <i>Comment définiriez-vous la maladie mentale ?</i>	L'OMS parle de « trouble mental » et le caractérise comme « <i>une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants</i> ». (p.7)	Alexandra : « c'est une maladie euh... difficilement compréhensible pour beaucoup [...] Euh...ce sont des pathologies qui sont généralement mmh prises en charge ici par l'équipe de psychiatrie » (L.19-25) Laure : « C'est un dysfonctionnement au niveau mental qui amène à une souffrance de la personne je dirais. » (L. 23-24) Estelle : « La maladie mentale c'est soit ce qu'on appelle maladie psychotique, donc qui serait de la bipolarité, enfin tout ce qui touche [...] mais en gros tout ce qui touche vraiment, on va dire neuronal, et après maladie névrotique qui toucherait plus dépression, toc [...] déprime, tentative de suicide... (L.18-22) Maud : « une pathologie qui influence euh le patient tout au long de sa vie, euh qui va avoir des répercussions sur euh son état d'esprit, sur ses représentations, sur sur euh... son environnement, sur son quotidien et ça aura un impact sur sa vie et sur celle de ses proches. » (L.15-18)

<i>Si vous deviez en donner 3 mots pour la définir, lesquels seraient-ils ?</i>	« <i>trouble mental</i> » (p.7) « <i>une altération des rapports à l'autre</i> » (p.8)	Alexandra : « Difficulté sociale, exclusion souvent et euuh (<i>silence</i>) hors normes. » (L.29) Laure : « désordres... euh... souffrance du patient et une adaptation aussi du patient du coup. » (L.27-28) Estelle : « ça dépend, si c'est névrotique ou si c'est psychotique. Moi je les différencie vraiment, donc ça va être compliqué. Si c'est névrotique, je dirai mal-être émotionnel et qui peut être physique, et si c'est psychotique, je dirai c'est une projection à part du réel. » (L.25-28) Maud : [...] solitude. Je dirais mal-être. (L.20-21), « incompris » (L.23)
La relation soignant soigné <i>Comment se met en place la relation soignant soigné avec ces patients ?</i>	<i>Alexandre Manoukian et Anne Masseboeuf, placent les échanges au coeurs de la relation soignant soigné.</i> (p.17) « <i>Entre patients et soignants s'échangent des paroles, des sourires, des regards, mais aussi des grimaces, des froncements de sourcils, des</i>	Alexandra : « essayer de comprendre la personne, essayer de l'aider au mieux et essayer de répondre à ses besoins. » (L.80-81), « essaye d'instaurer ça dès l'accueil mais une fois qu'ils sont dans le service en fait tout et n'importe quoi peut casser cette relation » (L.90-91) Laure : « Bah des fois, t'y arrives pas, tout simplement... [...] Et puis sinon, il faut pas s'énervier, il faut y aller en douceur. [...] Si toi tu montes, le patient il montera. Il faut toujours essayer de redescendre et le

<i>Que ressentez-vous lorsque vous devez prendre en charge ces patients ?</i>	<i>exclamations, voire des cris. » (p.17)</i> <i>la relation va bien au delà que de simples échanges, elle a une valeur plus durable dans le temps et est bien plus complexe à installer. La relation est alors influencée par des éléments émotionnels, personnels, sociaux, des attitudes adoptées et est aussi temporel. (p.18)</i> <i>accepter la personne telle qu'elle est, en prenant en compte son histoire de vie tout ceci sans aucuns jugements. (p.18)</i> <i>Un autre point principale de l'approche centrée sur la personne est l'authenticité, c'est à dire être en accord avec sois même, ne pas jouer un rôle ou essayer de dissimuler ses pensées ou émotions et être en</i>	patient il redescendra à ce moment là. » (L.87-90) Estelle : « Au fur et à mesure, j'ai envie de dire, petit à petit, à force de parler avec eux, [...] Quand tu les connais, t'arrives mieux après aussi à guider ton soin [...] C'est à force de pratiquer, déjà d'avoir de l'expérience, et en plus de connaître ton patient. » (L.83-89) Maud : « Parfois tu arrives, parfois tu arrives pas. » (L.107), « moi j'essaie de jamais leur mentir. » (L.110), « donc jamais leur mentir, essayer d'être le plus franche en utilisant des mots simples pour euh qu'il y ait cette relation de confiance. » (L.114-115) Alexandra : « ce que je ressens souvent, c'est des difficultés juste au niveau organisationnel. » (L.98-99), « chronophage, c'est un peu ... on va dire anxiogène » (L.43) Laure : « des fois ça va me saouler, parce que... (<i>soupire</i>) ils veulent pas machin... Ouais, j'ai autre chose à faire, j'ai 15 000 trucs à faire et ça me prend la tête, mais sinon, à part ça, en soi... (<i>moment de silence</i>) ça fait partie du travail. » (L.99-102)
--	--	---

	<i>interactions sincères avec le patient</i> (p.19) <i>le soin ne se résume donc pas à des gestes techniques mais a aussi une part de relationnel</i> (p.21)	Estelle : « Franchement, ça dépend. Si ça fait des années qu'il prend son traitement et qu'il est stable, qu'il n'est pas en état de crise, ça ne va rien me changer. C'est un patient comme un autre, pas de soucis. Si il est en état de crise d'agressivité, ouais, je vais être méfiante. » (L.107-109) Maud : « Je dirais que pour moi c'est comme je traite d'autres patients sauf quand j'ai beaucoup de travail et quand je suis à la fin de ma journée, je suis très vite exaspérée. » (L.138-140)
Les représentations sociales et la stigmatisation <i>Quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrer ?</i>	« le personnel soignant, malgré la formation dont il a pu bénéficier, est également confronté à ces généralisations et peut avoir certaines appréhensions lors de la prise en charge s'il n'est pas habitué à rencontrer des patients atteint de troubles psychiques et mettre à mal la mise en place de la relation soignant soigné. » (p.16)	Alexandra : « les difficultés de prise en charge ici ça va être déjà comprendre la maladie. Comme je disais juste avant malgré les apports théoriques on n'est pas spécialisé » (L.34-36), « des conflits entre les patients, surtout dans les salles d'attente » (L.40), « les difficultés, on va dire de temps, parce que c'est des prises en charge qui vont être très très longues. » (L.40-41) Laure : « les structures ne sont pas adaptées, que je n'ai pas le temps de passer trois quarts d'heure à négocier ou à parler avec quelqu'un. J'ai pas le temps. Quelqu'un qui risque ne serait-ce que de s'échapper, c'est dangereux chez nous parce que tout est ouvert. Donc euhh... on n'est pas

<i>Qu'est-ce qui a pu faciliter ou mettre à mal le bon déroulé d'un soins ?</i>	un service adapté pour les gros troubles mentaux qui ne sont pas équilibrés. » (L.31-35) Estelle : « Je dirais l'agressivité, parce que quand ils sont en phase d'agressivité, que ça soit névrose ou psychose, c'est compliqué d'apaiser l'agressivité, et les psychotiques de les ramener entre guillemets à notre réalité » (L.33-35) Maud : « Très très gros manque de communication. » (L.26) Alexandra : « des locaux plus adaptés, euh peut-être une filière spécialisée. » L.(55-56), « euh peut-être augmenter l'effectif aussi de l'équipe psychiatrique. » (L.59-60) Laure : « mettre à mal... bah justement quand ils ne sont pas stabilisés. Ils peuvent être agressifs, ils peuvent être violents, ils peuvent être désorientés » (L.52-53), «des fois il y a Montfavet qui va nous laisser un soignant avec le malade quand il est vraiment euh... quand c'est un peu compliqué pour lui » (L.56-57) Estelle : « on manque beaucoup de connaissances psychotiques »,
--	--

<i>Est-ce que des paroles ou des actes au sein de l'équipe ont pu influencer votre regard sur ces patients ?</i>	« Ces représentations sont constamment renforcées par nos interactions quotidiennes et par une dynamique de groupes sociales » (p.12) « Ainsi, créer des généralités, qui nous paraissent dans l'instant présent des vérités absolues, est une manière d'élaborer des normes sociales et de conditionner la pensée des individus. » (p.13) « les représentations sociales influencent notre manière de voir les choses aboutissant à la création de stéréotypes et de préjugés. De plus, elles ont des répercussions sur nos comportements et attitudes envers des catégories d'individus que nous avons	(L.46), « le manque de pratique, de savoir. Je pense que parfois c'est délétère pour le patient. » (L.53-54) Maud : « Alors faciliter ça va être euh passer par autre chose. » (L.38), « tout ce qui va être communication euh qui peut être verbale » (L.38-39), « essayer de détourner le truc ou regarder la télé avec et puis en parlant d'autres choses, parlant de ce qui l'intéresse. » (L.49-50) Alexandra : « oui oui et non parce que bon on sait que ce sont des personnes qui ont des pathologies donc c'est pas on va dire que c'est pas de leur faute c'est une maladie. Euuh il y a des fois oui on va dire quelque chose ou faire quelque chose qui va pas leur plaire et qui va créer de suite des tensions. » (L.64-67) Laure : « Non. (silence) Après peut-être si on me dit, « attention lui »... Au début peut-être je me laissais influencer par les transmissions qu'on me faisait. Mais j'ai appris à me dire, « bon on va voir comment ça va se passer » (L.69-71), « Pour me faire une idée et surtout savoir un peu faire plus attention à certaines choses, mais pas cataloguer, on va dire, le patient » (L.76-77)
---	---	--

	<i>formé. » (p.13)</i> <i>« le personnel soignant, malgré la formation dont il a pu bénéficier, est également confronté à ces généralisations et peut avoir certaines appréhensions lors de la prise en charge s'il n'est pas habitué à rencontrer des patients atteint de troubles psychiques. » (p.16)</i>	Estelle : « Non parce que j'essaye de me dire que baah ça reste une pathologie, donc c'est pas souvent, entre guillemet c'est pas de leur faute à eux » (L.59-60), « j'écoute pas non plus ce que mes collègues vont dire, parce que je préfère me faire ma propre opinion » (L.64-65) Maud : « on va se décharger entre nous » (L.92), « Ça va être plus des consignes entre nous pour que la prise en charge se passe au mieux et que personne enfin que tout le monde évite de se prendre un gros mur et se donner des tips, des trucs comme ça. » (L.97-99), « il y a pas de jugement ni de la pathologie mentale, ni de euh de la famille ou de l'entourage, » (L.103-104)
Formation / connaissances de la psychiatrie / manque de moyens		Alexandra : « malgré tout ce qu'on a pu avoir comme apport théorique à l'école, à l'IFSI tout ça, beh ça reste quand même assez difficile à comprendre. » (L.20-21), « pas assez de personnel en psychiatrie aux urgences psychiatriques » (L.23-24), « malgré les apports théoriques on n'est pas spécialisé » (L.35-36), « des locaux qui ne sont pas forcément adapté » (L.48), « on n'est pas une équipe spécialisée » (L.100), « ça reste compliqué parce que ça ne dépend pas que de l'équipe paramédical et médical somatique. » (L.107-108)

		Laure : « on n'est pas un service adapté pour les gros troubles mentaux qui ne sont pas équilibrés. » (L.34-35), « il y a Montfàvet qui va nous laisser un soignant avec le malade » (L.56-57) Estelle : « on manque beaucoup de connaissances psychotiques. [...] t'as les infirmières psy et t'as nous, quand on n'a pas tous les tenants et aboutissants vraiment des maladies psychiatriques, c'est compliqué je trouve d'anticiper ce qui va se passer et de les prendre en charge correctement » (L.46-49) Maud : « je trouve que c'est très dommage qu'on traite pas la pathologie mentale comme ça doit être, c'est-à-dire comme une pathologie. » (L.175-176), « Le problème c'est qu'il y a pas assez de psychiatres » (L.217)
--	--	--

L'étiquette et le soin : quand les mots enferment plus que la maladie

Tout au long de ma formation professionnelle continue, j'ai été plusieurs fois confronté à des patients atteints de maladie mentale ne sachant pas quelle posture professionnelle adoptée. Une situation vécu en stage m'a particulièrement interpellé, ce qui m'a conduit au questionnement suivant : **En quoi les représentations de la maladie mentale des soignants en service de soins généraux peuvent-elles influencer la prise en charge ?** Pour répondre à cette question, j'ai tout d'abord élaboré un cadre de référence me permettant de rassembler plusieurs concepts théorique selon plusieurs auteurs, j'ai ensuite mené des entretiens semi directifs auprès d'infirmières travaillant dans des services de soins somatiques différents. Enfin, une analyse croisée entre les entretiens et le cadre de référence m'a permis de confronter les différents points de vues. Ainsi, les représentations sociales ont une grande place, même dans le domaine de la santé, et ont un impact non négligeables sur la mise en place de la relation soignant soigné. Bien que les professionnels de santé témoignent une volonté de prise en charge équitable pour tous les patients, la stigmatisation indirect est tout de même présente au sein des services hospitaliers. Par ailleurs, ces entretiens ont également soulevé d'autres problématiques, notamment le manque de connaissance de la santé mentale ce qui remet en cause la formation professionnelle, les conditions structurelles peu adaptées et une défaillance dans la continuité des soins entre le somatique et le psychiatrique.

232 mots

Mots-clés : représentations sociales, empathie, relation soignant soigné, maladie mentale, stigmatisation

Etiquette and care : when words confine more than disease

Throughout my continuing vocational training, I often confronted with patients suffering from mental illness, and sometimes struggled to determine the appropriate medical posture to adopt. One particular situation during my placement stood out to me and led the following question : **How can healthcare professionals' perceptions of mental illness in general care units influence the relationship between the carer and the patient ?** To answer this question, I first developed a theoretical framework that allowed me to bring together various concepts from different authors. Then, I conducted semi-structured interviews with nurses working in different general care units. Finally, a cross-analysis of the interviews and the theoretical framework enabled me to compare different point of view. Social representations play a significant role, even in the fiel of healthcare, and have à considerable impact on the implementation of the relationship between the carer and the patient. Although health care professional express a desire to provide equitable care to all patients, indirect stigmatization is still present within hospital departments. Furthermore, these interviews also revealed other issues, particularly a lack of knowledge about mental heath, which calls into vocational training, the inadequacy of structural conditions, and a failure in ensuring continuity of care between somatic and psychiatric units.

204 words

Keywords : social representations, empathy, the relationship between the carer and the patient, mental illness, stigmatization,