



Sidonie PELLEGRIN

Promotion 2023-2026

I.F.S.I. de l'E.R.F.P.P.

G.I.P.E.S d'Avignon et du

Pays du Vaucluse

Représentations sociales et relation de soin

Unité d'enseignement 3.4 S6

Initiation à la démarche de recherche

Date de rendu : 26/05/2026

Directeur de mémoire : Corine VIAU

Remerciements :

Je voudrais remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire, chacune à sa façon et qui m'ont aidée et soutenue de près ou de loin.

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Corine VIAU, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement tout au long de l'écriture de ce mémoire, sa disponibilité, ses conseils et son soutien.

Je remercie également les infirmiers qui ont accepté de réaliser les entretiens.

J'adresse mes remerciements à ma mère qui m'a aidée en corrigeant mon mémoire.

Je remercie aussi mon père qui m'a beaucoup soutenu et encouragée.

Je remercie mes deux sœurs qui m'ont soutenue tout au long de mes études et ont été présentes pour moi dans des moments plus difficiles.

Et je tiens à terminer en remerciant mes amies plus particulièrement Tess PALANQUE et Camille DEFREVAL, que j'ai rencontré pendant la formation qui m'ont toujours soutenue dans les moments de doute et conseillée tout au long de la rédaction de mon mémoire.

Merci également à mon amie Nuria VAN DEN MEERENDONK qui a relu la partie en anglais.

Note au lecteur :

« 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. »

Table des matières

Introduction.....	1
1. Situation d'appel.....	2
1.1 Présentation de la situation	2
1.1.1 Situation n°1	2
1.1.2 Situation n°2	4
2. Questionnement.....	5
3. Question de départ.....	7
4. Cadre de référence	7
4.1 Représentation sociale, préjugé et la stigmatisation	7
4.1.1 Concept représentation sociale	7
4.1.2 Préjugés.....	10
4.1.3 Stigmatisation.....	12
4.1.4 Représentations sociales des personnes souffrant de dépendance	16
4.1.5 Représentations sociales des patients auteurs d'homicide.....	19
4.2 Concept de relation de soins	23
4.2.1 La relation de soin.....	23
4.2.2 La relation de confiance.....	26
4.2.3 La relation de soin avec des patients victimes de représentations sociales	29
5. Enquête exploratoire	32
5.1 Méthodologie envisagée.....	32
5.1.1 La méthode clinique	32
5.1.2 L'entretien semi directif	32
5.1.3 Population et lieu d'enquête	32
6. Résultat de l'enquête.....	34
6.1 Présentation de l'échantillonnage	34
6.2 Analyse synthétique des entretiens	34
6.3 Analyse croisée des entretiens	38
6.3.1 Les représentations sociales.....	38
6.3.2 La relation de soin.....	40
7. Problématique.....	43
8. Question de recherche.....	47

9. Limites et critiques de ce travail de recherche	48
Conclusion	49
Bibliographie.....	51
Annexe	54

Introduction

Notre formation nous pousse à réfléchir sur les différentes pratiques infirmières. Ce sont ces réflexions qui forgeront de nous le soignant que nous allons devenir. Dans ce travail, je m'interrogerai sur les représentations sociales et sur la relation de soin.

En effet, chacun a des représentations sociales conscientes et inconscientes. Elles sont construites par des histoires personnelles, des expériences et par l'environnement socioculturel. Certaines situations vécues en stages m'ont amenée à réfléchir sur leurs impacts dans la prise en charge des patients, surtout chez les personnes alcoolodépendantes ou qui ont commis un homicide.

La relation de soin est au centre du métier d'infirmier, alors je me questionne sur nos propres représentations, elles se basent sur la confiance mutuelle et le respect. Dans cette profession, en tant que soignant, il n'est pas rare de rencontrer des patients présentant certaines pathologies et qui peuvent être victimes de représentations sociales. Il est important pour eux comme tous les autres patients de faire confiance aux soignants. Comment réussir à créer cette relation dans le soin, si le soignant a des représentations et les fait ressentir au patient ?

Afin de structurer cette réflexion, je commencerai par présenter deux situations de stage vécues qui ont suscité mon questionnement. Celles-ci m'ont permis d'identifier une question de départ. Cette question porte sur les représentations sociales et sur la relation de soin. Dans un second temps, je développerai mon cadre de référence en m'appuyant sur la littérature. Mon cadre de référence se présente en deux parties, une sur les représentations sociales et l'autre sur la relation de soin. Je présenterai ensuite mon enquête exploratoire, avec son analyse, enfin je terminerai ce travail par ma conclusion.

1. Situation d'appel

1.1 Présentation de la situation

1.1.1 Situation n°1

Je suis actuellement étudiante en deuxième année en semestre trois. Depuis le début de la formation, j'ai déjà réalisé quatre stages, celui-ci est donc mon cinquième. Je suis dans un service de lits d'accueil médicalisé (LAM). Ce service comporte 18 lits. Il prend en charge des patients atteints de pathologies chroniques, qui ont besoin de soins médicaux et paramédicaux, et nécessitent également d'être d'accompagnés socialement car tous les patients accueillis sont en situation de précarité.

Cette situation concerne un patient que nous allons appeler François. François est hospitalisé dans le service depuis un mois. Il s'agit d'un patient atteint d'un cancer du larynx métastasé, il a une trachéostomie. Ce patient est aussi dépendant à l'alcool et est toxicomane. Son traitement en cours est constitué de paracétamol, ainsi que de morphine, il suit également une chimiothérapie deux fois par semaine. Celle-ci est réalisée dans un autre établissement spécialisé en oncologie. Son cancer a été diagnostiqué il y a environ un an, mais il avait alors refusé tout traitement. Aujourd'hui, il accepte enfin d'être pris en charge.

Sa chimiothérapie entraîne des effets secondaires, il présente un érythème et une sensation de brûlure au niveau du visage, François est douloureux. Son oncologue, se montrant peu disponible François nous dit *« de toute façon le Médecin s'en fout, il dit que je ne suis qu'un drogué et que c'est de ma faute, qu'il fallait que je me soigne avant »*. Lors d'un précédent rendez-vous, un soignant l'ayant accompagné confirme que l'oncologue a effectivement tenu ce genre de propos. Je ressens comme une injustice envers ce patient et cela m'attriste. J'ai du mal à comprendre les propos du médecin et sa façon d'aborder les antécédents du patient, cela me questionne d'autant plus que François essaie aujourd'hui de faire des efforts dans la prise en charge de sa santé (dans le suivi de sa chimio, son traitement et les soins de sa trachéostomie).

Devant l'état du patient, avec l'infirmière, nous décidons d'appeler l'oncologue. Nous lui expliquons la situation en détaillant l'état cutané et la douleur de François. Il décide donc de prescrire une lotion à appliquer sur le visage. A la réception de cette lotion, la médecin du service en présence du patient nous demande la raison pour laquelle nous avons ce produit car il serait destiné au traitement de l'acné. Nous lui expliquons que c'est l'oncologue qui est à

l'origine de cette prescription pour François. Le patient quant à lui insiste pour l'appliquer afin de voir s'il peut être soulagé, même si la médecin du service des LAM reste sceptique. Elle lui demande alors d'essayer et l'encourage à la stopper en cas d'absence d'amélioration. Il s'avère finalement que cette lotion majore la sensation de brûlure nous suspendons donc le traitement.

Par la suite, avec l'accord du patient nous le prenons en photo et l'envoyons à l'oncologue qui n'avait peut-être pas bien compris l'état de François. Cependant, il ne trouve aucune solution pour soulager le patient. La médecin du service lui a finalement prescrit du Dexeryl même si elle pense que ce n'est pas tout à fait adapté à son état. Compte tenu de l'importance des effets indésirables de la chimiothérapie une suspension a été décidée. Après discussion en équipe nous lui proposons de voir « un barreur de feu » pour tenter de l'apaiser. Un barreur de feu est une personne pratiquant le magnétisme et parviendrait à soulager les sensations de brûlures et les douleurs liées à la chimiothérapie. François accepte même s'il a de gros doutes sur ses bienfaits, il pense que ça ne fonctionne pas mais accepte par dépit. Il nous dit même *« je n'ai rien à perdre au pire j'aurai toujours mal »*.

A l'issue de la première séance il consent à continuer cette prise en charge peu conventionnelle. Quand je lui demande comment il se sent, il exprime avoir moins mal mais il n'est pas sûr que ce soit dû au magnétiseur mais ne souhaite pas arrêter dans le doute. Il me dit être content que dans le service il ne se sent pas jugé ni par l'équipe, ni par les autres patients contrairement à ce qu'il ressent auprès de son oncologue. J'ai trouvé que ce climat de bienveillance et d'écoute a permis d'instaurer une véritable relation de confiance avec ce patient, ce qui a favorisé son adhésion aux propositions de soins et son implication dans la recherche de solutions. Malgré ses doutes sur le magnétiseur il dit être content d'avoir trouvé une alternative. J'ai été surprise par la complexité de la situation et par le temps nécessaire pour trouver une option adaptée. Cependant, j'ai trouvé très positif que toute l'équipe se soit mobilisée pour réfléchir ensemble et qu'une stratégie convenant au patient ait pu être trouvée.

Cela m'a également fait réfléchir à l'importance pour nous en tant que soignants de savoir écouter et respecter le patient. J'ai pris conscience que pour le patient, le fait de se sentir « jugé » peut être très « destructeur » dans le vécu de sa pathologie et sa motivation à suivre un traitement.

J'ai aussi ressenti de l'impuissance au fait qu'il n'y avait pas de réponse médicamenteuse efficace. Mais j'ai été rassurée de voir que le travail en pluridisciplinarité a permis d'aboutir à une solution alternative qui a tout de même permis de le soulager.

1.1.2 Situation n°2

Cette situation se passe lors d'un stage en deuxième année dans un service d'accueil crise fermé. Ce service prend en charge des patients adultes en situation de crise. Certains patients sont hospitalisés sans leur consentement.

Dès mon arrivée sur le lieu de stage, l'équipe soignante me demande de prendre le temps de faire connaissance avec les patients avant de consulter leur dossier. Cette démarche permet ainsi d'entrer en contact avec la personne sans a priori. La relation de soin est une relation professionnelle qui se construit dans un cadre défini. Elle repose sur la communication, l'écoute, l'empathie et le respect.

A partir de ma deuxième semaine, je peux consulter les dossiers avec une infirmière. A leurs lectures j'apprends qu'un patient que nous allons appeler Éric a assassiné sa belle-sœur (femme de son frère) lors d'une crise de schizophrénie. L'infirmière m'explique que c'est pour ce genre de situation que l'équipe a décidé que les étudiants ne puissent pas voir les dossiers médicaux dès les premiers jours. Ce qui permet d'éviter les préjugés et de rester naturel dans la communication avec les patients.

Avant de lire son dossier, j'avais déjà discuté avec Éric. Même s'il reste souvent à l'écart des autres patients, il parle facilement avec les soignants. En repensant à nos échanges, je réalise que je l'ai abordé sans crainte, ni idées faites et nos discussions se sont déroulées de façon authentique et sans crainte particulière.

Apprendre son passé me fait réfléchir et me demander quelle aurait été mon approche, ma communication avec ce patient si j'avais été informée de son passé. L'aurais-je abordé de la même manière ? Aurai-je été effrayée de lui parler et/ou ma manière de discuter aurait-elle été différente ?

L'infirmière m'explique qu'au moment du crime, Éric n'était pas conscient de ses actes, car il était en pleine crise de schizophrénie. Aujourd'hui, il est suivi et stabilisé.

Le fait d'avoir pris le temps de le connaître avant de lire son dossier m'a permis de créer une relation soignant/soigné sans préjugé mais aussi de remettre en question mes propres représentations sociales. Cette expérience confirme que la qualité des soins dépend de notre capacité à considérer chaque patient, sans le réduire à des actes faits par le passé d'autant plus lorsque c'est dû à une pathologie.

2. Questionnement

Ces deux situations m'ont vraiment fait réfléchir sur nos idées reçues et sur la façon dont on prend soin des patients. Je réalise que la manière dont on perçoit les patients due à nos représentations sociales, peut vraiment modifier la relation soignant/soigné et donc la relation de confiance qui est indispensable pour la qualité des soins.

Dans la première situation François, est un patient atteint d'un cancer, alcoolique et toxicomane. Il est hospitalisé dans un service de LAM. L'oncologue aurait tenu des propos réducteurs le cataloguant comme toxicomane. Dans la société les personnes souffrant d'addiction seraient vues comme irresponsables, qui ne chercheraient pas à s'en sortir. Ce qui m'amène à me questionner sur les représentations sociales liées à l'addiction si elles peuvent influencer la perception d'un patient par les différents soignants. Les addictions de François ont-elles affecté l'oncologue dans sa manière de le prendre en charge ? S'il n'avait pas été alcoolique ou toxicomane, la prise en charge aurait-elle été différente ? Les représentations sociales liées aux addictions peuvent-elles limiter l'investissement du soignant ou modifier la qualité de la communication avec le patient ? Le fait qu'un patient ait des addictions peut-il impacter l'empathie et l'investissement d'un soignant ? Ces représentations altèrent-elles la qualité du lien thérapeutique ? La culture et les croyances peuvent-elles aussi avoir un impact ?

Ces interrogations m'amènent à réfléchir sur la nécessité d'identifier et de maîtriser nos propres représentations sociales afin de ne pas altérer la qualité des soins. J'ai remarqué que l'équipe du LAM avait une posture bienveillante et à l'écoute du patient. François se sent bien avec l'équipe, peut-être est-ce lié au fait qu'elle a l'habitude de recevoir des patients ayant des addictions et n'ont pas ses perceptions en les côtoyant tous les jours. Nos représentations peuvent influencer notre attitude même inconsciemment, il est donc important de pouvoir les identifier afin d'éviter qu'elles impactent nos relations soignant/soigné.

Dans la deuxième situation Éric, est un patient atteint de schizophrénie, qui lors d'une crise a tué sa belle-sœur. Il est hospitalisé en accueil crise fermé. L'équipe m'avait demandé de ne pas regarder les dossiers patients avant de les connaître. J'ai donc pu échanger avec Éric de façon naturelle sans me douter qu'il avait commis un meurtre. Plus tard en le découvrant je me suis questionnée sur l'impact de cet acte sur la relation instaurée avec le patient. Aurait-elle été différente si j'avais eu connaissance de ce meurtre dès mon arrivée sur le lieu de stage ? Mon comportement aurait-il été différent dû à la peur ou par mes jugements personnels ? Le fait de ne pas connaître son passé m'a-t-il permis de construire une relation plus neutre, sans jugement ?

Aurais-je eu une autre posture de communication ? Cette expérience m'a fait prendre conscience du poids des représentations sociales liées à la maladie mentale. Dans la société la schizophrénie est associée à la violence et donc à la peur ce qui entraîne une certaine distance. Il faut donc apprendre à gérer notre peur et nos émotions pour pouvoir rester neutre face au patient.

Dans le cas de François, la question de la confiance est primordiale, si un soignant exprime, même indirectement, un jugement lié aux addictions ou au refus antérieur de soins, cela peut compromettre la relation de confiance et influencer la communication et la coopération du patient. La relation de confiance s'est faite petit à petit grâce à une posture d'écoute et de respect de la part de l'équipe du LAM. François a exprimé se sentir reconnu ce qui l'encourage à continuer de s'impliquer dans sa prise en charge. Cette confiance s'est établie car l'équipe le voit dans sa globalité et non comme un toxicomane. Un jugement ou une représentation sociale peut-elle empêcher la relation de confiance de se construire ?

Dans le cas d'Éric la confiance s'est créée avant de connaître son passé. La confiance se base sur l'écoute et le respect. Le fait d'avoir instauré une relation de confiance avant de connaître son passé m'a permis de pouvoir la garder. Je me demande comment instaurer une relation de confiance avec de la peur ou d'autres représentations sociales ? Comment maintenir une relation de confiance lorsqu'un événement ou une révélation vient bouleverser l'image que l'on avait du patient ? Comment la connaissance du passé du patient peut-elle influencer inconsciemment nos comportements non verbaux, nos émotions et notre communication ?

Ces deux expériences m'amènent à réfléchir à la manière dont les représentations sociales influencent la relation soignant/soigné et à la nécessité de rester neutre et bienveillant face à chaque patient, quelles que soient son histoire, ses actes ou ses pathologies. Je me questionne sur notre capacité à être conscient de nos propres représentations et à éviter qu'elles ne modifient notre relation soignant/soigné. Les représentations sociales peuvent-elles inconsciemment orienter nos choix, la qualité de soins, nos priorités, ou notre attitude envers certains patients ? Comment préserver la qualité de la relation et la confiance avec le patient lorsque des informations sur son passé pourraient amener des jugements ou des émotions fortes ?

Ces situations questionnent aussi sur la formation et la pratique professionnelle. Sommes-nous suffisamment préparés à identifier nos propres représentations sociales et à comprendre leur influence sur la qualité des soins ?

3. Question de départ

A la suite des questionnements suscités par ces situations, il me semble que les éléments analysés me conduisent à une interrogation plus précise. En effet, les représentations sociales dans la relation de soin m'amènent à me poser la question suivante :

En quoi les représentations sociales des soignants influencent-elles la relation de soin ?

4. Cadre de référence

4.1 Représentation sociale, préjugé et la stigmatisation

4.1.1 Concept représentation sociale

Les représentations sociales sont importantes pour comprendre les relations entre les individus et la société, car elles peuvent influencer la manière dont certaines personnes peuvent être perçues, ce qui peut entraîner des jugements et de la stigmatisation. Le sociologue Emile Durkheim parle de ce concept en abordant les représentations collectives. Il dit que les pensées qui sont sociales ne peuvent pas être réduites aux consciences individuelles « *Il y a des manières d'agir, de penser et de sentir qui présentent cette remarquable propriété qu'elles existent en dehors des consciences individuelles* » (Durkheim, 1895). Avec cette phrase, il affirme que les représentations sociales sont comme des pensées individuelles partagées avec autrui qui sont imposées à tout le monde pour avoir la même vision.

Durkheim montre que les représentations collectives en tant que faits sociaux exercent une contrainte sur les individus. Il affirme que « *les faits sociaux s'imposent à l'individu avec une force qui est la marque du fait social* » (Durkheim, 1895). Elles deviennent donc comme une norme sociale, elles induisent des comportements et la façon de voir le monde. Selon lui c'est dû aux origines des représentations sociales qui sont faites collectivement créant ainsi une sorte de pression sociale. Ces représentations deviennent alors comme des repères pour savoir ce qui peut être considéré comme normal ou pas. Durkheim pense également que ses représentations jouent un rôle pour maintenir une cohésion sociale « *la société ne peut se maintenir que si, entre ses membres, il existe une homogénéité suffisante* » (Durkheim, 1912).

Au XX^e siècle Serge Moscovici un psychologue social modernise la théorie des représentations collectives en s'appuyant sur le travail d'Emile Durkheim. Serge Moscovici parle de

représentations sociales pour expliquer comment les individus et les groupes les construisent pour donner un sens aux choses complexes.

Moscovici démontre aussi que les représentations tiennent un rôle important dans la construction de notre réalité. Cela permet de comprendre des choses difficiles en les rendant plus simples. Il a écrit deux processus sur la formation des représentations, l'objectivation et l'ancrage.

- L'objectivation rend ce qui est abstrait concret « *l'objectivation est le passage du concept à l'image* » (Moscovici, 1961/1976, p.55). Un thème compliqué comme l'addiction ou la schizophrénie se transforme en une image plus simple. Un schizophrène est dangereux est un exemple d'une objectivation car ce n'est pas vraiment la réalité mais il est plus simple de le catégoriser de cette façon. Dans la réalité le schizophrène n'est pas toujours dangereux mais il est plus facile de le mettre dans cette case, cela peut entraîner des déformations de la réalité.
- L'ancrage est lorsque de la nouveauté est intégrée dans une catégorie déjà existante. Moscovici explique que l'ancrage « *transforme quelque chose d'étrange et de troublant, qui nous inquiète, en notre système particulier de catégories et le compare à un paradigme de type ou à un modèle familier* » (Moscovici, 1961/1976, p.62). L'ancrage permet d'interpréter des innovations en les liant à des valeurs ou des croyances déjà existantes dans la société. Les représentations sociales ne montrent pas le monde tel qu'il est mais le modifient de façon à ce qu'il soit plus simple à comprendre.

Denise Jodelet psychologue sociale, dans le livre dirigé par Denise Jodelet *Les représentations sociales* il est dit que les représentations doivent être vues comme « *une forme de savoir pratique, orienté vers la communication et l'organisation des conduites* » (Jodelet, 1989). D'après elle, les représentations sociales viennent des échanges sociaux, du langage utilisé. Elles sont vues 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, 1989). Elles permettent donc d'interpréter la réalité et de diriger les comportements d'autrui. Les représentations viennent de différents milieux sociaux donc d'une culture différente, chaque société a ses propres représentations sociales. Jodelet appuie sur le fait qu'elles sont subjectives « *représenter ou se représenter correspond à un acte de pensée par lequel un sujet se rapporte à un objet.* » (Jodelet, 1989).

Les représentations se font en raison d'un manque de connaissances « *le manque de connaissance d'information et l'incertitude de la science favorisent l'émergence de représentations qui vont circuler de bouche à oreille ou rebondir d'un support médiatique à l'autre* » (Jodelet, 1989, p.51). Elles permettent alors de supprimer l'incertitude et de donner du sens à ce qui est incompris.

Jean-Claude Abric psychologue, rajoute que les représentations sociales se font autour d'un noyau central et d'un système périphérique. D'après Abric le noyau central regroupe « *les éléments les plus stables, les plus consensuels et les plus liés à la mémoire collective* » (Abric, 1994). Il forme la base de la représentation et fait en sorte que la représentation soit cohérente. Le noyau est « *déterminé d'une part par la nature de l'objet représenté, d'autre part par la relation que le sujet entretient avec cet objet* » (Abric, 1988, p69). Les représentations ne peuvent pas être neutres car elles sont liées à un objet et à l'individu ou à des groupes d'individus, c'est dû à la relation que la personne entretient avec l'objet.

Autour du noyau central se trouve donc un système périphérique qui peut évoluer et s'adapter à la représentation lors de situations réelles ou suite à des expériences personnelles. C'est dans ce système que chaque individu évolue en fonction de certains changements dans le monde. Abric dit que « *le sujet ou le groupe aborde et évolue dans les situations qui lui sont proposées avec tout un ensemble d'a priori, de systèmes de pensées préétablis* » (Abric, 1988). Les individus ne voient jamais une situation objectivement. C'est pour cela que « *les comportements des sujets ou des groupes ne sont pas déterminés par les caractéristiques objectives de la situation mais par la représentation de cette situation* » (Abric, 1988). La représentation oriente donc l'action.

Claude Flament, Michel-Louis Rouquette et Christian Guimelli ont eux aussi travaillé sur cette organisation des représentations sociales. Ils pensent qu'il faut prendre en compte qu'elles sont en lien avec les pratiques sociales et donc qu'elles évoluent.

Les représentations sociales ne sont pas juste des opinions individuelles mais sont des pensées partagées structurées autour d'un noyau central et d'un système périphérique. Elles font en sorte de mieux comprendre le monde et dirigent les comportements. Grâce à elles, les sociétés se comprennent.

4.1.2 Préjugés

Les préjugés influencent la manière de percevoir les personnes qui nous entourent en les jugeant ce qui peut modifier les relations sociales. Ils peuvent également de façon inconsciente jouer sur la relation soignant/soigné de façon négative. Le préjugé est un jugement déjà établi à l'avance sur un individu ou sur un groupe d'individus sans avoir de réelle connaissance ni expérience. Ils sont généralement basés sur des croyances partagées socialement avant d'avoir réellement eu une rencontre avec la personne qui est visée par le préjugé. Les préjugés peuvent donc influencer socialement un comportement.

Gordon Allport, psychologue social, fait partie des auteurs référents. Pour lui le préjugé est « *une attitude hostile ou négative à l'égard d'un groupe ou d'un individu appartenant à ce groupe, fondée sur une généralisation erronée et rigide* » (Allport, 1954). Avec cette définition il est mis en évidence que le préjugé est négatif et donc entraîne une attitude « *hostile* » envers un groupe ou un individu. Le tout repose sur une généralisation qui est exagérée et ne prend pas en considération la personne qui est différente car chaque individu est différent. Il n'est plus vu comme ce qu'il est réellement mais par une image faite collectivement. Allport pense que les préjugés sont rigides car malgré les évolutions de la société, le vécu personnel ou les faits qui peuvent les contredire ils n'évoluent pas et restent les mêmes.

Les préjugés se réalisent à base de mécanismes cognitifs. Il est plus facile de catégoriser ce qui nous entoure pour que le monde autour de nous soit plus simple à comprendre. Jean-Claude Deschamps professeur de psychologie sociale et Pascal Moliner également professeur de psychologie sociale, parlent de la catégorisation sociale, tout comme Henri Tajfel psychologue. Tajfel affirme que la catégorisation est un processus qui « *tend à accentuer les différences entre les catégories et les similarités à l'intérieur de celles-ci* » (Tajfel, 1981), ce qui aide à simplifier la réalité sociale. La catégorisation sociale permet de simplifier la réalité mais cela peut entraîner des jugements hâtifs et donc des erreurs faisant que les personnes ne sont plus vues comme elles le sont réellement. Ces catégories sont faites à base de certaines caractéristiques visibles qui permettent de donner des traits communs et c'est ainsi que les préjugés se forment.

Les préjugés et les stéréotypes sont étroitement liés mais sont différents. En effet, les stéréotypes sont des croyances ou des images simplifiées d'un groupe social alors que les préjugés sont dus à une évaluation affective d'un groupe. Serge Moscovici indique que les individus ont le même genre de pensées et elles dirigent la façon de voir le monde et autrui. Les préjugés sont dans un

système de pensées partagées qui s'approchent des représentations sociales, car ils viennent d'une vision collective du monde.

D'après Jodelet et Moscovici les représentations sociales sont créées collectivement pour mieux comprendre le monde qui nous entoure et guident les comportements. Elles sont subjectives car elles sont faites par un individu ou par un groupe d'individus en étant liées à un objet. Les représentations peuvent être positives ou négatives, elles aident essentiellement à comprendre, à communiquer et à ce qu'il y ait une cohésion sociale. Elles sont basées sur les échanges sociaux et sur la culture. Les préjugés eux sont un jugement de valeur très souvent dévalorisant d'un groupe de personnes ou d'une personne généralement dû à l'apparence ou à une catégorie sociale. Les préjugés ne peuvent pas évoluer en fonction de la situation contrairement aux représentations sociales. Les préjugés sont étroitement liés à la discrimination, la stigmatisation et l'exclusion sociale. Ils mettent les personnes touchées par ces préjugés dans des cases et sont souvent exclues de la société. Ils généralisent une population de manière négative due à une affection particulière face à ce genre de personnes.

Les préjugés sont composés de trois dimensions, la dimension cognitive, la dimension affective et la dimension comportementale. La dimension cognitive est liée aux croyances et aux idées d'un groupe de personnes. La dimension affective représente les émotions de ce groupe comme par exemple la peur, la méfiance, le rejet ou le contraire la valorisation mais extrême. Pour terminer la dimension comportementale est centrée sur les comportements envers les personnes concernées par ces préjugés. C'est cette dimension qui dans le soin peut influencer la façon dont le soignant est vis-à-vis du patient : la façon dont il s'adresse à lui, dont il le prend en charge, comment il fait ses soins.

Il est important de comprendre la différence entre les préjugés explicites et les préjugés implicites. Les préjugés explicites sont conscients, ils sont volontairement exprimés envers les personnes concernées. Alors que les préjugés implicites eux ne sont pas conscients ils sont une sorte d'automatisme. Patricia Devine, professeure de psychologie à l'université dit que « *les préjugés peuvent être activés automatiquement, indépendamment des convictions personnelles de l'individu* » (Devine, 1989). L'individu peut être influencé par des préjugés implicites sans le vouloir, indépendamment de ses valeurs. Ce sont ces préjugés qui sont plus compliqués à identifier et qui influencent les comportements.

Dans le domaine de la santé les préjugés implicites sont étudiés car ils peuvent involontairement agir sur des décisions cliniques importantes à prendre et dans la relation soignant/soigné. Ils

peuvent être perçus lors d'échanges moins empathiques envers les patients faisant l'objet de préjugés. Les préjugés sont influencés dans la pratique professionnelle par des normes sociales et culturelles.

Les préjugés se forment avec la socialisation. Ils se font par la famille, l'école, les institutions, les médias qui transmettent des normes, des valeurs et des principes et des réseaux sociaux. Pierre Bourdieu un sociologue dit que les plans de perception et de jugement sont intériorisés et essaient d'être vus comme naturels alors qu'ils se sont créés socialement. Ils orientent la façon de voir et d'évaluer autrui.

Au niveau de la santé certains préjugés peuvent être amplifiés dans certaines pathologies, par certains comportements ou par certaines catégories de personnes. Ces préjugés peuvent amener à des stigmatisations. Les préjugés peuvent avoir des conséquences dans la relation de soin, en influençant la perception du soignant et du soigné et donc mal interpréter certains signaux. La communication peut elle aussi être plus compliquée car le soignant peut vouloir garder une certaine distance relationnelle avec le patient, de plus le patient peut s'en rendre compte et donc avoir une relation de confiance fragile, voire inexistante. Les comportements des soignants peuvent influencer ceux des patients, ce qui peut renforcer les préjugés déjà existants. C'est aussi comme cela que les préjugés continuent d'exister. Les victimes de préjugés peuvent avoir une prise en charge inégale par rapport aux autres patients. C'est pour cela qu'il est important de se poser des questions sur nos propres façons de faire pour savoir si nous sommes dans le jugement et si c'est le cas apprendre à en sortir.

Les préjugés sont donc des constructions sociales et psychologiques qui peuvent influencer les relations. Afin de pouvoir améliorer les relations soignants/soignés et d'avoir une prise en charge égale tout en prenant en compte leurs différences, il est important de comprendre ce qu'est un préjugé pour essayer de se détacher de ceux présents autour de nous.

4.1.3 Stigmatisation

La stigmatisation est un processus social qui joue un rôle dans la construction des inégalités, de l'exclusion et de la discrimination dans la société. La stigmatisation est dans la même logique que les représentations sociales, les stéréotypes et les préjugés, mais elle transforme les différences en négativité. Elle ne vise pas uniquement les personnes individuelles mais également les mécanismes collectifs, institutionnels et culturels. Ces collectifs influencent beaucoup les relations sociales.

Erving Goffman sociologue a développé le concept de stigmatisation dans son livre *Stigmate*. Goffman parle d'un stigmaté comme « *un attribut qui jette un discrédit profond sur un individu* » (Goffman, 1963, p13). Pour lui un stigmaté n'est pas objectif, il est subjectif car c'est le résultat d'une évaluation sociale et c'est pour cela qu'il est négatif envers l'individu qui le subit. Le problème ce n'est pas l'attribut mais la signification que les personnes de la société lui donnent.

Goffman affirme que la stigmatisation se fait lors d'une interaction sociale quand un individu n'est pas vu comme « *normal* », il ne correspond pas aux normes de la société. Il dit que « *la société établit les moyens de catégoriser les personnes et le total des attributs qu'elle estime ordinaires et naturels pour les membres de chacune de ces catégories* » (Goffman, 1963, p12). Il veut dire par là que c'est la société qui crée les normes donc les personnes qui n'entrent pas dans ces normes sont vues comme déviantes et sont donc stigmatisées. La stigmatisation fait partie du principe de normalisation sociale en disant ce qui est normal ou acceptable et au contraire ce qui ne l'est pas.

D'après Goffman la stigmatisation se fait sur un décalage entre l'identité sociale virtuelle et l'identité sociale réelle. L'identité sociale virtuelle correspond aux attentes sociales associées à un individu alors que l'identité sociale réelle correspond à ses caractéristiques concrètes. Quand la différence est jugée de façon négative la personne est discréditée. Goffman affirme que « *L'individu qui pourrait être reçu sans difficulté dans les relations sociales ordinaires se trouve discrédité du fait d'un attribut particulier* » (Goffman, 1963, p14). L'individu est donc rejeté dans les relations sociales dû à un attribut particulier qui est discrédité.

Goffman répartit les stigmates en trois catégories, les stigmates physiques, ceux liés au caractère et les tribaux. Les stigmates physiques sont ceux qui sont en lien avec les personnes qui ont des atteintes corporelles visibles comme certaines maladies et handicaps. Les stigmates liés au caractère sont ceux qui concernent des traits de caractère vus comme moralement condamnables comme les addictions, les troubles psychiques ou des comportements vus comme déviants. Les stigmates tribaux sont liés à l'appartenance à un groupe social ou ethnique, religieux ou culturel. Ces catégories nous montrent qu'il existe différentes sortes de stigmatisations elles peuvent concerner le physique, le comportement ou l'identité même du groupe social de la personne.

La stigmatisation peut entraîner une réduction identitaire à seulement la caractéristique négative de l'individu, il n'est plus vu dans sa globalité. Goffman explique que l'individu qui subit cette stigmatisation est perçu comme « *un être diminué, un homme entaché* » (Goffman, 1963, p 15).

La réduction de l'identité à une caractéristique particulière renforce l'exclusion de la société. Cet individu n'est plus vu comme une personne à part entière, mais uniquement à travers cette caractéristique, qui participe à son exclusion. De ce fait, il sera vu comme appartenant à un groupe social stigmatisé.

Bruce Link sociologue et Jo Carol Phelan chercheuse en sciences sociales, ont travaillé ensemble afin d'approfondir la compréhension de la stigmatisation, en la développant en un processus de plusieurs étapes. Pour eux les différentes étapes sont l'étiquetage, l'association à des stéréotypes négatifs, la séparation entre « *eux* » et « *nous* », la perte de statut et pour finir la discrimination.

- La première étape est l'étiquetage qui consiste à nommer les différences entre les individus et de les classer dans des catégories comme « *toxicomane* » ou « *handicapé* ».
- La seconde étape est d'associer ses étiquettes à des stéréotypes négatifs, une fois étiquetée la société attribue un ensemble de traits, de caractéristiques et de comportements comme pour une personne atteinte de troubles psychiatriques est vue comme dangereuse, imprévisible.
- La troisième étape est la séparation sociale ces personnes sont vues comme différentes et crée donc une frontière entre le « *nous* » et « *eux* ».
- La quatrième étape est la perte de statut ces individus sont dévalorisés et séparés du reste de la société, ils perdent leur légitimité et leur crédibilité.
- Pour finir la discrimination créée par la stigmatisation peut entraîner, par exemple, un refus d'emploi ou de logement. Link et Phelan affirment que « *la stigmatisation existe lorsque ces composantes convergent dans un contexte de pouvoir* » (Link et Phelan, 2001). Ils pensent que la stigmatisation est possible seulement quand certains groupes sociaux ont un pouvoir assez puissant pour pouvoir imposer leur jugement et leur catégorisation.

La stigmatisation est liée aux représentations sociales qui donnent un cadre pour pouvoir donner un sens au monde social qui nous entoure. Denise Jodelet affirme que les représentations sociales sont réalisées à la base par des interactions, par le langage et par les pratiques sociales et donc elles indiquent les comportements à adopter. Lorsqu'un acte de pensée d'un groupe est

associé à des caractéristiques négatives, il favorise le maintien de la stigmatisation. Jodelet affirme que le manque d'information joue un rôle dans la création des représentations négatives. Les représentations simplifiées sont souvent fausses et peuvent aider à la formation du processus de stigmatisation surtout quand elles concernent des maladies ou des groupes sociaux minoritaires.

Nous rencontrons beaucoup de stigmatisation dans le domaine médical. Il y a des pathologies telles que les troubles psychiques, les addictions, le VIH, les cirrhoses, l'obésité... qui sont associées à des représentations sociales négatives en remettant la faute sur le patient atteint de cette pathologie alors que ce n'est pas nécessairement le cas. Goffman nous indique que les stigmates qui sont liés au caractère sont puissants car c'est dû à « *une défaillance morale* » de la personne. La maladie devient donc l'identité du patient et non l'humain dans sa globalité.

Pour les personnes concernées par la stigmatisation il peut y avoir des conséquences. Elles peuvent subir une discrimination, une exclusion sociale, une souffrance psychologique ou une diminution de l'estime de soi. Goffman parle d'un phénomène de stigmatisation intériorisée dans lequel l'individu a le même regard négatif sur lui que lui porte la société. D'après lui les personnes stigmatisées peuvent finir par se voir comme inférieures ou indignes.

Au niveau du soin, la stigmatisation peut modifier la relation soignant/soigné. Les représentations sociales négatives reliées à certaines pathologies peuvent amener consciemment ou inconsciemment à certains comportements. Link et Phelan expliquent que la stigmatisation peut conduire à « *une réduction des opportunités de vie et un accès inégal aux ressources, y compris aux soins de santé* » (Link et Phelan, 2001). Les patients subissant une stigmatisation peuvent recevoir une prise en charge inégale face aux autres patients ou être moins écoutés. Dans la santé comme ailleurs, mais ce n'est pas forcément conscient.

La stigmatisation peut également ralentir l'envie d'aller se faire aider y compris dans le soin. La personne peut avoir peur d'être jugée ou rejetée, elle évite de venir consulter et retarde sa prise en charge médicale. C'est quelque chose de très fréquent dans le domaine de la santé mentale. La stigmatisation est alors un obstacle pour être pris en charge afin d'avoir un traitement adapté à la pathologie qui pourrait l'aider.

La stigmatisation se transmet par un processus de socialisation, elle se fait dans une famille, à l'école, dans les médias, dans les réseaux sociaux et dans les institutions qui participent à la diffusion des normes et des catégories sociales. Pierre Bourdieu montre que les perceptions et les jugements sont intériorisés et sont vus comme naturels alors que c'est la création des

constructions sociales. Ils peuvent être perçus lors d'échanges moins empathiques envers les patients faisant l'objet de préjugés. Ils orientent la façon dont nous percevons autrui et comment nous continuons à créer et garder les stigmates.

Il est important de savoir que la stigmatisation n'est pas figée, elle peut se modifier et évoluer. Elle peut évoluer comme les représentations sociales grâce aux transformations sociales, aux recherches scientifiques et avec la sensibilisation au monde de ces stigmates. Savoir comment fonctionnent les mécanismes de la stigmatisation aide à mieux les supprimer et donc à avoir des pratiques professionnelles plus égales, justes et humaines surtout dans le domaine du soin.

La stigmatisation est un processus social basé sur des représentations collectives, des préjugés et des rapports de pouvoir. Elle amène à la disqualification sociale de certaines personnes et groupes d'individus ce qui amène à des conséquences dans la perception de soi, dans la santé et sur les représentations sociales.

4.1.4 Représentations sociales des personnes souffrant de dépendance

Les personnes souffrant d'addictions à l'alcool et/ou aux drogues font l'objet de représentations sociales. Ces personnes subissent des jugements moraux, et dans l'imaginaire collectif sont vues comme déviantes et dangereuses. Ces représentations influencent la façon dont ces personnes sont vues et jugées et donc comment elles sont traitées dans la société comme dans le domaine du soin. L'alcoolisme est aujourd'hui reconnu comme une pathologie chronique mais les alcooliques sont toujours vus comme des personnes qui manquent de volonté et faibles moralement. En oubliant que c'est réellement une pathologie ces personnes sont donc stigmatisées.

D'après l'OMS l'alcoolisme est « *un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels la consommation d'alcool devient prioritaire par rapport à d'autres comportements autrefois plus valorisés* » (OMS, 2014). Avec cette définition nous pouvons comprendre que l'alcool a une place importante pour ces personnes, il devient même prioritaire pour elles avant certains besoins normalement prioritaires. Dans les représentations sociales l'image simplifiée de l'alcoolique est vue seulement par la consommation abondante d'alcool et son état dû à cela et non par l'histoire de la personne ni comme une pathologie.

Dans le livre *Les représentations de l'alcoolique : images et préjugés* dirigé par Henri Gomez avec Micheline Claudon et Gérard Ostermann (2015), nous apprenons que l'image de l'alcoolique s'est faite historiquement à base de figures négatives qui sont ancrées dans la

culture collective. Ces images ont été véhiculées par des récits littéraires, les représentations médiatiques, dans les pratiques institutionnelles et dans les discours sociaux. Pendant longtemps l'alcoolisme était vu comme héréditaire « *l'excès de boissons engendre dans le système nerveux des désordres d'autant plus graves qu'ils sont héréditaires et se transmettent à la descendance en s'aggravant de génération en génération* » (Gomez et al., 2015, p18). Cette représentation met même un enfant de parents alcooliques dans le jugement que s'il n'est pas encore alcoolique il va finir par le devenir car c'est dans la nature de la personne.

Considérer l'alcoolisme comme héréditaire revient à le percevoir comme inévitable pour la personne. De ce fait, la société peut se sentir moins responsable et donc se sent moins concernée pour faire de la prévention. La personne va forcément reproduire le même schéma que ses parents, c'est inévitable, ce qui accentue l'isolement social. Cette représentation sociale déshumanise la personne alcoolique : elle n'est plus perçue comme quelqu'un à part entière, mais comme une personne porteuse d'un défaut qui se transmet de génération en génération.

Dans les représentations sociales, nous pouvons retrouver que l'alcoolisme est associé à la criminalité et à la pauvreté. Gomez, Claudon et Ostermann expliquent que dans la plupart des discours il est dit que « *ce sont les excès de boissons qui conduisent à la pauvreté et à délinquance, non l'inverse* » (Gomez et al., 2015, p19). Dans cette représentation, l'alcoolique est responsable de sa situation c'est-à-dire qu'être dans la pauvreté et dans la délinquance serait dû à l'alcool. La précarité est donc vue comme une conséquence de l'alcool. Le fait de voir les personnes alcooliques de cette façon empêche de voir leur vie en dehors de l'alcool. Elle est donc responsable des difficultés qu'elle endure. Le rejet, la méfiance et l'indifférence de ces individus sont donc normales, surtout lorsqu'ils sont en situation de précarité.

Les récits culturels et la littérature aident la création et la diffusion de ces représentations sociales. Les écrivains et les médias ont créé les différents types de buveurs pour aider à l'imaginaire collectif. Les auteurs font une différence entre le « *bon buveur* » et le « *mauvais buveur* ».

Le bon buveur est vu comme un homme sociable, convivial et intégré il arrive à boire en société sans déraper « *Au pire, celui qui a abusé de ladite bouteille s'endort dans son wagon de première classe ou s'adosse à un réverbère sans gêner les passants* » (Gomez et al., 2015, p23). Il boit seulement en société pour faire la fête et aider à la sociabilité.

Le mauvais buveur lui boit seul sans raison valable de façon excessive et sans contrôle. Il n'a plus aucune norme sociale « *Dans un premier temps, ils se rendent violents. [...], le buveur*

cherche querelle [...]. Dans un second temps hébété, il s'endort près de sa victime, dans la vomissure, et au matin ne se rappelle de rien » (Gomez et al., 2015, p24). Cette vision permet de banaliser certaines consommations tout en stigmatisant celles qui posent problème mais les auteurs montrent que cette distinction est fausse.

Les auteurs expliquent que le bon buveur n'est qu'une construction sociale qui ne montre pas la réalité sur les méfaits de l'alcool. Valoriser la consommation d'alcool même si ce n'est que socialement peut engendrer des conséquences sur la santé physique et mentale.

Dans les représentations sociales l'alcoolique est souvent animalisé. Cette animalisation aide à déshumaniser la personne alcoolique. Elle est vue comme incapable de se maîtriser et de prendre des décisions ce qui permet l'exclusion sociale car il n'est plus vu comme responsable.

D'après le livre *Les représentations sociales de l'alcoolique image et préjugés* les représentations sociales sont différentes selon les genres. Les hommes sont vus comme violents, dangereux, irresponsables et immatures alors que les femmes sont de mauvaises mères et perdent toute leur beauté. Cela renforce la honte pour les femmes alcooliques.

Les toxicomanes eux aussi subissent des représentations sociales très négatives. La toxicomanie est vue comme une déviance volontaire. De plus la consommation de drogue est illégale en France, donc mal perçue par la société. Elle est donc associée à la délinquance, à la dangerosité et à l'illégalité. Howard Becker sociologue dit que « *les groupes sociaux créent la déviance en établissant des règles [...] et en les appliquant à certains individus en les étiquetant comme outsiders* » (Becker, 1963). Le toxicomane est donc déviant car c'est comme cela que la société l'a étiqueté.

Les représentations sociales des toxicomanes sont surtout liées à l'idée de dépendance totale du produit consommé. Ils sont perçus comme des personnes ne pouvant pas se contrôler, incapables de travailler, d'entretenir des relations et de faire des choix rationnels. En les voyant ainsi revient à ignorer les véritables problèmes liés à l'addiction ainsi que les difficultés psychologiques qui l'ont provoquée ou qui en résultent. Alain Ehrenberg sociologue dit que les conduites addictives sont comme une « *pathologie de l'insuffisance* » (Ehrenberg, 1998). Dans cette phrase il nous dit que ce sont les souffrances psychiques qui amènent aux conduites addictives ce qui ne fait pas vraiment partie des représentations sociales sur ce sujet.

Dans le domaine de la santé, la personne toxicomane est vue comme une menteuse, peu fiable et manipulatrice. Les voir de cette façon complique la relation avec le soignant car ils sont

constamment remis en question. Les représentations sociales influencent les comportements comme le dit Moscovici « *les représentations sociales orientent les comportements et les pratiques* » (Moscovici, 1961/1976). Les professionnels de santé peuvent être méfiants et garder une distance en raison de ces représentations.

La personne toxico-alcoolique subit deux fois plus de stigmates car elle est dépendante à plusieurs produits et donc renforce l'exclusion sociale. Link et Phelan expliquent que « *la stigmatisation conduit à une perte de statut et à un accès inégal aux ressources* » (Link et Phelan, 2001). La personne toxico-alcoolique est donc plus défavorisée dans l'accès aux soins, pour sa recherche de logement et d'emploi.

Les représentations sociales envers les personnes toxico-alcooliques les réduisent seulement à leurs consommations. Elles ne sont plus vues comme des personnes entières mais seulement comme dépendantes à un produit. Jodelet explique que « *représenter ou se représenter correspond à un acte de pensée par lequel un sujet se rapporte à un objet* » (Jodelet, 1989). Ici la représentation du point de vue est négative, le toxico-alcoolique est réduit à une personne dépendante.

Au niveau de la prise en charge dans le soin, ces représentations peuvent créer des inégalités. Comme les toxico-alcooliques sont vus comme des personnes non observantes, pas motivées pour se reprendre en main et responsables de ce qui leur arrive, ils peuvent être moins écoutés par le professionnel de santé et garder une certaine distance relationnelle.

Comprendre les représentations permet de mieux comprendre la stigmatisation et donc pouvoir se rendre compte de nos propres représentations, donc améliorer la prise en charge des patients concernés par ces représentations.

4.1.5 Représentations sociales des patients auteurs d'homicide

Les patients ayant commis un homicide sont au centre des représentations sociales. L'homicide fait partie des plus gros crimes qui existent dans la société, car c'est donner la mort à une personne. Les personnes ayant commis ce genre d'acte ne sont vues plus que par cet acte sans connaître l'histoire, sans prendre en compte le parcours de cette personne, son état psychique ni les circonstances du passage à l'acte. Dans l'imaginaire du collectif ces personnes-là sont vues comme imprévisibles, irrécupérables, violentes et dangereuses. Ces représentations influencent donc la façon dont les patients sont vus, mais aussi la prise en charge et leur accompagnement.

Norbert Elias écrivain et sociologue dit que les sociétés modernes visent un processus de civilisation afin de contrôler la violence individuelle. Il explique que « *le monopole de la violence physique légitime est progressivement transféré à l'Etat* » et « *la contrainte exercée par les autres est progressivement transformée en autocontrainte* » (Elias, 1939). L'homicide est donc un acte qui se trouve hors des relations sociales ordinaires c'est pour cela que ces personnes sont repoussées, elles ont franchi une limite et ne peuvent plus revenir en arrière. C'est pour cela que généralement ces personnes sont exclues de la communauté morale et sociale.

Dans les représentations sociales, nous pouvons voir que l'homicide est interprété comme révélant la vraie personnalité de la personne l'ayant commis. David W. Garland juriste, explique que les auteurs de ces crimes violents sont généralement vus comme des personnes dangereuses de nature. Il dit que « *le criminel violent est perçu comme porteur d'un danger durable, inscrit dans sa personnalité* » (Garland, 2001). Voir la personne ainsi empêche d'essayer de comprendre ou de penser que cet acte est issu d'une crise psychique comme la schizophrénie par exemple. L'individu est seulement vu comme un meurtrier.

Les médias font circuler et participent aux représentations sociales. Il y a des faits divers qui y sont racontés et avec une certaine émotion qui font sentir la peur. Jean-Claude Kaufmann sociologue explique que le fait divers transforme un événement particulier en symbole collectif de la peur. Les personnes ayant commis un homicide sont décrites comme des personnes inhumaines et monstrueuses. Cette façon de les voir empêche de comprendre la réelle cause de ce passage à l'acte.

Un individu ayant des troubles psychiques comme la schizophrénie et qui a commis un homicide, la stigmatisation est encore plus prononcée. Les personnes souffrant de pathologies mentales sont vues comme violentes et dangereuses d'autant plus si elles ont commis un homicide, car elles ont les deux « *étiquettes* ».

Didier Fassin anthropologue et sociologue dit que « *la psychiatrie devient un langage pour dire la dangerosité* » (Fassin, 2015). La psychiatrie engendre de la peur, tout comme un passage à l'acte donc l'accumulation des deux renforce l'exclusion.

Dans l'imaginaire du collectif les personnes ayant réalisé un homicide sont vues comme une menace pour toujours. Ulrich Beck sociologue parle d'une « *société du risque* » où chaque individu est évalué pour voir le degré de danger qu'il représente. Un patient de psychiatrie ayant commis un homicide même en étant stabilisé et suivi régulièrement. Il est vu comme un danger

constant car il pourrait recommencer. La peur de récurrence est très présente dans les représentations sociales et c'est surtout pour cela qu'ils engendrent la peur.

La psychiatrie et les institutions judiciaires sont elles aussi influencées par les représentations sociales même inconsciemment. Marc Renneville, historien dit que les auteurs des homicides sont vus comme des personnes dangereuses dans la durée. Il explique que « *la dangerosité devient un critère central d'évaluation* » (Renneville, 2010). L'auteur d'un homicide d'après la société ne peut pas changer il restera une personne étant passée à l'acte. Dans la psychiatrie la prise en charge du patient est concentrée sur la sécurité, la surveillance pour prévenir d'un potentiel danger, ce qui peut nuire lors de la relation de soin.

Paul Ricœur, philosophe, explique que certains actes commis sont vus comme impardonnables par la société. Il dit que « *l'homme n'est pas seulement ce qu'il fait* » (Ricœur, 1990). La personne n'est pas seulement l'acte commis mais doit être vue dans sa globalité. Sinon c'est une réduction identitaire et l'individu aura donc des difficultés pour se réinsérer socialement.

Dans le domaine médical, les représentations peuvent également influencer les comportements des soignants. Ils peuvent ressentir de la méfiance, de la peur et être mal à l'aise en face de ses patients. Christophe Dejours, psychiatre et psychanalyste pense que la distance émotionnelle face aux patients peut permettre de se protéger. Il explique que « *la défense consiste à se protéger contre la souffrance* » (Dejours, 1998). Cette distance peut permettre au soignant de se protéger mais elle peut entacher la relation soignant/soigné.

Les personnes ayant commis un homicide peuvent se voir elles-mêmes de façon négative en raison des représentations sociales. Axel Honneth, philosophe et sociologue explique que le manque de reconnaissance sociale peut avoir des conséquences sur l'identité de la personne. Il dit que « *l'estime de soi dépend de la reconnaissance sociale des capacités et des qualités de l'individu* » (Honneth, 2000). Cette personne peut se voir comme dangereuse, indigne et incapable de changer, d'évoluer.

Il est compliqué d'évaluer si la personne ayant commis un homicide est responsable ou non surtout lorsque ce sont des personnes présentant des troubles psychiques. Dominique Memmi chercheuse en sociologie explique que ses personnes se retrouvent entre une sanction (la prison par exemple) ou une prise en charge médicale. Elle dit que « *la médecine et la justice se partagent la prise en charge du déviant* » (Memmi, 2003). Le fait que ces personnes se retrouvent entre deux possibilités complique leur prise en charge et aide les représentations sociales négatives.

Depuis toujours les auteurs d'homicide ont toujours été associés à la peur dans la société. Frédéric Chauvaud historien spécialiste de la justice pénale dit que « *la figure du criminel cristallise les peurs collectives* » (Chauvaud, 1999). Malgré les évolutions les regards restent les mêmes dus aux anciennes représentations sociales.

Les représentations sociales mettent toutes les personnes qui ont réalisé un homicide dans la même case alors que comme le rappelle Maurice Cusson professeur de droit pénal « *la criminalité est un phénomène complexe et multiforme* » (Cusson, 2005). Chaque homicide est différent, les contextes ne sont pas les mêmes, le criminel n'a pas le même parcours de vie ni la même intention. Dans l'imaginaire collectif les auteurs d'homicide sont tous vus de la même façon. La stigmatisation est donc renforcée.

Afin de pouvoir prendre en charge correctement ces patients, il est important de comprendre le passage à l'acte. Cela permet également de prévenir d'éventuelles récidives. Le but n'est pas de pouvoir le justifier mais de le comprendre. Jean Maisondieu, psychiatre et pédopsychiatre explique que « *comprendre n'est pas excuser* » (Maisondieu, 1997). Une autre auteure le rejoint sur ce point, Hannah Arendt, politologue pense que « *comprendre n'est pas pardonner* » (Arendt, 1963). Voir les choses de cette façon permet de ne pas limiter la personne à son acte mais de la voir dans sa globalité. Au niveau du soin la prise en charge pourra être plus humaine.

Comme le rappelle Denise Jodelet « *les représentations sociales ne sont jamais figées* » (Jodelet, 1989). Les représentations sociales peuvent évoluer grâce aux avancées scientifiques, à la sensibilisation du public et à la formation des professionnels de santé. Grâce aux nouvelles pratiques et aux nouvelles connaissances elles peuvent être transformées pour se rapprocher de la réalité petit à petit.

Pour les professionnels de santé comprendre les représentations sociales et prendre du recul sur leur propre jugement permet d'améliorer la prise en charge des patients de ce type. Les auteurs d'homicide évoquent la peur et la dangerosité et sont réduits à leur seul acte. Les représentations sociales peuvent impacter le jugement au niveau de la justice et dans le soin. Les comprendre aide à lutter contre la stigmatisation.

4.2 Concept de relation de soins

4.2.1 La relation de soin

La relation de soin est un élément central lors de la prise en charge des patients. Elle ne se limite pas uniquement à l'exécution de gestes techniques, mais comprend l'aspect humain et psychologique. En effet, il est important de pouvoir rassurer le patient avant la réalisation d'un soin, surtout lorsque celui-ci peut être source d'angoisse. Comme l'explique Monique Formanier enseignante à l'institut international supérieur de formation des cadres de santé, la relation de soin avec le patient « *répond non seulement à ses besoins mais aussi à ses demandes, il semble nécessaire de compléter la conception de Henderson par d'autres approches [...] centrées sur le développement d'une relation interpersonnelle entre l'infirmière et la personne soignée* » (Formanier, 2007).

De plus, ces propos sont complétés par Hervé Ménaut infirmier en psychiatrie, qui explique que la relation de soin est une rencontre humaine et pas seulement un acte de soin technique, « *les soins infirmiers intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade* » (Ménaut, 2009). Dans cette relation il faut donc des soins techniques et relationnels de qualité. De ce fait, il est donc important de voir la personne dans sa globalité, d'être attentif à ses besoins et d'être à son écoute. C'est pour cela que Formanier explique que la relation de soin est une rencontre unique entre le soignant et le soigné. Elle dit que « *chaque patient est unique, chaque infirmière est différente, chaque rencontre est donc singulière* » (Formanier, 2007). La dimension relationnelle ne peut donc être dissociée des soins « *la dimension relationnelle du soin est une dimension absolument indispensable aux soins : il n'y a de bons soins que les soins riches en relation* » (Ménaut, 2009).

De plus, selon Jean Daniel Reynaud professeur de sociologie, la relation de soin ne se fait pas de façon aléatoire, elle se base sur des règles et des habitudes partagées. Ce sont ses habitudes qui vont reconforter le patient. Il nous dit que « *sans régularité dans les comportements, sans codes et actions répétitives qui encadrent l'action, sans horaires fixes, les actions humaines imprévisibles et chaotiques ne pourraient pas se coordonner entre elles* » (Reynaud, 1997). C'est la routine qui permet d'établir cette relation de soin, sans elle et avec de l'imprévisibilité elle ne se ferait pas. Ce sont ses règles qui aident à la formation de la relation de soin, « *les règles sont des instruments de coordination de l'action* » (Reynaud, 1989).

Selon plusieurs auteurs, la relation de soin peut prendre différentes formes, en effet elle varie en fonction des patients, des soignants, de la situation du patient et de l'intervention. De ce fait la relation peut prendre la forme de civilité, d'empathie, d'aide psychologique, de relation thérapeutique, éducative et la relation de soutien social.

- Concernant la relation de civilité, celle-ci est liée aux échanges quotidiens qui sont simples et respectueux. Ce sont ces échanges qui permettent au patient de se sentir à l'aise. Zaccaï-Reyners indique que la relation de soin est plus respectueuse lorsque le patient se sent reconnu comme une personne ayant des droits. Elle dit que les « *rapports de proximité et de l'interdépendance qui engagent les partenaires émotionnellement* » (Zaccaï-Reyners, 2006). Les gestes les plus simples comme la politesse de dire bonjour, merci, de rien, frapper à la porte avant d'entrer dans la chambre, expliquer ce que l'on va faire au patient et respecter son intimité ont un impact direct sur le patient et comment il va vivre cette relation. Ces gestes de civilité et d'humanité prouvent au patient qu'il est respecté.
- La relation d'empathie se base sur la capacité du soignant à comprendre le patient, à réussir à se mettre à sa place et de comprendre ce qu'il vit et ressent. Cela permet d'adapter la prise en charge du patient. Carl Rogers psychologue définit l'empathie par le fait de « *percevoir le cadre de référence interne d'autrui [...] comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si »* » (Rogers, 1959). Le soignant peut donc comprendre le ressenti du soigné mais il faut faire attention à garder la juste distance professionnelle. Roger Mucchielli psychologue, dit que l'empathie est un « *effort de décentration par rapport à soi pour entrer dans l'univers de l'autre et le comprendre humainement* » (Mucchielli, 1972). En s'imaginant à la place d'autrui et en entrant dans son univers permet de comprendre l'humain. Cette relation permet d'établir une relation de confiance. Elle permet de comprendre les angoisses de l'autre et donc d'essayer de les calmer. Le patient peut se sentir reconnu, respecté et entendu donc les interactions entre les soignants et les soignés peuvent être de meilleures qualités.
- Pour ce qui est de la relation d'aide psychologique, elle est aussi appelée counseling. Elle permet au patient de parler de sa souffrance psychique, de ses peurs et des difficultés qu'il rencontre. Cette forme de relation prend en compte le psychique et les

émotions de la personne. D'après Formarier « *les relations de soins ne relèvent pas du hasard, avec les soins techniques, elles sont l'expression, l'objectivation de la démarche clinique mise en œuvre dans la prise en charge de la personne soignée* » (Formarier, 2009). Les relations ne sont donc pas dues au hasard, elles se forment grâce aux connaissances que le soignant a sur le soigné afin d'adapter sa prise en charge. Cette relation complète les soins techniques.

- La relation thérapeutique elle, se construit entre le soignant et le soigné pour permettre au patient d'aller mieux. Ensemble ils s'allient de façon à atteindre un objectif de santé commun. Pour qu'elle se forme il est nécessaire d'avoir une communication et d'établir un cadre. D'après Siddhiraj Banjac psychologue et thérapeute, dit qu'elle commence dès le début au « *temps zéro, ce tout premier moment présent du contact* » (Banjac, 2024). Cette première rencontre met les bases de la relation, c'est important qu'une relation de confiance se fasse. Il dit également que « *plus tôt une alliance satisfaisante ou convenable est installée, plus les pronostics seront meilleurs* » (Banjac, 2024). La relation thérapeutique se base donc sur la confiance.
- Pour la relation éducative, celle-ci permet au patient de mieux comprendre sa pathologie. Le soignant transmet des connaissances permettant au patient d'être acteur dans sa prise en charge. Jean-Marie Revillot cadre de santé infirmier et Chantal Eymard enseignante, chercheuse en science infirmière, disent que le soin éducatif sert à « *permettre à l'autre d'advenir mais aussi de devenir autonome [...] en découvrant ses potentialités* » (Revillot et Eymard, p 78). En apprenant plus sur sa pathologie le soigné va pouvoir être plus autonome.
- Pour finir, la relation de soutien social est un accompagnement émotionnel et relationnel permettant d'éviter l'isolement des patients. Elle se crée lors d'échanges et grâce au cadre rassurant et stable que le soignant apporte. Cette sécurité aide dans l'engagement du patient dans sa prise en charge et renforce la relation soignant/soigné et la confiance. Jean-François Médard enseignant en sciences politiques, dit que « *dans nos sociétés contemporaines le ciment d'un échange social durable reste la confiance. Cette confiance n'est pas donnée, elle doit être construite dans et par le processus même de l'échange* » (Médard, 1995).

Dans la relation de soin il existe une notion de rôle. Chacun a une place particulière qui influence la façon d'agir. Ces rôles participent à créer une relation asymétrique entre le soignant et le soigné. En effet, le soignant détient un certain pouvoir lié aux connaissances et aux compétences qu'il a acquises. Les soignants et les soignés peuvent penser qu'ils partagent les mêmes objectifs, cependant comme le souligne Nathalie Zaccai-Reyners chercheuse et professeur d'université « *cet accord normatif ne va pas précisément de soi* » (Zaccai-Reyners, 2006). Si les objectifs ne sont pas discutés, il est possible qu'ils soient différents. Il peut ainsi exister « *un décalage important entre les besoins, les désirs, les valeurs des soignants et des soignés* » (Zaccai-Reyners, 2006). Ce décalage peut entraîner un malentendu dans la relation de soin. Par ailleurs, les comportements des soignants comme des soignés participent au renforcement de cette relation asymétrique. La relation est interdépendante sans le soignant, cette relation n'existe pas, tout comme elle ne peut exister sans le patient.

L'asymétrie de cette relation est plus prononcée par la vulnérabilité du patient qui peut être accentuée par un handicap, une pathologie ou un manque de connaissances. Revillot et Eymard expliquent que le patient peut se voir comme un objet de soin, c'est pourquoi la relation éducative est importante. Elle permet au patient de se sentir moins vulnérable. Comprendre cette vulnérabilité permet de respecter le patient.

Ainsi, la relation de soin ne se base donc pas seulement sur les soins techniques, mais également dans la qualité de la relation avec le patient. Il est nécessaire de considérer le patient dans sa globalité et de ne pas le réduire seulement à sa pathologie.

4.2.2 La relation de confiance

La relation de confiance est au centre du soin, c'est grâce à elle que le patient va accepter ou non la prise en charge des professionnels de santé ainsi que les différents soins. Le patient est vulnérable face aux soignants, il est donc important qu'il ait confiance en eux afin que les soins se fassent au mieux. Selon Zaccai-Reyners, la relation de confiance repose sur la capacité du soignant à reconnaître le patient comme humain et non comme un objet de soin. Les soignants doivent être capables de « *revenir sur ses propres sentiments de peur et d'impuissance* » (Zaccai-Reyners, 2006, p 70). Par cette phrase, elle nous explique que les soignants doivent mettre leurs propres émotions de côté, car il y a un risque de projection sur le patient et donc nuire à la relation.

De plus, la confiance est liée au sentiment de sécurité que ressent le patient. Se retrouver à l'hôpital engendre une perte de repères car ce n'est pas l'environnement habituel du soigné,

cela peut entraîner de l'angoisse et de l'insécurité. La confiance qu'accorde le patient aux professionnels de santé lui permet d'être moins angoissé et de se sentir plus en sécurité. Formarier affirme qu'une relation de confiance de qualité permet au patient de s'exprimer. Sans cette confiance, il pourrait ne pas parler par crainte de ne pas être entendu ou compris. Comme l'explique Formarier « *derrière la notion de besoin objectivé, le patient cache une demande [...] qui ne peut être entendue [...] que dans le cadre d'une relation de confiance* » (Formarier, 2007, p 38).

Dans l'instauration d'une relation de confiance soignant/soigné nous observons le facteur temps. En effet, il faut du temps au patient pour accorder sa confiance au soignant. Elle se base sur des échanges et des actions, renforçant ainsi la confiance ou au contraire la fragilise. Prévenir le patient des différents soins qu'il va avoir permet de le rassurer, car il va pouvoir anticiper. Le fait que le soignant se montre fiable, c'est-à-dire qu'il respecte ce qu'il a dit, aide à établir cette confiance, car il respecte ses engagements et sa parole. Le fait qu'il agisse de manière cohérente majore également cette confiance, car il se montre fiable. Comme Médard le dit le ciment de la confiance est l'échange. Le fait que le soignant explique au patient tout ce qu'il va se passer permet de diminuer l'asymétrie dans la relation. En comprenant pourquoi il va avoir ces soins cela permet au soigné de s'impliquer davantage dans sa prise en charge. Comme l'exprime Formarier la démarche de soin se base sur la participation active du patient « *la démarche de soins implique la participation du patient* » (Formarier, 2009). Le soignant et le soigné vont collaborer et donc instaurer une relation de confiance.

Le patient observe le soignant dans les gestes, l'organisation et son attitude envers lui afin de savoir s'il peut ou non lui accorder sa confiance. La démarche clinique est importante pour comprendre le soigné afin d'adapter la prise en charge du patient. Le soignant doit donc l'analyser et adapter les soins à la singularité du patient.

La communication joue un rôle primordial dans l'instauration de confiance, elle est au centre de cette relation. Le fait d'informer le patient, de répondre à ses questions permet de diminuer les angoisses et donc de se sentir plus en confiance. Abric affirme que le soigné doit se sentir écouté par le soignant pour que cette relation se crée « *c'est dans les situations où les individus se sentent réellement écoutés qu'ils s'expriment le plus et le mieux* » (Abric, 1999). La communication ne se fait pas seulement dans le fait de donner des informations mais aussi de les recevoir et d'en prendre compte. En se sentant écouté le patient va plus facilement accorder sa confiance et donc être plus coopératif pour sa prise en charge. En étant écouté, il va plus facilement exprimer ce qu'il ressent, sa douleur, ses attentes et ses angoisses et il va se sentir

reconnu comme une personne à part entière et pouvant s'exprimer. Pour affirmer cela, Margret Cohen professeure d'université nous dit « *afin de traiter le patient avec respect, il doit reconnaître son statut d'être humain* » (Cohen, 1999). Le soignant en reconnaissant le patient comme être humain va le traiter avec respect et donc un climat de confiance va s'installer. Le respect est important dans la relation de confiance. Respecter les choix, les valeurs et le rythme du patient permet de solidifier le lien entre le soignant et le soigné. Donc, pour que la confiance s'établisse le patient doit voir que ses décisions sont prises en compte. Selon Didier Sicard médecin du comité consultatif national d'éthique « *le respect de la personne malade implique la prise en compte de sa parole, de ses choix et de ses valeurs* » (Sicard et le CCNE, n° 84, 2004).

Je ne peux pas parler de respect sans aborder la notion de respect de la confidentialité. En effet, le respect de la confidentialité fait également partie de la relation de confiance. Lors d'une hospitalisation ou d'une consultation les patients délivrent des informations personnelles et elles doivent rester dans le cadre médical. Cela est fait pour que le patient puisse s'exprimer librement sans avoir peur que des personnes de son entourage le sachent, « *le respect du secret médical est une condition indispensable à la confiance du patient* » (Sicard et CCNE, n°84, 2004).

Il est aussi important dans cette relation de confiance, que le soignant prenne en compte la vulnérabilité du patient. En effet, la pathologie peut rendre le soigné dépendant et l'image de soi peut être altérée. Axel Honneth philosophe et sociologue affirme que « *l'estime de soi dépend de la reconnaissance sociale des capacités et des qualités de l'individu* » (Honneth, 2000, p 128). En sachant cela, le soignant peut aider le patient au maintien d'une assez estime de soi suffisante, ce qui contribue à approfondir la relation de confiance. Paul Ricœur insiste lui aussi sur la reconnaissance de la vulnérabilité du patient fragilisé par la pathologie « *la sollicitude est le répondant de l'estime de soi dans la perspective de l'autre* » (Ricœur, 1990, p203). Répondre à la fragilité du patient par de la sollicitude permet d'établir une relation de confiance.

Toutefois, la confiance peut se rompre ou se fragiliser à tout moment. Par exemple chez un patient qui ne s'est pas senti respecté, ou une douleur intense lors d'un soin qui n'a pas été pris en compte. Pour cela, le fait de reconnaître ses erreurs peut permettre de rétablir la confiance perdue. Être honnête et transparent permet au patient de se sentir respecté. Comme le souligne Sicard « *le soignant doit savoir reconnaître ses limites* » (Sicard, 2004). Reconnaître ses erreurs

va permettre au soignant d'être plus crédible face au patient et le patient aura plus confiance en lui.

La relation de confiance repose donc sur la prise en charge singulière et de qualité du patient. Elle se forme dans le temps à l'aide des différents échanges entre le soignant et le soigné. Cette relation permet au patient de se sentir respecté, à l'aise et en sécurité. Niklas Luhmann sociologue raconte que « *la confiance doit être acquise* » (Luhmann, 2006), elle doit se créer elle ne se fait pas toute seule, elle se mérite.

4.2.3 La relation de soin avec des patients victimes de représentations sociales

La relation de soin avec des patients victimes de représentations sociales, c'est-à-dire des personnes addictes ou ayant commis un crime, pose la question de l'influence des représentations sociales. Ces patients sont au cœur des représentations sociales, ces dernières peuvent influencer inconsciemment les pratiques des professionnels de santé. La relation de soin peut être plus complexe, car cette relation n'est pas seulement technique mais aussi émotionnelle. Les représentations sociales sur ces personnes sont en général négatives. Chaque personne n'est pas seulement une pathologie ou un acte qu'elle a commis.

Claude Olievenstein, psychiatre a écrit un livre *La vie du toxicomane* où il explique « *la drogue n'est jamais la cause unique de la toxicomanie ; elle en est l'instrument* » (Olievenstein, 1983). Par cette phrase, il nous explique que le toxicomane utilise la drogue car il a déjà une souffrance psychique, pour lui elle lui permet de s'évader de cette souffrance qu'il trouve insupportable. Olievenstein parle dans son ouvrage *Il n'y a pas de drogué heureux* de « *miroir brisé* ». Pour lui, le miroir brisé est la représentation de la faille psychique, une fragilité dans l'identité de l'individu. Il dit que la drogue va « *maintenir un équilibre instable* » (Olievenstein, 1983) afin que la personne puisse se protéger de son mal-être psychique.

Le fait de voir sous cet angle nous permet de mieux comprendre la personne et donc d'adapter la posture soignante. Si l'addiction est vue comme un manque de volonté, la posture du soignant peut être négative et donc impacter la relation de soin. Par contre, en comprenant que la consommation est pour éviter de souffrir psychologiquement le soignant va pouvoir le soutenir et l'aider, ainsi la relation de soin va débiter sur de bonnes bases. Le patient addict n'est plus vu comme seulement une personne qui consomme, mais comme quelqu'un avec des difficultés et un mal-être psychique.

Jean Furtos, psychiatre ayant travaillé sur la souffrance psychique raconte que « *la perte du sentiment d'exister est au cœur de la grande exclusion* » (Furtos, 2007). Les personnes qui sont en souffrance psychique peuvent ressentir une perte de valeur et un sentiment d'exclusion sociale, fragilisant ainsi leur identité. La consommation de substances devient une échappatoire, leur permettant de se sentir vivants et d'appartenir à un groupe social. Comprendre cela permet aux soignants d'être plus empathiques et de mieux soutenir ces patients.

Le sociologue Vincent De Gaulejac nous explique que « *l'exclusion sociale porte atteinte au narcissisme des personnes qui la subissent* » (De Gaulejac, 2009). Ce qui signifie que les personnes qui sont exclues socialement sont atteintes dans leur estime de soi. Cela est dû aux représentations négatives entraînant un manque d'engagement dans la relation de soin. Si le soignant a une posture sans jugement et bienveillante envers le patient cela pourrait l'aider à avoir une meilleure vision de lui-même. En ayant une image de lui plus positive grâce au regard du soignant il pourrait mieux adhérer aux soins et donc faciliter la relation de confiance et de soin.

Donald Winnicott pédiatre, explique qu'il est important d'être dans un environnement « *suffisamment bon* » pour que la personne puisse se sentir en sécurité et donc d'établir une relation de soin stable. Pour un patient ayant des conduites impulsives ou des difficultés à gérer ses émotions peut se sentir plus en confiance dans un environnement prévisible. C'est pour cela que Winnicott conseille d'être fiable pour que le patient puisse avoir des repères.

Pour les personnes ayant commis un homicide c'est encore différent, c'est un acte violent, ce qui entraîne des fortes émotions chez les soignants. Les émotions ressenties sont généralement négatives, il y a en grande partie de la peur et une incompréhension de l'acte. Michel Delbrouck médecin, dit que « *l'exposition répétée à la violence peut entraîner une fragilisation psychique du professionnel* » (Delbrouck, 2008). Pour éviter cette fragilisation psychique, certains soignants se protègent en mettant en place des mécanismes de défense comme une distance au niveau relationnel, ils paraissent plus froids et distants. Ces comportements dus aux mécanismes de défense peuvent altérer la relation de soin. C'est pour cela qu'il est important de reconnaître la personne en dehors de l'acte commis. Comme le rappelle Paul Ricœur « *l'homme n'est pas seulement ce qu'il fait* » (Ricœur, 1990). Le but n'est pas d'ignorer l'acte grave mais de le mettre à part, de différencier la personne de l'acte afin de réussir à établir une relation de soin.

Les personnes souffrant d'addictions ou ayant commis un acte violent sont souvent ambivalentes. Elles veulent se faire aider mais rejettent l'aide qui leur est proposée. Cela peut

mettre en difficulté le soignant. Comprendre l'ambivalence peut aider à la relation de soin. Pour créer une relation de soin, il faut donc de la compréhension envers le patient, de la stabilité, gérer ses propres émotions et le respect et la dignité du patient. Comme le rappelle Carl Rogers *« lorsque quelqu'un vous comprend vraiment sans vous juger, sans essayer de vous modeler, cela fait un bien extraordinaire »* (Rogers, 1961).

Le soignant face au soigné doit réussir à rester subjectif pour éviter que ses représentations sociales et ses émotions viennent compromettre la relation de soin. Il est important que le soignant se questionne sur ses comportements et représentations sociales afin de réussir à être le plus neutre possible face au patient.

5. Enquête exploratoire

5.1 Méthodologie envisagée

Je vais aborder la méthode de recherche qui m'a semblée la plus appropriée afin d'effectuer cette enquête exploratoire. Je présenterai ensuite l'entretien semi-directif qui représente l'outil choisi et j'expliquerai le choix concernant la population choisie pour cette enquête ainsi que les différents lieux d'enquête.

5.1.1 La méthode clinique

La méthode de recherche utilisée est la méthode clinique. Elle consiste « *à la fois à produire des connaissances et à changer les pratiques professionnelles. Le projet se construit avec un groupe d'acteur de terrain et donne lieu à un contrat entre le chercheur et le terrain. Les données restent locales, car la collecte de données se fait dans l'institution d'appartenance des acteurs professionnels* » (Boissart, 2013, p.92).

Le choix de cette méthode se centre sur l'individu, la singularité, la totalité et l'implication. Elle va permettre une étude approfondie d'individus particuliers afin de les comprendre. Ainsi, le chercheur va recueillir des données auprès de l'individu et recevoir les informations, le vécu que l'individu accepte de lui transmettre.

5.1.2 L'entretien semi directif

Pour réaliser mon enquête exploratoire sur le terrain, j'ai décidé d'utiliser l'entretien semi-directif car, il me semble être le moyen le plus adapté afin de recueillir des informations auprès de professionnels les plus représentatifs et descriptifs de leur expérience au quotidien. Cela apporte une libre expression guidée par mes questions des professionnels interrogés en centrant de ce fait leurs discours sur le thème défini au préalable. Mais aussi, « *c'est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes.* » (Imbert, 2013, p.24).

5.1.3 Population et lieu d'enquête

Concernant la population choisie, je vais mener mes entretiens auprès de trois infirmier(e)s diplômés d'état. Je ne souhaite pas faire de restrictions de genre, d'âge ou d'années d'expérience puisque ce n'est pas déterminant pour l'enquête que je souhaite mener.

Je souhaite interroger des infirmiers issus de différents services et/ou établissements de santé car cela peut m'apporter des réactions divergentes selon les services.

De ce fait, je fais le choix des services suivants :

- Un service de psychiatrie car dans ce genre de service les infirmiers sont souvent confrontés à des personnes ayant des addictions, ils peuvent également avoir des patients ayant commis des homicides, sortant de prison. Ces personnes sont souvent victimes de représentations sociales, généralement négatives. Elles sont généralement vues comme dangereuses, inconscientes, irresponsables et imprévisibles. Il serait donc peut-être intéressant d'avoir leur point de vue et de comprendre comment ils font pour les prendre en charge sans altérer la relation de soin avec leurs représentations sociales.
- Un service de médecine car les profils de patients sont variés. Il est donc possible d'avoir des patients addicts ou provenant de psychiatrie. Un service de médecine est moins habitué à recevoir ce type de patients donc les représentations sociales sont peut-être plus présentes. Les soignants ont moins l'habitude de les traiter. Il pourrait être intéressant de savoir comment les infirmiers gèrent leurs représentations sociales et de pouvoir comparer avec un service de psychiatrie ayant l'habitude.

Le fait d'aller dans des services variés va me permettre de voir une approche différente des patients ainsi que des représentations sociales différentes des soignants.

6. Résultat de l'enquête

6.1 Présentation de l'échantillonnage

Pour réaliser mon enquête exploratoire, j'ai effectué plusieurs entretiens infirmiers dans différents services. Pour commencer j'ai d'abord envoyé une demande d'autorisation auprès de la direction des soins dans plusieurs hôpitaux. Après obtention des autorisations j'ai pu les faire en prenant contact avec les infirmiers. Afin de respecter l'anonymat des professionnels je les ai renommés avec d'autres prénoms.

Le premier entretien que j'ai réalisé est avec Lilas infirmière depuis 1988, travaillant dans un service de médecine depuis 27 ans.

Le deuxième entretien s'est fait avec Cerise infirmière depuis 2006 et travaille dans un service de médecine depuis 16 ans.

Enfin, le troisième entretien que j'ai effectué était avec Jasmin infirmier depuis 2023 travaillant dans une unité pour malades difficiles (UMD) depuis l'obtention de son diplôme. Avant de faire sa formation infirmière il était aide-soignant aux urgences somatiques.

6.2 Analyse synthétique des entretiens

Entretien n°1 :

Pour débiter l'entretien Lilas se présente, elle est diplômée depuis 38 ans et exerce dans ce service de médecine depuis 27 ans.

Lors de l'entretien Lilas a défini ce qu'étaient les représentations sociales. Elle explique que c'est l'image que se fait le soignant du patient en fonction de ce qu'il connaît déjà sur lui, en consultant son dossier. Elle dit que ça peut se faire en voyant le patient, que la représentation peut se faire ou en connaissant le cadre de vie du patient ou à sa profession.

Pour Lilas, les personnes pouvant être victimes de représentations sociales sont celles qui portent des signes distinctifs de religion, qui ont un handicap, qui ont des addictions comme l'alcool et la cigarette, avec les clichés qui peuvent y être associés et elle parle également des antécédents médicaux.

Lilas décrit sa représentation d'une personne alcoolodépendante. Elle voit ses personnes comme ayant besoin d'aide et qui sont en détresse. Elle dit que ce sont des personnes malades. Mais

elle exprime aussi que dans le service elles peuvent créer des problèmes avec les autres patients ou avec les soignants. C'est au niveau relationnel qu'il peut y avoir des soucis d'après elle. Elle dit qu'il y a des patients qu'il est plus facile à aider pour le sevrage de leurs addictions alors que pour d'autres c'est beaucoup plus compliqué selon leur comportement.

Pour les patients ayant commis un homicide Lilas raconte qu'elle n'a jamais eu affaire à ce genre de patient. Elle exprime une vision négative de ses personnes surtout selon le crime commis. Elle pense que dans cette situation elle pourrait avoir des difficultés à être objective.

Pour Lilas la relation de soin est une prise en charge globale qu'il ne faut pas seulement régler un problème physique. Le soignant doit s'occuper du soigné aussi au niveau relationnel.

Elle explique que les représentations sociales peuvent impacter la relation de soin en fonction du comportement du soignant et également en fonction de l'humeur, de l'état d'esprit du soignant et du soigné. Elle affirme que les émotions personnelles et le vécu peuvent altérer la perception du patient qu'il n'est pas réellement vu comme il est vraiment.

Pour conclure cet entretien, il en ressort que tout type de personne peut être victime de représentations sociales. L'engagement du professionnel de santé peut être mis à mal dû à certaines représentations du patient.

Entretien n°2 :

Dans ce deuxième entretien Cerise s'est d'abord présentée, elle est infirmière depuis 2006 et exerce dans ce service depuis 16 ans.

Cerise a expliqué que pour elle les représentations sociales sont l'idée que nous pouvons nous faire des personnes en fonction de son statut social, marital, de sa situation économique ou en fonction de sa profession. Elle dit que les représentations sociales sont des préjugés.

Les patients qui pourraient être victimes de représentations sociales d'après Cerise sont les personnes sans domicile fixe, des prisonniers venant à l'hôpital se faire soigner avec des motifs compliqués comme des violeurs. Elle dit que ça peut être des personnes issues de minorités, qui sortent de la norme. Elle explique ses représentations par le fait qu'on est moins amené à rencontrer ce genre de patient, par de la peur ou par la difficulté de prise en charge.

Sa représentation d'un patient alcoolodépendant est une personne en souffrance qui trouve un apaisement dans l'alcool et en devient addict. Cerise affirme que cette addiction peut toucher toutes les classes sociales, même si d'après les chiffres il y en a plus que d'autres. Elle dit que

c'est au niveau biologique que tout le monde ne réagit pas de la même façon. Cerise raconte qu'il peut y avoir de la lassitude au niveau des soignants quand certaines personnes reviennent se faire hospitaliser pour sevrage.

Pour les patients ayant commis un homicide Cerise dit que sa représentation serait plutôt négative mêlée avec la peur qu'il puisse agir de manière violente et donc qu'il lui faudrait faire très attention à sa posture. Elle affirme également qu'elle n'est pas là pour juger mais pour soigner et qu'il appartient à la justice de le faire.

Cerise parle des limites de la prise en charge dans un service de médecine pour un sevrage alcoolique, elle affirme qu'il y a un manque de suivi psychologique et éducatif afin que les patients puissent apprendre à gérer leur dépendance, car les entretiens infirmiers sont limités. Elle évoque des patients qui ont essayé de fuguer ou de se suicider lors de rechutes, pour elle le service n'est pas adapté à ces prises en charge.

Cerise décrit la relation de soin comme une rencontre entre le soignant et le soigné. Elle explique que le soignant a des compétences techniques et relationnelles qu'il doit mettre en œuvre pour établir une relation avec le soigné. Elle souligne le fait que chaque personne est différente et qu'il faut s'adapter à chacune avec respect et rechercher le consentement dans chaque acte.

Elle exprime que la relation de soin peut être impactée par les représentations sociales. D'après elle les préjugés négatifs peuvent entraîner une mauvaise interprétation des comportements du patient sans le comprendre et ni avoir pris en compte son vécu. Cela engendrant un investissement plus léger dans la prise en charge. Elle a aussi parlé de la difficulté de rester neutre face à certaines situations surtout lorsqu'il s'agit de patients ayant commis un acte grave.

Pour conclure cet entretien, il ressort que les représentations sont omniprésentes dans le soin, mais qu'il faut réussir à rester objectif face aux patients et les prendre en considération dans leur globalité.

Entretien n°3 :

Pour débiter le troisième entretien Jasmin commence par se présenter, il a d'abord été aide-soignant aux urgences somatiques, puis a repris ses études à l'IFSI et a obtenu son diplôme infirmier en 2023, depuis il exerce en unité pour malades difficiles (UMD).

Jasmin a d'abord défini ce qu'étaient pour lui les représentations sociales, il les décrit comme ce que va représenter une personne. Il dit que ça peut être sur ce qui relève de la vie privée, le

physique comme l'obésité, la couleur de peau, l'âge, la façon de se mouvoir ou encore le statut social.

Pour Jasmin les patients qui peuvent être victimes de représentations sociales sont plus particulièrement dans son service les psychopathes car ils sont vus comme des manipulateurs et rencontrent des difficultés avec l'équipe soignante ainsi que les détenus et s'ils sont considérés comme responsables de leurs actes ou pas.

Pour les représentations sociales des patients alcoolodépendants Jasmin explique que dans son service les patients consomment plusieurs drogues en plus de l'alcool et ont des comportements à risques. Il dit que les patients sont dans le déni de leur pathologie ainsi que de leur consommation. Il parle du contexte familial que cela peut être une représentation sociale, car en voyant la famille on peut se dire que c'est normal que l'enfant soit alcoolique aussi. Pour leur prise en charge Jasmin explique qu'ils ont des ateliers afin de travailler sur leurs pathologies et leurs dépendances. Il avoue que c'est compliqué car les patients sont souvent ambivalents.

Pour la représentation sociale des personnes ayant commis un homicide Jasmin explique que souvent les personnes qu'il a rencontrées ont des troubles psychiatriques. Il explique qu'en tant que soignant il dispose d'informations sur la pathologie et sur ce qui a déclenché le passage à l'acte. Il évoque la surprise de personnes ne faisant pas partie du milieu de la psychiatrie lorsqu'elles apprennent qu'il lui arrive de jouer à la pétanque avec des patients ayant commis un crime.

Jasmin définit la relation de soin comme la confiance que le soignant met dans le soigné et inversement. Il explique qu'à l'UMD elle est compliquée car les patients y sont souvent contre leur volonté, ils ne sont pas consentants et de plus beaucoup de patients délirent. Parfois des patients adaptent leur comportement afin de pouvoir sortir, ils essaient de masquer leur pathologie, ce qui fait que la confiance n'y est pas.

Jasmin exprime que les représentations sociales peuvent impacter la relation de soin, il donne comme exemple qu'avant d'aller chez un médecin si des connaissances nous font part de leurs expériences nous n'allons y aller avec des a priori et donc la relation de ce fait sera biaisée.

Pour conclure il ressort de cet entretien qu'il est important de comprendre la pathologie pour éviter que les représentations sociales influencent et que le soignant doit savoir s'adapter aux patients afin de pouvoir créer une relation de soin authentique.

6.3 Analyse croisée des entretiens

6.3.1 Les représentations sociales

Les entretiens que j'ai effectués auprès des infirmiers montrent que malgré des expériences professionnelles et des services variés, il en ressort que les représentations sociales influencent la prise en charge des patients ainsi que la posture des soignants.

Lilas infirmière en médecine explique que les représentations sociales des soignants sont faites à partir du dossier du patient ou du premier abord. Elle dit que c'est « *ce que le patient veut nous montrer, ce qu'on pense en le voyant* » (E1, l.10), cela montre que les représentations sont subjectives, elles varient en fonction de chaque personne qui en ont. Cerise définit les représentations sociales comme « *l'idée qu'on se fait euh de euh, de la situation de quelqu'un* » (E2, l. 6-7) en ajoutant qu'elles peuvent être en lien avec la situation économique, le statut marital et la profession de quelqu'un. Cerise souligne le fait qu'une représentation sociale peut être un préjugé. Pour Jasmin elles peuvent être faites sur le physique, il parle du poids, de la couleur de peau voire de l'âge, ou par un statut social il donne comme exemple « *en tant qu'étudiante aussi, tu dois l'avoir souvent, dès que tu arrives dans un lieu de stage, au bout de trois jours tu es un peu catégorisée* » (E3, l.12-14).

Les trois infirmiers interrogés parlent de différents types de patients pouvant être victimes de représentations sociales. Lilas évoque les patients qui portent des signes extérieurs religieux, ceux qui ont un handicap, des antécédents et ceux qui ont des addictions comme le tabac ou l'alcool. Cerise complète en parlant de patients sans domicile fixe ou de prisonniers, elle évoque également « *les gens qui ne représentent pas la majorité de, d'un, d'un français* » (E2, l.19-20), ce qui d'après elle ne sont pas dans la norme. Jasmin qui travaille dans le domaine de la psychiatrie a un autre regard, il parle de patients « *psychopathes, parce qu'ils sont manipulateurs* » (E3, l.22-23), il ajoute qu'il sait en ayant lu le dossier que ça va être un patient compliqué pour l'équipe au vu des antécédents.

J'ai demandé aux professionnels de santé quelles étaient leurs représentations sociales d'un patient alcoolodépendant. Lilas m'a répondu qu'elle voyait « *quelqu'un en détresse euh, mais quelque part quelqu'un aussi qui peut créer des problèmes dans le service* » (E1, l.34-35). Nous pouvons constater qu'elle est partagée par l'empathie ainsi que par le fait que la personne pourrait causer des soucis dans le service. Cerise partage le même avis elle affirme que « *c'est quelqu'un qui est dans une souffrance, qu'il entraîne euh, vers, vers cette addiction la* » (E2,

1.42) mais que des fois il peut y avoir une incompréhension, voire de la lassitude quand ces personnes reviennent plusieurs fois dans le service pour le même motif « *pourquoi il a pas le déclic* » (E2, 1.52). Jasmin explique qu'« ils sont dans le déni » (E3, 1.46). Il parle d'une autre représentation sociale en évoquant que « *c'est systémique dans la famille, c'est que le père est alcoolique, la mère aussi, généralement, ça va ensemble* » (E3, 1.56-57).

Pour les patients ayant commis un homicide Lilas répond que « *c'est difficile d'être euh, objective, tout dépend quel homicide il a commis* » (E1, 1.38-39). Elle avoue qu'il est compliqué de rester objectif face à ce genre de personnes surtout en fonction de l'homicide commis car pour elle « *Ça représente le mal* » (E1, 1.39). Ses représentations sociales sont plutôt négatives et elle emploie des mots forts comme « *le mal* ». Cerise a également des représentations sociales négatives elle pense qu'elle aurait « *tendance à avoir peur* » (E2, 1.62-63) en pensant que la personne pourrait avoir des réactions violentes mais elle nuance avec le fait que « *c'est pas à mon rôle de, de juger. C'est pas moi le tribunal, c'est pas moi le juge* » (E2, 1.65-66). Jasmin voit d'une autre façon les patients ayant commis des homicides car il travaille dans un service où il a souvent affaire à ces types de patients. Il affirme qu'en général ce sont des personnes qui ont une pathologie psychiatrique « *c'est souvent des gens, des schizophrènes* » (E3, 1.67-68), il comprend l'acte commis grâce à ses connaissances cliniques des pathologies psychiatriques, il sait que « *c'est la maladie qui l'a emporté* » (E3, 1.81). Mais il dit que des personnes extérieures ne comprennent pas certaines choses et se demandent « *Moi, y en a, ils me disent, tu joues à la pétanque, mais avec des boules de, des vraies boules de pétanque, avec des mecs qu'ont tué* » (E3, 1.137-139).

Dans les entretiens nous pouvons voir qu'il en ressort que les représentations sociales peuvent impacter la relation de soin. Cerise dit qu'en ayant des représentations sociales envers un patient le soignant peut s'interroger sur « *pourquoi je m'investirais ? ça sert à quoi ? Il reviendra, il arrêtera jamais quoi* » (E2, 1.122-123), ce qui peut impacter la relation de soin et avoir une prise en charge du soigné plus légère. Jasmin donne une situation dans laquelle il déclare que les a priori peuvent impacter la relation de soin. Son exemple est « *si déjà t'as déjà une idée de, ouais, ben, je vais prendre tel chirurgien, parce que je sais qu'il est bien, t'as déjà une idée* » (E3, 1.294-296). Si en tant que patient nous avons des informations positives sur le chirurgien ça peut faciliter la relation et inversement.

Pour conclure, ce qui ressort des entretiens est que les représentations sociales sont présentes dans la pratique soignante. Elles peuvent influencer la manière de voir les patients et le comportement des soignants et donc leur prise en charge. Il est important de prendre du recul

face à ses propres représentations sociales et d'en prendre conscience afin de rester neutre devant le patient pour réussir à le prendre en charge correctement. Le fait de connaître les représentations sociales que nous avons tous va permettre d'essayer de ne pas y penser pour comprendre et prendre en charge le patient dans sa globalité et éviter une forme de lassitude. Connaître la clinique de certaines pathologies comme le souligne Jasmin aide à la compréhension du soigné.

6.3.2 La relation de soin

Les entretiens montrent que la relation de soin est vue comme un élément central de la pratique infirmière. Les infirmiers donnent des définitions différentes mais elles se rejoignent sur certains points.

Lilas décrit la relation de soin comme « *une relation entre le soignant et le patient* » (E1, 1.50). Cerise l'a rejoint sur ce point elle parle de « *rencontre entre euh, entre un malade et, et un soignant* » (E2, 1.102). Lilas évoque le fait que ce n'est « *pas que soigner un problème physique* » (E1, 1.52). D'après ce qu'elle dit pour établir une relation de soin il ne faut pas voir seulement les problèmes physiques mais également prendre en compte la dimension relationnelle. Cerise, insiste sur le fait que « *le respect de la personne que soit par la politesse ou par la façon de parler, de se comporter, la recherche du consentement dans les soins* » (E2, 1.106-107). Il est important de respecter la personne en face afin de créer une relation de soin. Quant à Jasmin il explique qu'elle « *est vaste, parce que du coup, la relation de soins, elle peut être multiple* » (E3, 1.185-186). Il exprime la complexité de cette relation surtout dans le service des UMD car les patients « *sont sans consentement* » (E3, 1.192).

Dans ces entretiens il en ressort qu'il est essentiel au soignant de s'adapter au patient car chacun est différent. Cerise explique qu'il faut « *s'adapter à la personne hein. Parce qu'on a faire à toute sorte de public, les gens malentendants euh, les gens qui sont effrayés, des gens qui sont agressifs euh, on essaie de d'adapter notre relation au vécu de la personne, à, à son comportement* » (E2, 1.107-110). Selon Cerise pour avoir une relation de soin stable le soignant doit utiliser ses compétences d'adaptation, afin que chaque patient ait une prise en charge qui lui convienne. Jasmin parle d'utiliser les connaissances cliniques pour « *t'adapter, toi, en tant qu'infirmier, à, à, à tous ces, ces patients, en fait, et à toutes ces pathologies* » (E3, 1.223-224).

Jasmin met la confiance au centre de cette relation il explique que « *si t'as confiance, ben du coup, tu vas plus euh, parler* » (E3, 1.240-241). En psychiatrie le fait de parler va aider à mieux comprendre le patient et donc d'adapter le traitement et la prise en charge. Il dit qu'en plus

comme les patients sont dans le service sans leur consentement la confiance est encore plus dure à instaurer, pour y pallier Jasmin dit « *on essaye d'être le, le, 100% honnête* » (E3, 1.216-217). Il parle aussi du fait qu'il y a des transmissions ce qui peut également impacter la relation car « *qui dit transmission, dit que tout le monde peut lire* » (E3, 1.243). Il évoque également le fait que « *on a un dossier, on connaît leur vie* » (E3, 1. 276-277), alors pour qu'il y ait une certaine forme d'équité et de gagner confiance la confiance des patients il « *leur donne un peu, des fois, je dis de mes journées, oh, aujourd'hui, j'ai fait de la peinture, tu vois, j'essaie de, un peu de créer un lien* » (E3, 1.282-284).

Les trois professionnels de santé affirment que plusieurs facteurs peuvent impacter la relation de soin. Lilas explique que ça peut être dû à l'humeur du soignant ou à ses problèmes personnels. Elle dit « *On a aussi nos soucis et du coup des on est affecté par ce que nous renvoie le patient* » (E1, 1.59-60), en étant affecté par ce que renvoie le patient elle affirme que le soignant peut s'imaginer quelque chose qui n'est pas vrai et peut entacher la relation de soin. Cerise parle des préjugés elle affirme que « *si on a un préjugé euh, négatif sur une personne avant d'entrer dans la chambre, bah effectivement, on va être dans l'interprétation du euh, comportement de, de, du patient et euh, on va arriver euh peut être des fois à des conclusions euh, un peu rapides* » (E2, 1.115-118). Ses conclusions peuvent alors impacter la relation de façon négative car le soignant peut moins s'investir dans sa prise en charge.

Jasmin raconte que le travail d'équipe est important dans la relation de soin car il exprime que « *je vais aller, peut-être, vers tel genre de patient où j'y arriverais mieux, j'ai des collègues qui arrivent un peu mieux avec autres patients* » (E3, 1.287-288). Certaines personnalités vont aller plus facilement vers d'autres et inversement donc le travail d'équipe va permettre de mieux comprendre tout le monde. Il explique également que différents points de vue permettent de voir des choses que lui n'aurait pas nécessairement vue et inversement. Cela permet une meilleure prise en charge.

Afin d'avoir une relation de soin adaptée il ressort de ces entretiens qu'une remise en question sur ses pratiques professionnelles est essentielle. Cerise parle également de savoir rester neutre face aux patients, tandis que Jasmin parle de l'importance des connaissances cliniques des différentes pathologies psychiatriques.

Pour conclure, ces trois entretiens démontrent que la relation de soin est essentielle et délicate. Elle est basée sur les compétences du soignant à savoir s'adapter à tout type de patient afin d'installer une relation de confiance. Il est aussi important de prendre du recul sur ses propres

représentations sociales et d'essayer de mettre ses soucis personnels de côté. Pour réussir à instaurer une relation de soin de qualité les soignants doivent réussir à se questionner sur ses pratiques professionnelles afin de pouvoir s'adapter au soigné.

7. Problématique

Mon travail de fin d'études s'est appuyé sur plusieurs apports théoriques qui se trouvent dans mon cadre de référence. J'ai également réalisé des entretiens auprès de trois infirmiers exerçant dans des services différents. Dans la globalité même si les trois infirmiers travaillent dans des services distincts leurs discours se rejoignent sur certains points. Ces derniers ainsi que mes situations vécues lors de mes stages mettent en avant le fait que les représentations sociales sont présentes dans la pratique soignante. Le tout permet de mieux comprendre quel impact peuvent avoir les représentations sociales des soignants sur la relation de soin auprès des patients alcoolodépendants et de ceux ayant commis un homicide dans leur prise en charge. Elles peuvent faciliter ou compliquer la relation de soin, elles sont parfois conscientes et des fois inconscientes ce qui peut modifier la posture professionnelle.

Denise Jodelet explique que les représentations sociales correspondent à « *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, 1989). Elles sont faites à partir d'expériences personnelles, de l'environnement, de l'éducation, des institutions, d'échanges sociaux ou des médias. Serge Moscovici affirme que « *les représentations sociales orientent les comportements et les pratiques* » (Moscovici, 1961/1976). Les représentations sociales influencent les comportements et la manière de penser face à certaines personnes ou situations.

Les trois infirmiers interrogés mettent en avant la présence des représentations sociales dans le soin. Lilas dit que les représentations sociales se créent par « *ce que le patient veut nous montrer, ce qu'on pense en le voyant* » (E1, 1.10-11), elle parle aussi de ce que le soignant a pu lire dans le dossier du patient. Lilas exprime également qu'elles peuvent se faire « *dès qu'on rentre dans la chambre* » (E1, 1.12) la première rencontre peut déjà instaurer des représentations sociales ou des préjugés en voyant le comportement, le physique elle parle également des handicaps ou de signes religieux apparents. Cerise définit les représentations sociales comme « *l'idée qu'on se fait euh de euh, de la situation de quelqu'un* » (E2, 1.6-7). Elle explique qu'elles peuvent venir du statut social, de la situation économique, du statut judiciaire, de la situation professionnelle et maritale. Jasmin ajoute qu'elles peuvent se baser sur la couleur de peau, du corps de la personne, de son âge ou à sa façon de bouger. Tous ces exemples montrent que les représentations sociales peuvent toucher tous types de milieux sociaux ainsi que tout genre de personnes et qu'elles peuvent influencer les premières impressions.

Ma première situation de stage celle de François on peut voir que les représentations sociales concernant les personnes alcoolodépendantes sont très présentes dans le domaine de la santé. François est un patient toxicomane et alcoolodépendant atteint d'un cancer du larynx. Il parle à l'équipe du service de son sentiment d'être incompris et jugé par son oncologue qui lui a dit qu'il n'était « *qu'un drogué* ». Cela montre que les addictions peuvent être vues comme une erreur de la personne et non comme une pathologie. Dans la société les personnes souffrant d'addiction sont vues de manière négative, elles sont associées à un manque de volonté et une irresponsabilité. Ce genre de représentations au niveau de la santé peut entraîner une distance relationnelle, un manque d'empathie et de confiance du soignant envers le soigné et réciproquement.

Les entretiens viennent le confirmer. Lilas décrit les personnes alcoolodépendantes comme « *Quelqu'un qui a besoin d'aide, quelqu'un qui est malade* » (E1, 1.32), mais elle ajoute également que ça peut être quelqu'un « *qui peut créer des problèmes dans le service* » (E1, 1.34-35). Cerise la rejoint sur ses points elle voit une personne « *qui est dans une souffrance* » (E2, 1.42), mais elle parle d'une certaine lassitude face aux nombreuses rechutes du patient, elle se demande « *pourquoi il a pas le déclic ?* » (E2, 1.52). Leurs propos démontrent que malgré la compréhension du soignant de la pathologie du soigné et de sa souffrance, il reste des représentations négatives qui peuvent influencer leur prise en charge. Cela rejoint Gordon Allport qui définit les préjugés comme « *une attitude hostile ou négative à l'égard d'un groupe ou d'un individu appartenant à ce groupe, fondée sur une généralisation erronée et rigide* » (Allport, 1954). Les représentations sociales sur l'alcoolodépendance peuvent influencer l'investissement du soignant, sa façon de le prendre en charge et sa patience envers lui.

Du fait de son travail en psychiatrie Jasmin a une autre vision sur les addictions. Il explique que la plupart des patients présents dans le service des UMD ont généralement plusieurs addictions. En plus de l'alcool ils ont une consommation de plusieurs drogues, associées à des troubles psychiatriques. Il exprime qu'ils sont souvent « *dans le déni [...] leur prise d'alcool ou leur prise de toxiques* » (E3, 1.53-54). Il parle également d'un patient qui « *buvait avec son père à 14 ans* » (E3, 1.152), cela met en avant que le contexte social puisse jouer un rôle dans les conduites addictives. Cela adhère à la façon dont Alain Ehrenberg décrit les conduites addictives comme une « *pathologie de l'insuffisance* » (Ehrenberg, 1998). Cela souligne le fait que les addictions sont une façon de résister aux souffrances psychiques ou sociales.

Dans ma deuxième situation clinique celle d'Éric, qui parle des représentations sociales liées aux patients ayant commis un homicide. Éric est un patient schizophrène hospitalisé pour avoir

tué sa belle-sœur lors d'un délire. L'équipe soignante demande aux étudiants de ne pas regarder les dossiers des patients avant de les rencontrer pour éviter les préjugés afin de leur permettre de forger leur propre opinion. Cette situation met en évidence qu'il existe des représentations sociales liées à la violence et qu'elles peuvent influencer la relation de soin avant même d'avoir rencontré cette personne, c'est ce que ce service souhaite éviter.

Dans les entretiens il ressort que les représentations sociales sont négatives envers ce type de patient. Pour Lilas un patient ayant commis un homicide « *représente le mal* » (E1, 1.39). Cerise explique qu'elle aurait « *tendance à avoir peur* » (E2, 1.62-63) face à ce genre de patient. Les paroles des infirmières interrogées montrent que les représentations sociales des patients ayant commis un homicide sont associées à la peur et à la violence. Le soignant est donc méfiant et distant dû à ses représentations sociales. Cela rejoint les propos de David Garland qui explique que « *le criminel violent est perçu comme porteur d'un danger durable, inscrit dans sa personnalité* » (Garland, 2001).

Grâce à son expérience en psychiatrie Jasmin voit les choses autrement. Il comprend et explique que certains passages à l'acte sont en liens avec la pathologie psychique et aux délires psychotiques des patients il dit « *c'est la maladie qui l'a emporté* » (E3, 1.81). Afin de ne pas réduire ces personnes à leur acte et de prendre du recul sur leur homicide, il explique l'importance de la connaissance clinique de ces maladies. Cela rappelle ce qu'explique Jean Maisondieu que comprendre la violence permet de donner du sens aux comportements sans les excuser. Jasmin dit aussi que les patients accueillis en UMD sont des personnes malades qui ont des besoins adaptés.

Les entretiens mettent en évidence que les représentations sociales influencent la relation de soin. Selon Monique Formarier la relation soignant/soigné est avant tout une rencontre entre deux personnes, chacune avec ses émotions, son histoire et ses représentations. Elle est basée sur la confiance, l'empathie et le respect mais les entretiens montrent que cette relation peut être moins solide à cause des représentations sociales et des préjugés. Cerise dit qu'il peut y avoir « *des conclusions euh, un peu rapides* » (E2, 1.117-118), cela peut modifier la qualité de la relation ainsi que la posture du soignant.

Lilas définit la relation de soin comme « *une relation entre le soignant et le patient, euh, je dirais dans sa globalité* » (E1, 1.50). Elle ajoute que cette relation n'est pas seulement basée sur les soins physiques. Elle est aussi sur la relation entre les deux personnes leur confiance mutuelle et leur entente. Cerise explique que pour qu'il y ait une relation de soin il doit y avoir

du « *respect de la personne que soit par la politesse ou par la façon de parler, de se comporter; la recherche du consentement dans les soins et de s'adapter à la personne* » (E2, 1.106-107). Cela rejoint Carl Rogers qui parle de la relation d'aide qui selon lui repose sur le respect de la personne, de l'empathie et de l'authenticité.

Nous pouvons constater que d'après les entretiens les représentations sociales peuvent influencer la qualité de la relation de soin, la communication, la confiance et donc la prise en charge des patients. Elles peuvent emmener à une forme de lassitude, de peur ou de méfiance, voire du jugement. Cette analyse montre l'importance des soignants à se poser des questions sur leurs propres représentations sociales afin qu'elles n'influencent pas la relation de soin.

8. Question de recherche

Avoir mis mon cadre de référence en lien avec l'analyse des entretiens m'a aidé à approfondir ma réflexion sur l'impact des représentations sociales dans la relation de soin plus particulièrement auprès des patients alcoolodépendants et de ceux ayant commis un homicide. Ces patients sont généralement associés à des représentations sociales négatives dans la société, comme la violence, de l'instabilité, de la dangerosité ou un manque de volonté. Ces représentations peuvent être conscientes ou inconscientes chez les soignants et peuvent influencer leur manière d'être avec le soigné.

Les entretiens ont mis en évidence que les infirmiers questionnés sont conscients que dans leur pratique soignante il y a des représentations sociales. Ils expliquent que les patients alcoolodépendants et ayant commis un homicide renvoient de la peur, de la méfiance, des jugements voire de la lassitude surtout pour les patients alcoolodépendants revenant plusieurs fois pour sevrage.

Les entretiens montrent également que la relation de soin se base sur de l'écoute, de l'adaptation, de la confiance, du non-jugement et de la compréhension du patient en prenant en compte qu'il est unique. Cette relation peut être impactée par des représentations sociales, c'est pour cela que les soignants doivent réfléchir sur leurs représentations sociales, leurs émotions et ainsi garder une posture professionnelle adaptée.

Cette analyse m'a fait me demander quel était l'impact des représentations sociales dans la relation de soin et la qualité de prise en charge des patients.

C'est pourquoi, ma question de recherche émerge :

En quoi les représentations sociales des soignants peuvent-elles impacter la qualité de la relation de soin auprès des patients alcoolodépendants et des patients ayant commis un homicide ?

9. Limites et critiques de ce travail de recherche

Ce travail m'a permis de développer ma réflexion professionnelle mais j'ai également été confrontée à des difficultés lors de la réalisation des entretiens. J'ai d'abord dû chercher des infirmiers qui étaient d'accord pour s'entretenir avec moi dans le cadre de mon mémoire. Certains infirmiers ont refusé car c'est un exercice assez stressant. De plus ils ne savent pas quelles questions je vais leur poser même s'ils connaissent le thème de mon mémoire.

Lors de mes entretiens j'ai pu constater que certains professionnels de santé étaient moins à l'aise que d'autres surtout en début d'entretien. A la fin des entretiens j'ai discuté avec eux et certains m'ont confié qu'ils avaient peur d'être jugés malgré le fait que cela soit anonyme. Cela les a peut-être empêchés de s'exprimer pleinement.

J'étais également stressée lors de la réalisation des entretiens car il est difficile d'aller questionner des personnes que je ne connais pas dans un cadre formel. Je ne savais pas si mes questions allaient fonctionner, si les infirmiers allaient bien les comprendre et réussir à y répondre. En regardant mes entretiens je peux remarquer que je ne suis pas parvenue à me détacher de ma grille d'entretien, je n'ai pas approfondi certains sujets qui auraient pu l'être.

J'ai trouvé intéressant le fait d'avoir interrogé des infirmiers de services différents, j'ai pu constater qu'ils n'avaient pas tous la même vision. Mais j'ai interrogé seulement trois infirmiers dans des services de soins distincts. Même si cela a apporté des éléments à ma réflexion, cela ne peut pas généraliser ces résultats à l'ensemble des professionnels de santé, de plus seuls des infirmiers ont été interrogés. Chaque soignant s'est exprimé selon son expérience professionnelle, ses valeurs, son vécu et du service dans lequel il exerce.

Conclusion

Ce travail de fin d'études marque l'aboutissement de ses années d'études infirmières, pendant lesquelles j'ai pu développer des connaissances ainsi que des compétences. Ce travail m'a permis d'évoluer et de me préparer à ma future vie professionnelle. La formation infirmière nous permet d'avoir des stages diversifiés qui m'ont fait grandir et vivre des expériences humaines. C'est lors de ces stages que j'ai vécu des situations qui m'ont marquée et m'ont poussée à réfléchir sur l'impact des représentations sociales dans la relation de soin.

L'expérience réalisée auprès d'un patient souffrant d'addictions ainsi que celle vécue auprès d'un patient ayant commis un homicide m'ont questionnées. J'ai compris que certains patients peuvent être victimes de représentations sociales dues à leurs pathologies, leurs comportements ou leur passé. C'est en comprenant cela que je me suis posée la question de savoir si elles pouvaient influencer la relation de soin.

Pour répondre à cette question j'ai commencé par analyser mes situations puis j'ai effectué des recherches théoriques sur les représentations sociales, les préjugés, la stigmatisation et sur la relation de soin. Après ces recherches j'ai réalisé des entretiens auprès d'infirmiers dans des services différents afin de recueillir leurs expériences et leurs ressentis par rapport à mon questionnement.

Les résultats de mes recherches montrent que certaines représentations peuvent avoir un impact sur la relation de soin. Lorsque l'identité du patient est réduite à sa pathologie ou à un acte commis cela peut entraîner une distance relationnelle ou une perte de confiance. C'est dans ces cas que les patients peuvent se sentir incompris ou jugés. Et le contraire lorsque le soignant prend du recul sur ses propres représentations sociales et réussit à voir le patient dans sa globalité. Le patient et le soignant ont une confiance mutuelle, la relation est plus humaine et respectueuse et sa prise en charge est adaptée.

Mes recherches m'ont appris l'importance de la posture professionnelle dans le soin. Il ne suffit pas de seulement réaliser des gestes techniques ou de donner des traitements mais de prendre la personne en compte dans son ensemble. Il s'agit de comprendre son histoire et de l'écouter car ils sont dans un moment de vulnérabilité. J'ai pris conscience que les patients sont sensibles à l'attitude des soignants.

Ce mémoire aura donc une place importante dans ma future pratique professionnelle. Il m'a fait comprendre et intégrer l'importance de prendre du recul sur nos propres représentations sociales

afin qu'elles n'affectent pas la relation de soin. Même s'il est naturel d'avoir des représentations sociales, il est important de les identifier afin que les patients puissent bénéficier d'une meilleure prise en charge.

Il pourrait être intéressant d'approfondir/élargir la réflexion sur d'autres domaines comme des personnes en situation de précarité ou de handicap.

Bibliographie

- Abric, J.-C. (1988). *Coopération, compétition et représentations sociales*.
- Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Presses Universitaires de France.
- Abric, J.-C. (1999). *Psychologie de la communication*. Armand Colin.
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Addison-Wesley.
- Arendt, H. (1963). *Eichmann à Jérusalem. Rapport sur la banalité du mal*. Gallimard.
- Banjac, S. (2024). *L'alliance thérapeutique : Fondements et pratiques cliniques*. Dunod.
- Beck, U. (2001). *La société du risque*. Aubier.
- Becker, H. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. Free Press.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Les Éditions de Minuit.
- Chauvaud, F. (1999). *Les passions de la justice*. Publications de la Sorbonne.
- Cohen, M. (1999). *Ethics, health and the human person*. Routledge.
- Cusson, M. (2005). *La violence criminelle*. Presses Universitaires de France.
- Delbrouck, M. (2008). *Le burn-out du soignant*. De Boeck.
- De Gaulejac, V. (2009). *Qui est « je » ? Sociologie clinique du sujet*. Seuil.
- Dejours, C. (1998). *Souffrance en France*. Seuil.
- Deschamps, J.-C., & Moliner, P. (2008). *L'identité sociale : La construction de l'individu dans les relations entre groupes*. Presses Universitaires de France.
- Devine, P. G. (1989). Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(1), 5–18. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.1.5>
- Durkheim, É. (1912). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Alcan.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Odile Jacob.
- Elias, N. (1939). *La civilisation des mœurs*. Calmann-Lévy.
- Fassin, D. (2015). *L'ombre du monde*. Seuil.

- Flament, C. (1994). Structure et dynamique des représentations sociales. Presses Universitaires de France.
- Formarier, M. (2007). Relation de soin et démarche clinique infirmière. Elsevier Masson.
- Formarier, M. (2009). Les relations de soin. Elsevier Masson.
- Foucault, M. (1975). Surveiller et punir. Gallimard.
- Furtos, J. (2007). La santé mentale en actes : De la clinique au politique. Érès.
- Garland, D. (2001). The culture of control. Oxford University Press.
- Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Prentice-Hall.
- Gomez, H., Claudon, M., & Ostermann, G. (2015). Les représentations de l'alcoolique : images et préjugés. Érès.
- Guimelli, C. (1994). Structures et transformations des représentations sociales. Delachaux et Niestlé.
- Honneth, A. (2000). La lutte pour la reconnaissance. Cerf.
- Jodelet, D. (1989). Les représentations sociales. Presses Universitaires de France.
- Kaufmann, J.-C. (2004). L'invention de soi. Armand Colin.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Luhmann, N. (2006). La confiance. Economica.
- Maisondieu, J. (1997). La violence et la vie. Bayard.
- Médard, J.-F. (1995). La confiance en politique. Presses de Sciences Po.
- Memmi, D. (2003). Faire vivre et laisser mourir. La Découverte.
- Ménaut, H. (2009). Soins infirmiers en psychiatrie. Elsevier Masson.
- Moscovici, S. (1976). La psychanalyse, son image et son public (2e éd.). Presses Universitaires de France.
- Mucchielli, R. (1972). L'entretien de face à face. ESF.

- Organisation mondiale de la Santé. (2014). Classification internationale des troubles liés à l'usage d'alcool. OMS.
- Olievenstein, C. (1983). Il n'y a pas de drogué heureux. Robert Laffont.
- Renneville, M. (2010). Crime et folie. Fayard.
- Revillot, J.-M., & Eymard, C. (2006). Le soin éducatif infirmier. Elsevier Masson.
- Reynaud, J.-D. (1989). Les règles du jeu. Armand Colin.
- Reynaud, J.-D. (1997). Les règles du jeu social. Armand Colin.
- Ricœur, P. (1990). Soi-même comme un autre. Seuil.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science* (Vol. 3). McGraw-Hill.
- Rouquette, M.-L. (1996). Représentations et idéologie. Presses Universitaires de France.
- Sicard, D., & Comité consultatif national d'éthique. (2004). Avis n°84 : Information et consentement. CCNE.
- Winnicott, D. W. (1971). Jeu et réalité. Gallimard.
- Zaccaï-Reyners, N. (2006). Le monde de la relation de soin. De Boeck.

Annexe

Annexe I – Guide d’entretien.....	I
Annexe II – Demande d’autorisation d’entretien en service de médecine	II
Annexe III – Autorisation d’entretien en service de médecine.....	III
Annexe IV – Demande d’entretien service de psychiatrie	IV
Annexe V – Autorisation d’entretien service de psychiatrie	V
Annexe VI – Entretien n°1.....	VI
Annexe VII – Entretien n°2	IX
Annexe VIII – Entretien n°3	XIV
Annexe IX – Tableau d’analyse des entretiens	XXIV
Annexe X – Autorisation de diffusion.....	XXXIII

Annexe I – Guide d’entretien

Afin de mener à bien mon enquête exploratoire, je poserai plusieurs questions portant sur les différents concepts de mon cadre de référence. L’objectif de ces questions est de recueillir, auprès des professionnels de santé, des éléments permettant de répondre à ma question de recherche.

Avant de débiter l’entretien, je me présenterai, et avec l’accord des soignants, j’enregistrerai l’échange afin de pouvoir l’analyser ultérieurement.

Questions générales :

- Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ?
- Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ?

Représentations sociales :

- Pour vous, qu’est-ce qu’une représentation sociale ?
- Selon vous quels patients pourraient être victimes de représentations sociales ? Pourquoi ?
- Quelle est votre représentation d’un patient alcoolodépendant ?
- Quelle est votre représentation d’un patient ayant commis un homicide ?
- Avez-vous un exemple (vécu ou observé) de prise en charge d’un patient alcoolodépendant et ou ayant commis un homicide à me donner ?

Relation de soin :

- Pouvez-vous me définir ce qu’est la relation de soin ?
- Selon vous, comment les représentations peuvent impacter la relation de soin ?
- Et pourquoi ?

Autres :

- Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?

Annexe II – Demande d'autorisation d'entretien en service de médecine



Institut de formation en soins infirmiers



Mlle. PELLEGRIN Sidonie
Etudiante en soins infirmiers
Adresse : [REDACTED]

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des Soins

Téléphone : [REDACTED]
Mail : [REDACTED]

Avignon, le 27/02/2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans des services de médecine auprès des populations suivantes : un(e) infirmier(e) de chaque service, dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est sur les représentations sociales des soignants et sur la relation de soins.

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

- Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ?
- Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ?
- Pour vous, qu'est-ce qu'une représentation sociale ?
- Quelle est votre représentation d'un patient alcoolodépendant ?
- Quelle est votre représentation d'un patient ayant commis un homicide ?
- Avez-vous un exemple (vécu ou observé) de prise en charge d'un patient alcoolodépendant et ou ayant commis un homicide à me donner ?
- Selon vous quels patients pourraient être victimes de représentations sociales ? Pourquoi ?
- Pouvez-vous me définir ce qu'est la relation de soins ?
- Selon vous, comment les représentations peuvent impacter la relation de soins ?
- Et pourquoi ?
- Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?

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

PELLEGRIN Sidonie

Annexe III – Autorisation d’entretien en service de médecine

[REDACTED]

À : ☉ PELLEGRIN Sidonie

Bonjour,

Je reviens vers vous par rapport à votre demande, cela est validé par la Direction.

Cordialement,

Annexe IV – Demande d’entretien service de psychiatrie



Institut de formation en soins infirmiers



Mlle. PELLEGRIN Sidonie
Etudiante en soins infirmiers

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des Soins

Adresse : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Mail : [REDACTED]

Avignon, le 27/02/2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans des services de psychiatrie auprès des populations suivantes : un(e) infirmier(e) de chaque service, dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est sur les représentations sociales des soignants et sur la relation de soins.

Veillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

- Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ?
- Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ?
- Pour vous, qu'est-ce qu'une représentation sociale ?
- Quelle est votre représentation d'un patient alcoolodépendant ?
- Quelle est votre représentation d'un patient ayant commis un homicide ?
- Avez-vous un exemple (vécu ou observé) de prise en charge d'un patient alcoolodépendant et ou ayant commis un homicide à me donner ?
- Selon vous quels patients pourraient être victimes de représentations sociales ? Pourquoi ?
- Pouvez-vous me définir ce qu'est la relation de soins ?
- Selon vous, comment les représentations peuvent impacter la relation de soins ?
- Et pourquoi ?
- Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?

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

PELLEGRIN Sidonie

Annexe V – Autorisation d’entretien service de psychiatrie

Bonjour,

Je suis [REDACTED] infirmier au sein du service du Coudrier aux UMD. J’ai reçu votre sujet de mémoire, que je trouve particulièrement intéressant, notamment dans sa dimension liée aux représentations sociales. En effet, les professionnels travaillant auprès de l’humain sont souvent confrontés à des phénomènes de stigmatisation.

Je me tiens à votre disposition pour un entretien si vous le souhaitez.

Cordialement,

[REDACTED]

Annexe VI – Entretien n°1

Lilas

1 **Alors depuis quand êtes-vous diplômée ?**

2 1988.

3 **Ah oui, et ça fait combien de temps du coup ?**

4 30 euh ... 38 ans.

5 **38 ans, ah oui ok. Euh depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ?**

6 (Silence) Depuis 1993.

7 **Ok. Alors, pour qu'est-ce qu'une représentation sociale ?**

8 (Silence)

9 **Un synonyme sinon ?**

10 (Silence) Donc pour moi les représentations sociales euh, c'est ce que le patient veut nous
11 montrer, ce qu'on pense en le voyant, euh. Est-ce qu'on sait s'il est euh, sa profession, ça dépend
12 si c'est le premier abord, dès qu'il, dès qu'on rentre dans la chambre et qu'on le connaît pas
13 encore ou c'est qu'on a son dossier et du coup, on, on se fait une image. Par rapport à sa
14 profession, à son cadre de vie, a...

15 **OK. Euh... Selon vous quels patients pourraient être victimes de représentations**
16 **sociales ? Et pourquoi ?**

17 Excusez-moi, j'ai pas bien entendu.

18 **Selon vous quels patients pourraient être victimes de représentations sociales ? Et**
19 **pourquoi ?**

20 Alors, tout d'abord je pense euh à la religion et s'il y a un signe extérieur euh, de religion.

21 **OK.**

22 De handicap, peut être aussi.

23 **Ouais.**

24 Tu peux reposer la question encore ?

25 **Selon vous quels patients pourraient être victimes de représentations sociales ? Et**
26 **pourquoi ?**

27 (Silence) Euh, tous les clichés euh, bon, euh, à voir, quand on voit quelqu'un ou s'il fume, s'il
28 boit, si euh on connaît ses antécédents euh...

29 **OK. Quelle est votre représentation d'un patient alcoolodépendant ?**

30 (Silence) Alors, comment je le vois ? En tant qu'infirmière ou...

31 **Oui.**

32 Quelqu'un qui a besoin d'aide, quelqu'un qui est malade...

33 **Ok.**

34 Euh... je vois quelqu'un en détresse euh, mais quelque part quelqu'un aussi qui peut créer des
35 problèmes dans le service, dans ses relations avec le personnel ou avec euh d'autres patients.

36 **Ok. Euh, quelle est votre représentation d'un patient ayant commis un homicide ?**

37 (Silence) Alors ça m'est jamais arrivé, je crois pas. Euh, je... je dirais que ça dépend, des
38 conditions d'homicide peut-être, mais c'est difficile d'être euh, objective, tout dépend quel
39 homicide il a commis. Ça représente le mal.

40 (Rires)

41 **Ok. Avez-vous un exemple vécu ou observé de prise en charge de patients**
42 **alcoolodépendant et ou ayant commis un homicide à me donner ?**

43 Alors alcoolodépendant oui, beaucoup, donc, euh, y a tous les cas de figures hein. Comme je
44 disais y a la personne qui est en détresse, qu'on a envie d'aider, qui... voilà qu'on... puis on
45 essaie de comprendre, de le euh sauver.

46 **Ok.**

47 Et puis y a celui qu'on se dit c'est peine perdue, et puis de toute façon... Par son comportement,
48 fait que euh, on a moins envie de l'aider.

49 **D'accord, ok. Euh Pouvez-vous me définir ce qu'est la relation de soins ?**

50 (Silence), Bah c'est une relation entre le soignant et le patient, euh, je dirais dans sa globalité.

51 **Ok.**

52 Bah, que euh, pas que soigner un problème physique.

53 **Ouais, d'accord. C'est aussi relationnel ?**

54 Voilà.

55 **Ok. Euh selon vous, comment les représentations sociales peuvent-elles impacter la**
56 **relation de soins ? Et pourquoi ?**

57 (Silence) Je pense que, le comportement du patient et, pas que le patient, aussi euh l'état d'esprit
58 dans lequel on est aussi euh, à certains moments on est pas forcément toujours, euh. Comment
59 dire ? Posé et bien dans ses euh, dans ses baskets euh. On a aussi nos soucis et du coup des on
60 est affecté par ce que nous renvoie le patient.

61 **Ok.**

62 Vraiment où... des fois c'est pas réel, qu'on imagine.

63 **Ok. Euh ok euh. Est -ce que vous souhaitez rajouter quelque chose ?**

64 (Silence) Euh non.

65 **Merci**

Annexe VII – Entretien n°2

Cerise

1 **Alors, depuis quand êtes-vous diplômée ?**

2 Depuis 2006.

3 **Ok. Euh depuis combien de temps exercez-vous ce métier ?**

4 Depuis 16 ans.

5 **Ok. Alors euh pour vous qu'est-ce qu'une représentation sociale ?**

6 Oula, alors euh une représentation sociale euh, c'est l'idée qu'on se fait euh de euh, de la
7 situation de quelqu'un euh, de sa situation sociale, ça peut être quoi ? C'est économique, euh,
8 situation sociale, c'est son statut, son... son statut marital euh, son euh, sa profession, c'est une
9 représentation qu'on se fait de la personne, ça peut être un préjugé.

10 **Ok. Euh selon vous quels patients pourraient être victimes de représentations sociales ?**

11 **Et euh pourquoi, pourquoi ?**

12 Bah je pense aux patients qui sont peut être sans domicile fixe, euh, ou aux patients euh, qui
13 sont, par exemple les, je sais pas comment on dit mais les prisonniers aussi car ils viennent se
14 faire soigner à l'hôpital, euh, des fois y a en plus euh, y a des motifs euh, des gens emprisonnés,
15 y a des motifs euh, un peu euh, un peu compliqués, quoi, je sais pas, des, des, violeurs, des
16 choses comme ça. Donc eux c'est sûr que il peut victimes de représentations sociales. Ça peut
17 être, les minorités.

18 **Ok.**

19 Les minorités, euh, les communautés, euh voilà. Les gens qui représentent pas la majorité de,
20 d'un, d'un français on va dire. Peuvent être un peu victimes de tout ce qui sort un peu de la
21 norme en fait.

22 **Ok.**

23 Tout ce qui sort de la norme, peut-être euh, peut être victime de préjugés de représentations
24 sociales et euh, des idées fausses.

25 **Ok. Et euh du coup pourquoi ? C'est parce qu'ils sortent de la norme ?**

26 Bah, je pense que voilà, le manque d'habitude à être confronté à ce style de public et puis les
27 euh, de la peur peut être, euh, vis-à-vis de ce que représente la personne et la difficulté peut être
28 supplémentaire à de prendre en charge quelqu'un auquel on est pas habitué d'avoir affaire. Et
29 puis bah après il y a toute euh. Même si on est tenu de soigner tout le monde et de pas avoir
30 d'apriori, de rester objectif des fois, ben, c'est plus compliqué que d'autres, je pense. Je sais pas,
31 si on a, à prendre en charge voilà quelqu'un qui a violé un enfant, c'est peut-être le, ce qui est
32 l'exemple, peut-être le plus fort, mais comment rester neutre, comment rester dans son rôle de
33 soignant, et euh, tout en soignant ce style de personne. Idem on peut être, on peut être euh, avoir
34 tendance à avoir envie de juger la personne aussi, sur ses choix de vie hein. Quelqu'un qui, qui
35 nous arrive dans le service, ça peut arriver qu'on ait des gens qui arrivent en incurie, des gens
36 qui sont, qui sont, qui ont des addictions euh, ils reviennent pour le même motif, on essaie de
37 les sevrer, puis ils reviennent puis on peut être tenté de se dire mais qu'est ce qui se passe quoi
38 ça, pourquoi ça fonctionne pas, pourquoi on arrive pas à les soigner. Après on a des, on peut
39 avoir des préjugés et avoir peut être un petit peu d'être lassé aussi, on peut ça peut arriver aussi.

40 **Ok, ok. Et euh du coup quel est votre représentation d'un patient alcoolodépendant ?**

41 Ah (silence). Ma représentation personnelle, euh, d'un patient alcoolodépendant euh, bah déjà
42 c'est quelqu'un qui est dans une souffrance, qu'il entraîne euh, vers, vers cette addiction là. Euh
43 dans laquelle il doit trouver un apaisement à sa souffrance. Euh, après sachant que
44 l'alcoolodépendant ça peut toucher n'importe qui dans la société, c'est pas parce qu'on est...
45 bon y a peut-être des chiffres sur les classes sociales qui sont les plus touchées mais ça peut être
46 dans n'importe quel milieu et euh, c'est juste le cerveau qui réagit euh, fortement à un produit.
47 Qui développe une addiction, on est pas tous égaux face à ça parce qu'on a pas tous le cerveau
48 qui développe une addiction à des produits. Y a des gens qui la première fois qui vont goûter à
49 l'alcool, il vont être, vont être accros, d'autres non. Bah y a (silence) j'essaie d'être... Des fois
50 on, on est voilà si c'est pour rejoindre les représentations sociales qu'on peut se faire, des fois
51 voilà je disais on peut être dans un... quand les gens reviennent pour le même motif, on peut
52 être tenté de se dire mais pourquoi il a pas le déclic, pourquoi euh, malgré le fait qu'il ait une
53 famille, qu'il ait peut être des gens qui le soutiennent, j'ai l'impression que c'est bon ça y est,
54 il est sevré, il a compris qu'il faudra plus qu'il y touche et puis y retourne dans ses travers euh,
55 c'est compliqué. C'est un accompagnement global hein pour les personnes alcoolodépendantes.

56 **Ok. Euh quelle est votre représentation d'un patient ayant commis un homicide ?**

57 (Silence) Je pense que, ma représentation, elle serait, elle serait plutôt négative même si, fin
58 comment dire ? On peut... mais après nous on est on a pas été là pendant le, le crime, on va
59 dire, donc il faut garder son... Est-ce que c'est une personne qui a été déjà jugée ? Est-ce que
60 c'est en cours de jugement ? Est-ce qu'elle est connue, elle est présumée coupable, tout ça, mais
61 on, on est là pour faire du soin, on n'est pas là pour se dire euh. Puis, puis y a peut-être des gens
62 que je soigne qui ont fait un homicide et je le sais pas (rires). Donc je, je, j'aurais tendance à
63 avoir peur je pense. Parce que ça veut dire que c'est une personne qui peut avoir des réactions
64 violentes et à prendre des précautions dans la relation. Mais si je dois faire des soins, voilà être
65 euh, faire très attention à la manière dont je m'exprime et aborder les choses. Mais c'est pas à
66 mon rôle de, de juger. C'est pas moi le tribunal (rires), c'est pas moi le juge (rires).

67 **Ok. Euh avez-vous un exemple vécu ou observé de prise en charge d'un patient**
68 **alcoolodépendant et/ou ayant commis un homicide à me donner ?**

69 Oui ! bah on a, ayant commis un homicide je crois pas, ça me viens pas à l'esprit euh. Je sais
70 que j'avais eu à faire à fin, on m'avait fait visiter la, la pièce où, je pense que c'est à Monaco
71 qu'on avait dû me faire visiter le, la pièce où ils soignent les, les gens qui viennent avec les
72 policiers. Voilà c'est un peu particulier quoi. Mais je suis pas sûre que qu'il y avait un patient
73 dedans je crois, je me rappelle pas. Et après je, j'ai jamais travaillé en prison ou les choses
74 comme ça donc je sais pas. Mais après les personnes alcoolodépendantes oui je, j'ai à faire plus
75 souvent. C'est quoi la question déjà ?

76 **Euh c'est si vous avez un exemple vécu ou observé du coup.**

77 Oui, oui bah plusieurs exemples vécus de personnes alcoolodépendantes, bon bah qui viennent
78 pendant un temps donné en médecine pour qu'on les accompagne dans le sevrage et ils viennent
79 de manière volontaire euh. Après nous on est pas un service fermé et euh, donc c'est un peu un
80 accord implicite que les gens ne consomment pas pendant le séjour. Après généralement euh,
81 ils arrivent au bout du séjour, ils sont sevrés. Mais après comme je disais c'est gens qu'on revoit
82 parfois et qui ont, qui sont retombés dans leur addiction donc on s'interroge un peu sur
83 l'efficacité de notre prise en charge. Puisque nous on est un service où voilà de médecine et on
84 a pas, on a pas de psychiatre et on a pas de, de psychologue euh, disponible toute la journée
85 pour faire des entretiens d'aide et nous aussi on est limité dans nos entretiens et y a pas de,
86 d'atelier pour apprendre aux gens à gérer leur dépendance, donc c'est vrai qu'on, on a une utilité
87 pour peut-être pour certaines personnes parce qu'on les accompagne sur les symptômes de
88 sevrage pour les aider à vivre au mieux ce, cette, ses symptômes, Qu'ils en aient le moins

89 possible et qu'ils en souffrent moins. Mais après voilà j'ai eu récemment là par exemple on a
90 travaillé en collaboration avec une clinique spécialisée, donc nous on commence euh, le sevrage
91 et après la personne quelques jours après elle a été adressée dans la cure entre guillemet, pour
92 vraiment consolider le, le sevrage. Après ça c'est une bonne prise en charge on va dire mais
93 après on a eu des prises en charge euh, qui sont pas très bien passées où la personne elle a fugué
94 euh, une personne a essayé de se suicider euh, et on est pas du tout adapté dans ces personnes
95 quoi. Il faut vraiment euh, de un que la personne qui a fugué bah, elle était pas très volontaire
96 pour arrêter ses addictions et de deux la personne qui a essayé de se suicider bah nous on est
97 pas un service adapté parce que le risque suicidaire bah on peut pas le contenir euh, voilà.

98 **Ok.**

99 Voilà c'est les limites de la prise en charge quoi.

100 **Ouais d'accord, ok. Euh pouvez-vous me définir ce qu'est la relation de soin ?**

101 (Silence) Bah la relation de soin c'est la rencontre entre euh, entre un malade et, et un soignant.
102 Euh, et puis euh, le soignant essaie d'apporter quelque chose aux malades sur le chemin de la
103 guérison quoi. Et euh, après euh, y a tout un savoir euh, les soignants on a tout un savoir être
104 pour savoir se comporter euh, avec les, avec les, avec les patients, les malades, bah je veux dire
105 le respect de la personne que soit par la politesse ou par la façon de parler, de se comporter, la
106 recherche du consentement dans les soins et de s'adapter à la personne hein. Parce qu'on a
107 affaire à toute sorte de public, les gens malentendants euh, les gens qui sont effrayés, des gens
108 qui sont agressifs euh, on essaie de d'adapter notre relation au vécu de la personne, à, à son
109 comportement et qu'on essaie de, de lui apporter les soins même si des fois ils sont pas d'accord
110 au départ on essaie de, de faire en sorte que ça fonctionne, des fois ça fonctionne, des fois ça
111 fonctionne pas. (Rires) voilà.

112 **Ok. Euh Selon vous comment les représentations peuvent impacter la relation de soin et**
113 **euh pourquoi ?**

114 (Silence) bah euh, c'est-à-dire que si on a un préjugé euh, négatif sur une personne avant
115 d'entrer dans la chambre, bah effectivement, on va être dans l'interprétation du euh,
116 comportement de, de, du patient et euh, on va arriver euh peut être des fois à des conclusions
117 euh, un peu rapides, sans prendre en compte l'histoire, le vécu de la personne et euh, et on va
118 peut-être pas euh, être aussi persévérant, parfois euh, pour convaincre la personne et pour... on
119 va pas y croire, si le soignant, il y croit pas déjà euh, si on rentre dans une chambre et on se dit

120 bah c'est déjà un foutu parce que il est, on a des préjugés et on sait voilà. Si je rentre dans une
121 chambre, je dis bah lui, il est déjà venu 5 fois pour se faire sevrer de l'alcool, ben, pourquoi je
122 m'investirais ? ça sert à quoi ? Il reviendra, il arrêtera jamais quoi. Bah ça, si je pars déjà, moi
123 je pars déjà perdante je crois pas en, en, au patient et je vois pas, fin déjà ça va pas. Il faut
124 essayer de rester neutre et de, d'oublier euh, ce qu'on pense et de se dire bah, et d'essayer
125 d'encourager la personne, si elle revient une 5^e fois pour se faire sevrer c'est que, il y a encore
126 une volonté de se sevrer et qu'il faut respecter et que c'est peut-être cette fois-ci qui sera la
127 bonne hein.

128 **Ok. Euh est ce que vous souhaitez rajouter quelque chose ?**

129 Non (rires).

Annexe VIII – Entretien n°3

Jasmin

1 Alors !

2 **Depuis quand êtes-vous diplômé ?**

3 Alors moi c'est Jasmin, euh, je suis diplômé depuis 2023 en tant que IDE et avant j'étais aide-
4 soignant aux urgences, euh, somatiques à l'hôpital, euh, d'Avignon.

5 **D'accord, euh, depuis combien de temps exercez-vous dans, dans ce service ?**

6 Et ben dès que je suis sorti en 2023, euh, j'ai eu un intérêt pour la psychiatrie et du coup depuis
7 2023 j'exerce aux UMD d'Avignon, euh de, de Montfavet (rires), pardon.

8 **Ok, euh, alors, pour vous, qu'est-ce que c'est une représentation sociale ?**

9 (Silence) Euh, bah, c'est ce que tout le monde a, en fait, c'est ce qu'on peut représenter, euh, soit
10 physiquement, euh, ou soit, euh, soit ce qu'on sait de notre vie. Et moi, pour moi une
11 représentation, par, par exemple, moi, l'obésité, euh, c'est quelqu'un qui va pas bouger, qui va
12 faire que engloutir, alors que c'est peut-être pas vrai. Y a peut-être des problèmes hormonal ou
13 des trucs comme ça. C'est ce qu'on représente aussi déjà, bah, toi sûrement en tant que, en tant
14 qu'étudiante aussi, tu dois l'avoir souvent, dès que tu arrives dans un lieu de stage, au bout de
15 trois jours tu es un peu catégorisée. Pour moi c'est ça une représentation sociale, ça veut dire
16 que, bah, déjà t'instaures quelque chose. Malheureusement, soit par la couleur de peau, soit par,
17 euh, par ta, euh, ta, ton, ton corps, comment il est, comment tu bouges, euh, ton âge, euh,
18 fin, tout ça, ça peut faire des représentations sociales pour moi.

19 **Ok, d'accord. Euh, selon vous, quel patient pourrait être victime de représentations
20 sociales et, et pourquoi ?**

21 Quel patient ?

22 **Oui.**

23 (Inspiration) Euh, mmh, euh, aux UMD, euh, ceux qui on a le plus de mal à..., c'est les
24 psychopathes, parce qu'ils sont manipulateurs et les trucs comme ça, là c'est plus une
25 pathologie. Alors quand on sait qu'on reçoit des psychopathes, un peu on..., c'est un peu
26 difficile au niveau de l'équipe, parce qu'ils mettent un mal de l'équipe, ils font du clivage, de la

27 manipulation et tout ça. Après, euh, bah, si le patient dans son dossier aussi, bah, on en a un qui
28 a fait plusieurs fois les UMD, donc on sait qu'il va être difficile. Donc par son dossier aussi, ça
29 peut être soit par sa pathologie, soit par son dossier. Euh qu'est ce qui va, euh, après, s'il est
30 détenu aussi, s'il a été, euh, irresponsabilisé ou responsabilisé, c'est s'il a fait de la prison aussi,
31 des fois on sait qu'il y a des comportements aussi de, de prisonnier, parce que des fois on reçoit
32 des prisonniers et on les a pendant un an ou deux, histoire de, de les, euh, hospitaliser parce
33 qu'ils ne vont pas bien. Et, et des fois ils ont des comportements, c'est vrai, de prisonnier, on
34 voit un peu au niveau de la posture et tout que, bah, on sent qu'ils ont été longtemps en prison
35 quoi.

36 **D'accord, ok. Euh, quelle est votre représentation d'un patient alcoolodépendant ?**

37 Alors nous le problème fin, après chépas, euh, ce que tu as eu déjà en stage, mais nous en fait,
38 la grosse problématique, c'est les... c'est tout ce qui est, euh, consommation de, de drogue, et
39 c'est multi drogue en plus, c'est plusieurs, euh, drogues, ils prennent de l'alcool, ils prennent de
40 la... en fait ils consomment de tout vraiment, euh, c'est des comportements à risque, hein ils
41 ont... donc ce n'est pas que l'alcool. Alors oui, nous on en avait un qui était vraiment, euh, porté
42 sur l'alcool, mais ce qu'il y a c'est que, qu'aux UMD, en fait, pendant le temps
43 d'hospitalisation, qui est minimum un an et demi, t'as contact avec rien. Donc ils font du sevrage
44 un peu comme ça, direct du jour au lendemain.

45 **Ok.**

46 Alors après on leur donne des substitutifs, des médicaments qui vont se substituer à, au
47 manque, mais euh, disons que vu qu'ils sont dans une bulle, alors ils sont dans le déni, en plus
48 c'est des patients, tu sais bien que ils sont pas malades, en fait il... pour eux, en fait, avec leur
49 capacité à eux, eux, ils sont dans le déni tous les jours, et ils savent pas, ils vont bien, ils jugent
50 qu'ils vont bien, tu vois ?

51 **Oui.**

52 Et ce qu'ils ont fait, ben, ils minimisent, donc euh. Vu qu'ils sont pas malades et tout ça, pour
53 eux, bah, euh, comment ça s'appelle euh. T'sais que eux, ils sont dans le déni de la
54 maladie, donc du coup, pour eux, l'alcool et tout ça, ils sont dans le déni aussi de, de leur
55 prise, ils minimisent toujours leur, leur, leur prise d'alcool ou leur prise de toxiques, c'est
56 toujours, euh, festif pour eux, alors que c'est quotidien, et tu vois que tu lis le dossier, ils
57 s'alcoolisent depuis l'âge de 14 ans, ils prennent des drogues depuis très tôt, quoi. Après, tu vois

58 aussi que c'est systémique dans la famille, c'est que le père est alcoolique, la mère aussi,
59 généralement, ça va ensemble. Ce qui est dommage, c'est que voilà, c'est que là, ça fait une
60 représentation sociale, parce que du coup, malheureusement, quand on voit la famille, et ben, je
61 te dis ben, que c'était obligé qui, qu'il soit comme ça, quoi.

62 **OK. Euh, quelle est euh, votre représentation d'un patient qui, qui a commis un**
63 **homicide ?**

64 (Silence ..., inspiration) Alors, c'est pas pareil que la prison, parce que ce que je vais te
65 répondre, c'est ce que je réponds généralement à des gens qui ne connaissent pas la
66 psychiatrie, et surtout les UMD, parce que des fois, j'ai souvent des, des gens euh, qui euh, qui
67 ont une idée, un fantasme un peu des UMD, où tu vois la télé Hannibal Lecter, des trucs comme
68 ça là, et euh, non, aux UMD, en fait, c'est souvent des gens, des
69 schizophrènes, malheureusement, qui étaient suivis par euh, ou pas, alors, ça peut être une
70 primo-hospit mais c'est rare, mais c'est souvent des, des patients suivis euh, à l'extérieur, en
71 hôpital psychiatrique normal, qui ont appelé à l'aide, qui étaient délirants et qui ont
72 malheureusement appelé à l'aide et qui ont pas été suivis.

73 **OK.**

74 Donc, du coup, bah les... les, donc, ils ont fait un appel à l'aide et puis, et ils ont pas été
75 écoutés, donc du coup, ils sont passés à l'acte sur un délire, et... et moi, en tant que soignant,
76 j'ai les, les informations sur la pathologie clinique, sur le, le fait que ben, en psychiatrie, tu dois
77 toujours te tenir informé de ce que c'est la paranoïa, ce que c'est la, la schizophrénie, tout ça, et
78 euh, et du coup, ben je, je sais que lui, il est passé à l'acte sur un délire, tu vois ?

79 **Oui.**

80 A un moment donné, c'est plus fort que lui. Généralement, ils sont beaucoup en rupture de
81 traitement, sous toxiques et ce qui potentialise tout ça, et je sais qu'il a fait ça sous la, la maladie,
82 en fait, c'est la maladie qui l'a emporté, en fait. Donc, du coup, pour moi, oui, il est passé à
83 l'acte, oui, il a fait quelque chose d'horrible, oui, on travaille ça avec lui, mais en fait, ce qu'on
84 va travailler le plus, c'est, c'est l'observance du médicament, parce qu'en fait, ils ont été jugés,
85 soit irresponsables ou soit responsables, donc nous, soit ils retournent à l'hôpital d'origine ou
86 soit ils retournent en prison. Mais nous, notre but, c'est euh, c'est que ils comprennent un peu
87 la maladie, qui, qui savent un peu les signes d'alerte de la maladie, les symptômes et tout ça, et
88 qu'ils essayent au maximum de, de réduire ces passages à l'acte, en fait.

89 **OK.**

90 Euh, on en a qu'ont commis même des, des doubles meurtres, en fait, ça fait qu'ils ont commis
91 un meurtre, enfin, une tentative, je sais pas, une tentative, et après, ils ont commis un meurtre
92 en sortant et malgré tout, il était sorti des UMD hein. Tu vois, il, il, il est rentré, il a poignardé
93 quelqu'un, après, il est on l'a gardé deux, trois ans, ou quatre ans, je crois, et après, il est sorti et
94 il a de nouveau... Et ça, malheureusement, euh, en fait, vu qu'il a été responsabilisé, c'est comme
95 s'il retourne pas en prison, quoi. Ça veut dire qui... voilà, y a trois euh, psychiatres qui ont dit,
96 ben non, il est irresponsable de ses actes à ce moment-là. Donc si, en fait, tu vois, même des
97 experts, des, des, des psychiatres, ne... n'arrivent pas, des fois, à définir ça, tu vois ce que je
98 veux dire ?

99 **Oui.**

100 Parce que, du coup, ce qui fait que c'est qu'y a eu quand même des psychiatres qui ont... qui
101 l'ont, qui ont dit qu'il était pas responsable de ses actes. Il est passé aux UMD pour ses
102 soins, malgré ses soins, bah, il est sorti, il a quand même commis l'acte. Tu peux pas savoir, en
103 fait. C'est qu'est-ce que tu en fais de ces gens-là ? Le problème, c'est que, ces personnes sont
104 malades, si tu les mets en prison, de toute manière, ils délirent tout le temps. Donc, du coup, la,
105 la prison, ça va pas les aider, en fait. La prison, c'est, t'es enfermé, t'es avec des matons, y a rien
106 de médical. Alors, oui, y a... y a des... des infirmiers en prison, mais eux, ils sont là, en fait,
107 comme un CMP. Ça veut dire que s'ils veulent pas se soigner en prison, bah ils se soignent pas.
108 Tandis que nous, aux UMD, il y a une contrainte de soins.

109 **Ok.**

110 Donc, du coup, moi, quand je dis aux gens qui me disent, ouais... ben, putain, mais ils ont
111 commis des meurtres, faut les mettre en prison, mais qu'est-ce que... Ils réalisent pas, en fait. Ils
112 sont dans leur, leur monde. Donc, du coup, t'as beau faire ce que tu veux, y a un moment donné,
113 euh, si tu les aides pas, même nous, en les ayant aux UMD, alors, il y a quelques fois, on réussit
114 des trucs qui peuvent être sympas, mais des fois, au bout de 2-3 ans de, d'hospitalisation, ben,
115 une fois dehors, euh, on essaye de les mettre dans un circuit, tout ça, on essaye de leur donner
116 des outils, mais des fois euh, ça marche pas. Donc euh, voilà. Des fois, on se retrouve un peu
117 démunis, et malheureusement, des fois, y a des, des patients qu'on va retrouver 2 fois, 3
118 fois, euh parce que du coup, c'est persistant. Y en a, ils vivent constamment dans un délire. Tu
119 sais que toute la journée, euh, parce que c'est une unité de malades difficiles, quand tu discutes

120 avec eux, bon, ben, il y a une part de réalité, mais euh, on va dire euh, sur 24 heures, il doit
121 avoir 10 heures de délire, quoi.

122 **OK. Ouais, d'accord.**

123 Où ils se sentent persécutés, ou, ou ils sont dans un monde imaginaire, ou, ou la télé leur parle,
124 ou... tu vois, je veux dire, donc ces gens-là, tu les mettrais en prison, mais ils, ils seront pas
125 dans la prison, en fait, ils vivront l'enfermement, mais quoi, si, si on les aide pas, et c'est vrai
126 que, ben oui euh, moi, en tant qu'infirmier, je comprends qu'ils ont commis un, un acte
127 grave, mais je suis là pour les aider. Je, c'est pour ça que la clinique est importante, en
128 psychiatrie, ça t'aide à comprendre, toi aussi, pourquoi t'es là.

129 **OK.**

130 Parce que, du coup, si tu vas déjà avec tes préjugés ou quoi que ce soit. Chacun a sa culture, ses
131 préjugés, et si déjà t'y vas avec tout ça, sans, sans clinique, au moins, ça donne du sens à ce que
132 tu fais. Parce que si tu vas, par exemple, tu prends un infirmier de l'hôpital général, chépas, en
133 cardiologie, tu le mets en psychiatrie, il comprend pas. Lui, il voit que des gens qu'ont tué. Mais
134 y a pas la clinique derrière. C'est pour ça qui faut, c'est pour ça que c'est important d'avoir cette
135 clinique-là pour pouvoir un peu jauger, évaluer, et on fait des sorties thérapeutiques. C'est vrai
136 que quand on vient en psychiatrie, on dit que le mec, il est, il a tué des gens, et on joue aux
137 cartes avec lui. Et c'est pour évaluer ses aptitudes, la frustration, c'est pour évaluer plein de
138 choses, en fait. Ou alors jouer à la pétanque, ou des trucs comme ça. Moi, y en a, ils me disent,
139 tu joues à la pétanque, mais avec des boules de, des vraies boules de pétanque, avec des mecs
140 qu'ont tué, ouais. Mais quand tous les jours, euh, tu passes, entre guillemets, des, des
141 journées euh, chuis pas en stress tout le temps quoi. Ils ont fait ça, ils ont été jugés, nous, on est
142 là pour les accompagner, point barre.

143 **OK. Euh, bah du coup est-ce que vous avez une, un exemple vécu ou observé de prise en**
144 **charge d'un patient alcoolodépendant ou ayant commis un homicide, à me donner ?**

145 Bah nous, c'est en fait euh, comme je t'ai dit les UMD, c'est une parenthèse où on sèvre de tout.
146 Donc euh, bon, on donne des traitements pour sevrer de ça. Euh donc, c'est pas pareil quand on
147 a été accueilli en accueil et crise ouverte ou fermée où là, oui, eux, ils ont accès à l'alcool, donc
148 du coup, ils ont eu des problèmes, des problématiques comme ça. Nous, ils peuvent pas
149 sortir, donc du coup euh, y a rien qui peut rentrer. Donc nous, des problèmes d'alcool, tout ça...

150 **Y en a pas.**

151 Y en a pas. Fin y en a pas oui, à la sortie, des fois, ils vont se réalcooliser massivement parce
152 que pendant un an, ils, ils ont pas bu. Mais nous, au point de vue... Bon, on sait qu'ils se sont
153 alcoolisés. Moi, j'avais un jeune là, j'avais lu sur son dossier, il buvait avec son père à 14 ans
154 quoi. Tu vois, c'est chaud. Il avait commencé à 14 ans, mais son père aussi était un alcoolique,
155 donc du coup, il trouvait ça normal que son fils, à 14 ans, il se murge quoi. Et donc en fait dans
156 son discours, il disait en fait, comme la schizophrénie ils sont très ambivalents bah, il trouvait
157 que le fait de... Je disais, mais euh... Vous buvez beaucoup ? Ah, mais non, je bois rien, je vais
158 prendre deux, trois shots, de je sais plus, d'alcool, des alcools forts après, je vais prendre machin.
159 Non, non, mais non, mais non en fait. Tu vois, ils sont ambivalents, ils se contredisent tout le
160 temps. Et puis c'est... Bon, lui, c'était vrai que c'était beaucoup l'alcool et aussi d'autres
161 drogues. Mais euh, voilà, nous c'est vrai qu'aux UMD, on... n'a pas eu, comme certains de mes
162 collègues que je connais, qui travaillent en intra, où le mec, il est bourré et il rentre dans le
163 service le soir et... il se retrouve avec un mec bourré, tu vois ?

164 **Oui.**

165 Et là, et là quand ça fait deux, trois fois qu'il rentre dans le service bourré, ben oui euh, les
166 soignants, ça les use un peu parce que, bon, t'es plus dans tes capacités, tu vois, déjà, t'es
167 délirant et en plus bourré. Bon ben voilà quoi. Voilà nous, on n'a pas eu ce problème la. Après,
168 oui euh... Voilà après, on discute avec eux de leur euh... Après, y a, y a des ateliers, je sais pas
169 si tu connais un peu, on a l'ergothérapie, où ils sont obligés d'aller une fois par jour et y a des
170 ateliers un peu qui travaillent sur ça, sur la maladie et sur tout euh, ce qui est dépendance un
171 peu. Ils discutent avec eux les questionnements qu'ils ont sur l'alcool et tout ça. Mais la
172 maladie, des troubles mentaux, c'est euh, très difficile parce que c'est euh... Ils sont pas
173 conscients d'être malades, en fait. Nous, pour nous, en fait, pour eux, ils ont... ben tout va bien,
174 on est allés les chercher, ils ont rien demandé, ils se retrouvent là alors que tout allait bien. Et
175 quand tu reviens avec eux, tu leur dis, mais euh si vous continuez votre maladie et votre
176 parcours de vie tel que vous me le décrivez, vous seriez où ? Ah ben, je serais peut-être mort,
177 Jasmin. Tu dis, bah oui. Tu vois, tu fais... Là, vous avez euh... Vous avez commencé à 14 ans,
178 vous vous êtes drogué à presque 16-17, si vous auriez continué dans ce train-là, vous seriez
179 où ? Et tu vois, quand tu fais un cheminement, tu les fais réfléchir, et ça, tous les jours, tous les
180 jours, c'est répétitif, c'est ça, en fait, qui fait que... Pas qu'on arrive à les soigner, mais qu'on
181 essaye un peu de, de les éclaircir, on appelle ça l'insight, je sais pas si tu connais, c'est un peu
182 le, de prendre la conscience des troubles, en fait.

183 **Ok, d'accord. Euh, est-ce que vous pouvez me définir ce que c'est la, la relation de soins ?**

184 (Soupir) Oh, ben ça, c'est une question vaste, hein. Euh, la relation de soins, elle est... c'est
185 vaste. C'est la confiance que on met euh, dans le soignant, et nous euh, ce qu'on met
186 aussi euh, avec le, le, le patient, quoi. Elle est vaste, parce que du coup, la relation de soins, elle
187 peut être multiple. Par exemple euh, quand tu vas à l'hôpital normal, en général, tu sais que t'as
188 une maladie et que tu vas te faire soigner, t'es conscient que tu vas te faire soigner. Parce que
189 là, c'est euh, (bégaiement). Parce que t'as besoin d'être soigné, peut-être que t'as un cancer, tu
190 vas te faire soigner pour ton cancer, ou pour ta maladie euh, pour un infarctus, quoi que ce
191 soit. C'est toi-même qui y vas, donc déjà, y a déjà un consentement. Nous, c'est un univers où,
192 ben, y a déjà des troubles mentaux, donc ils sont pas conscients d'être malades, comme je te dis,
193 et en plus, ils sont sans consentement. Donc euh, là, la relation de soins, elle est difficile. Et en
194 plus, ils ont des délires, des fois, de persécution, ils sont interprétatifs, donc c'est encore plus
195 difficile en psychiatrie, la relation de soins. Parce qu'elle est un peu... feintée, parce que nous,
196 aux UMD, aussi, ils savent qu'ils sont dans un... dans un... dans un service, déjà, ben, c'est des
197 soins intensifs de psychiatrie, donc, des fois, ils te donnent ce qu'ils ont envie de te... ce que t'as
198 envie d'entendre, en fait. Ils, ils sont malins, tu vois ? Comme on dit, ils sont fous, mais ils sont
199 pas cons. (rires) Ils savent qu'ils sont dans un lieu spécifique et tout, et des fois, ils jouent un
200 rôle. Pendant des années, ils... Vous délirez, vous entendez des voix, non, non, non, tout va bien,
201 ça y est, je prends mon traitement, je suis clair, tout va bien, un truc comme ça. Parce que nous,
202 en fait, ça se retrouve nouvelle tous les six mois, tous les six mois, ils passent devant un collègue,
203 j'espère, de, de, de, de psychiatres, et du coup, tous les six mois, ça se joue. Donc, à chaque fois,
204 vers la fin des six mois, tout va bien, je suis nickel, je participe à tout, tu vois, c'est biaisé, on
205 appelle ça des comportements un peu euh obséquieux, plaqués, merci, s'il vous plaît, tu vois ce
206 que je veux te dire ?

207 **Oui, oui.**

208 Mais après, en fait, on, on gratte pas le vrai fond de la maladie, où, pourquoi, qu'est-ce qui
209 s'est passé, comme ça. Et donc, la relation de soins, elle est un peu complexe là-dedans. Elle est
210 un peu... des fois, c'est un peu un jeu du chat et de la souris, c'est un peu biaisé, tu vois ce que
211 je veux dire ? Nous, notre but, aussi, on le sait, parce qu'on voit tellement de patients, on le sait,
212 qui jouent, mais c'est pas d'y aller agressif non plus, ça, ça sert à rien. Il faut d'y aller un peu
213 plus... euh, malin, pour les amener à essayer de comprendre leur maladie, euh qu'est-ce qui se
214 joue dans leur... euh, s'ils continuent comme ça, voilà. Nous, en fait, on est là euh, pour
215 évaluer, quoi. Donc et pour ça, ils ont un, un entretien par semaine ou deux euh, avec le
216 psychiatre, et nous et régulièrement avec les infirmiers, et nous, ce qu'on essaye dans

217 (bégaiement) dans la relation de soins, c'est de pas biaiser cette relation. Nous, on essaye
218 d'être le, le, 100% honnête avec eux, en essayant de leur dire, ben ça, ce que vous me décrivez,
219 c'est peut-être un symptôme de votre maladie, tu vois ? Et ils essayent de leur faire réfléchir.
220 Alors, il y en a, ils sont... conviction inébranlable euh, je pense que t'as appris ça, la, ça veut
221 dire que tu peux leur dire ce que tu veux, mais ils sont fermés. Et, et, et même aller, des fois,
222 chercher ceux qui s'isolent le plus, aussi. Il y en a... qui vont parler beaucoup, ils vont être
223 logorrhéiques, y en a d'autres ils vont être isolés dans un coin, et ben c'est d'aller chercher, de
224 t'adapter, toi, en tant qu'infirmier, à, à, à tous ces, ces patients, en fait, et à toutes ces
225 pathologies. Ce qui est intéressant, c'est que dans un même service, tu peux avoir un parano, un
226 schizo, un borderline, et c'est à toi de t'adapter avec ta clinique, quoi, en fait. Et c'est là qu'elle
227 se joue, la relation de soins chez nous. C'est le dialogue, euh le traitement aussi, parce que, bon,
228 le traitement permet euh, au moins de, de calmer le psychisme, d'avoir un peu moins de délire,
229 d'être moins non-productif, pour qu'on puisse avoir accès à, à eux-mêmes, et en plus, ben en
230 psychiatrie, il y a la personnalité qui joue, le caractère de la personne euh..., la culture, donc il
231 y a plein de choses qui rentrent en compte, tu vois ce que je veux dire ?

232 **Oui.**

233 Donc la relation de soins, elle est vaste et complexe. Déjà, dans un service classique euh, de
234 l'hôpital général, déjà, elle est complexe, mais nous, en psychiatrie, c'est une autre dimension,
235 en fait.

236 **Ouais d'accord, ok. Euh selon vous, comment les représentations peuvent impacter la**
237 **relation de soins, et, et pourquoi ?**

238 Euh tu répéter s'il te plaît ?

239 **Selon vous, comment les représentations peuvent impacter la relation de soins, et euh,**
240 **pourquoi ?**

241 (Silence, soupir) Ben, disons que si, c'est comme pour tout le monde, si t'as confiance, ben du
242 coup, tu vas plus euh, parler, mais nous, derrière, ils savent que s'ils parlent, ça peut jouer aussi,
243 parce que vu qu'on fait, on a beau leur dire qu'on est infirmier, et il y a une transmission
244 derrière. Et le problème, il est là, c'est que, qui dit transmission, dit que tout le monde peut lire,
245 dit que le médecin aussi peut le lire, et donc du coup, tout ça, ça a un impact, tu vois ? Et puis
246 euh, bon, même si on fait des sorties thérapeutiques, il va essayer de jouer, tu vois ? il, il, il va
247 faire semblant que tout va bien, il va essayer de se concentrer pour ce jour-là, pour éviter que

248 ça déborde, tu vois ? Euh, elle est difficile, parce que, en fait, vraiment, moi, je peux pas être
249 individuel dans mon travail. Je peux pas aller la jouer solo. Parce que, ben, moi, j'ai émis une
250 théorie, mais qui n'est peut-être pas celle de mon collègue, qui a vu peut-être autre chose, tu
251 vois ce que je veux dire.

252 **Oui.**

253 Et en fait, au niveau des, des réunions cliniques qui sont importantes, tous, on parle de, de notre
254 théorie, en fait. Lui, il a vu ça, moi j'ai vu ça, moi j'ai vu ça tel jour. Ça conforte ce qu'on
255 compensait. Et des fois, ben non, moi j'ai vu autre chose, moi j'ai vu autre chose, et comme
256 ça, et c'est comme ça qu'on soigne les gens, en fait. Si on fait, si on fait chacun de son côté, et
257 ben, ça ne mène à rien, tu vois ce que je veux te dire ?

258 **Oui.**

259 Tu fais ton petit truc de ton côté. Alors, tu peux commencer une accroche au début, sans
260 forcément te faire transmission et des trucs comme ça, et après, au fur et à mesure, en fait, tu
261 expliques quand même aux patients que, ben oui, t'es infirmier, t'es là pour évaluer, et t'es là
262 pour travailler en équipe, parce que y a pas que les infirmiers dans, dans ça. Y a la psychologue,
263 y a machin, et tout le monde a besoin des informations de tout le monde pour travailler. Donc,
264 il est vrai que du coup, le patient se confie à toi, parce qu'il t'aime bien, ça peut arriver bah, qu'il
265 t'aime bien hein, comme tout le monde, mais il sait que derrière bah, tout le monde, fin... Des
266 fois, ils me le disent, ils me disent, ouais Jasmin, tu le marques pas ça ou quoi que ce soit, et je
267 dis, selon l'importance du, de ce qu'ils m'ont donné, ben... je leur dis, ben si, là, c'est quand
268 même important ce que vous m'avez dit, et c'est peut-être quelque chose qu'on va travailler, et
269 des fois, ça, ça impacte aussi la relation de confiance, tu vois ce que je veux te dire ?

270 **Oui.**

271 Alors, des fois, nous, ce qu'on fait euh, sur le dossier, on marque non communicable, quand
272 c'est vraiment des trucs euh, importants, et qu'on leur a dit non machin en fait, on le met en non
273 communicable, ça fait que, si un jour, ils veulent regarder leur euh, leur dossier, ou quoi que ce
274 soit, c'est pas un tri. Tu vois ce que je veux te dire ?

275 **Oui.**

276 Mais oui, ça... ça impacte la relation de confiance, elle, elle est difficile chez nous, parce que
277 c'est... y a aussi le fait que, dès qu'ils arrivent, nous, on connaît leur vie, quoi. Tu vois, on a un
278 dossier, on connaît leur vie, vu que ça fait longtemps qu'ils sont hospitalisés, et toi

279 euh, t'imagines si quelqu'un savait déjà toute ta vie ? Tu viens ici, je te dis, ben à 14 ans, t'as
280 fait ça, à 13 ans, t'as fait ça, à 12 ans... ben ça impacte quand même aussi. Eux, ils disent, ouais,
281 mais moi, je connais rien de vous. Tu vois, y a ça aussi qui joue, aussi. Alors, sans se livrer, des
282 fois, mais... vu que nous, ce qui est bien, c'est que, vu que c'est des chroniques, on les a
283 longtemps, on peut travailler un peu, tu vois ? Ca fait que je leur donne un peu, des fois, je dis
284 de mes journées, oh, aujourd'hui, j'ai fait de la peinture, tu vois, j'essaie de, un peu de créer un
285 lien, comme ça, avec eux, pour... ben, des fois, ça marche pas, hein. Des fois, il y en a, ils
286 passent un an, je suis un mauvais objet, ils me parlent pas, j'ai rien comme contact, hein. Et y
287 en a, ben, ils vont s'ouvrir plus. En fait, c'est chacun sa personnalité, chaque soignant apporte
288 sa pierre à l'édifice. Moi, je vais aller, peut-être, vers tel genre de patient où j'y arriverais
289 mieux, j'ai des collègues qui arrivent un peu mieux avec autres patients, tu vois ce que je veux
290 dire ?

291 **Oui.**

292 En fait, c'est pour ça qu'on est complémentaire tous ensemble, en fait.

293 **Ok.**

294 Voilà. Bon, ben, oui, il y a un impact, oui, de... Et ouais, elle est... fin. La, la, la relation de
295 confiance, elle est euh... Même, déjà, toi, quand tu vas à l'hôpital, si déjà, si déjà t'as déjà une
296 idée de, ouais, ben, je vais prendre tel chirurgien, parce que je sais qu'il est bien, t'as déjà une
297 idée. Tandis que si tu sais que, ben, par exemple, t'entends un chirurgien et t'as déjà deux, trois
298 amis qui se sont faits opérer par lui et t'as déjà cette idée-là, tu vois ce que je veux te dire.

299 **Oui, oui.**

300 Tu pars déjà avec des a priori. C'est pour ça que c'est ça aussi, c'est complexe. Tout ce qui est
301 relation de soins, et surtout en psychiatrie, en plus, où, c'est des personnes, ben, voilà, avec des
302 troubles mentaux, donc, du coup euh, t'as l'impression de parler avec un inconnu. T'as
303 l'impression de parler d'une autre langue, quoi. Même si t'as des outils pour essayer de déchiffrer
304 ça, des fois euh, t'es un peu perdu, quoi.

305 **OK. Euh est-ce que vous souhaitez rajouter quelque chose, ou pas ?**

306 Oh, non, déjà, je pense que t'as bien à... (Rires) Tu auras déjà beaucoup à faire. (Rires). Donc,
307 voilà.

308 **Et ben merci.**

Annexe IX – Tableau d’analyse des entretiens

	Lilas	Cerise	Jasmin
Représentations sociales	« c'est ce que le patient veut nous montrer, ce qu'on pense en le voyant, euh. » (E1, l.10-11) « c'est qu'on a son dossier et du coup, on, on se fait une image. » (E1, l.13)	« c'est l'idée qu'on se fait euh de euh, de la situation de quelqu'un euh, situation sociale, ça peut être quoi ? C'est économique, euh, situation sociale, c'est son statut, son... son statut marital euh, son euh, sa profession, c'est une représentation qu'on se fait de la personne, ça peut être un préjugé. » (E2, l.6-9)	« c'est ce qu'on peut représenter, euh, soit physiquement, euh, ou soit, euh, soit ce qu'on sait de notre vie. Et moi, pour moi une représentation, par, par exemple, moi, l'obésité, euh, c'est quelqu'un qui va pas bouger, qui va faire que engloutir, alors que c'est peut-être pas vrai. Y a peut-être des problèmes hormonal ou des trucs comme ça. » (E3, l.8-12) « Malheureusement, soit par la couleur de peau, soit par, euh, par ta, euh, ta, ton, ton corps, comment il est, comment tu bouges, euh, ton âge, euh, fin, tout ça, ça peut faire des représentations

			sociales pour moi. » (E3, 15-17)
Patients victimes de représentations sociales	« je pense euh à la religion et s'il y a un signe extérieur euh, de religion » (E1, 1.20) « De handicap » (E1, 1.24) « tous les clichés euh, bon, euh, à voir, quand on voit quelqu'un ou s'il fume, s'il boit, si euh on connaît ses antécédents » (E1, 1.27-28)	« je pense aux patients qui sont peut être sans domicile fixe, euh, ou aux patients euh, qui sont, par exemple les, je sais pas comment on dit mais les prisonniers aussi car ils viennent se faire soigner à l'hôpital, euh, des fois y a en plus euh, y a des motifs euh, des gens emprisonnés, y a des motifs euh, un peu euh, un peu compliqués, quoi, je sais pas, des, des, violeurs, des choses comme ça. Donc eux c'est sûr que il peut être victimes de représentations sociales. Ça peut être, les minorités. » (E2, 1.12-17) « Les gens qui représentent pas la majorité de, d'un,	« c'est les psychopathes, parce qu'ils sont manipulateurs et les trucs comme ça, là c'est plus une pathologie. » (E3, 1.22-24) « si le patient dans son dossier aussi, bah, on en a un qui a fait plusieurs fois les UMD, donc on sait qu'il va être difficile. Donc par son dossier aussi, ça peut être soit par sa pathologie, soit par son dossier » (E3, 1.26-28) « s'il est détenu aussi, s'il a été, euh, irresponsabilisé ou responsabilisé, c'est s'il a fait de la prison aussi » (E3, 1.28-29)

		d'un français on va dire.» (E2, 1.19-20) « Tout ce qui sort de la norme, peut-être euh, peut être victime de préjugés de représentations sociales et euh, des idées fausses. » (E2, 1.23-24)	
Représentation d'un patient alcoolodépendant	« Quelqu'un qui a besoin d'aide, quelqu'un qui est malade » (E1, 1.32) « je vois quelqu'un en détresse euh, mais quelque part quelqu'un aussi qui peut créer des problèmes dans le service, dans ses relations avec le personnel ou avec euh d'autres patients. » (E1, 1.34-35) « y a la personne qui est en détresse, qu'on a envie d'aider, qui... voilà qu'on... puis on essaie de comprendre, de le	« c'est quelqu'un qui est dans une souffrance, qu'il entraîne euh, vers, vers cette addiction là. Euh dans laquelle il doit trouver un apaisement à sa souffrance. Euh, après sachant que l'alcoolodépendant ça peut toucher n'importe qui dans la société » (E2, 1.42-44) « quand les gens reviennent pour le même motif, on peut être tenté de se dire mais pourquoi il a pas le déclic, pourquoi euh, malgré le fait qu'il	« Après, tu vois aussi que c'est systémique dans la famille, c'est que le père est alcoolique, la mère aussi, généralement, ça va ensemble. Ce qui est dommage, c'est que voilà, c'est que là, ça fait une représentation sociale » (E3, 1.56-58) « dans son discours, il disait en fait, comme la schizophrénie ils sont très ambivalents bah, il trouvait que le fait de... Je disais, mais euh... Vous buvez beaucoup ?

	euh sauver. » (E1, 1.44-45) « Et puis y a celui qu'on se dit c'est peine perdue, et puis de toute façon... Par son comportement, fait que euh, on a moins envie de l'aider. » (E1, 1.47-48)	ait une famille, qu'il ait peut être des gens qui le soutiennent, j'ai l'impression que c'est bon ça y est, il est sevré, il a compris qu'il faudra plus qu'il y touche et puis y retourne dans ses travers euh, c'est compliqué. » (E2, 1. 51-55)	Ah, mais non, je bois rien, je vais prendre deux, trois shots, de je sais plus, d'alcool, des alcools forts après, je vais prendre machin. » (E3, 1.154-157)
Représentation d'un patient ayant commis un homicide	« c'est difficile d'être euh, objective, tout dépend quel homicide il a commis. Ça représente le mal. » (E1, 1.38-39)	« ma représentation, elle serait, elle serait plutôt négative » (E2, 1.57) « j'aurais tendance à avoir peur je pense. Parce que ça veut dire que c'est une personne qui peut avoir des réactions violentes et à prendre des précautions dans la relation. Mais si je dois faire des soins, voilà être euh, faire très attention à la manière dont je m'exprime et aborder les choses. Mais c'est pas à mon	« Le problème, c'est que, ces personnes sont malades, si tu les mets en prison, de toute manière, ils délirent tout le temps. » (E3, 1.102-103) « gens qui me disent, ouais... ben, putain, mais ils ont commis des meurtres, faut les mettre en prison, mais qu'est-ce que... Ils réalisent pas, en fait. Ils sont dans leur, leur monde. » (E3, 1.109-111)

		rôle de, de juger. C'est pas moi le tribunal, c'est pas moi le juge. » (E1, 63-66)	« moi, en tant qu'infirmier, je comprends qu'ils ont commis un, un acte grave, mais je suis là pour les aider. » (E3, l. 125-126) « si tu vas, par exemple, tu prends un infirmier de l'hôpital général, chépas, en cardiologie, tu le mets en psychiatrie, il comprend pas. Lui, il voit que des gens qu'ont tué. Mais y a pas la clinique derrière. » (E3, l.131-133) « Moi, y en a, ils me disent, tu joues à la pétanque, mais avec des boules de, des vraies boules de pétanque, avec des mecs qu'ont tué, ouais. Mais quand tous les jours, euh, tu passes, entre guillemets, des, des journées euh, chuis pas en stress tout le
--	--	--	---

			temps quoi. Ils ont fait ça, ils ont été jugés, nous, on est là pour les accompagner, point barre. » (E3, l.137-141)
Relation de soin	« c'est une relation entre le soignant et le patient, euh, je dirais dans sa globalité » (E1, l. 50) « pas que soigner un problème physique. » (E1, l.52)	« la relation de soin c'est la rencontre entre euh, entre un malade et, et un soignant. Euh, et puis euh, le soignant essaie d'apporter quelque chose aux malades sur le chemin de la guérison quoi. Et euh, après euh, y a tout un savoir euh, les soignants on a tout un savoir être pour savoir se comporter euh, avec les, avec les, avec les patients, les malades, bah je veux dire le respect de la personne que soit par la politesse ou par la façon de parler, de se comporter, la recherche du	« C'est la confiance que on met euh, dans le soignant, et nous euh, ce qu'on met aussi euh, avec le, le, le patient, quoi. » (E3, l.183-185) « des fois, ils te donnent ce qu'ils ont envie de te... ce que t'as envie d'entendre, en fait. Ils, ils sont malins » E3, l.196-197) « Pendant des années, ils... Vous délirez, vous entendez des voix, non, non, non, tout va bien, ça y est, je prends mon traitement, je suis clair, tout va bien, un truc comme ça. Parce que nous, en fait, ça se retrouve

		consentement dans les soins et de s'adapter à la personne hein. » (E2, l.102-107)	nouvelle tous les six mois, tous les six mois, ils passent devant un collège, j'espère, de, de, de, de psychiatres, et du coup, tous les six mois, ça se joue. Donc, à chaque fois, vers la fin des six mois, tout va bien, je suis nickel, je participe à tout, tu vois, c'est biaisé » (E3, l.199-103) « de t'adapter, toi, en tant qu'infirmier, à, à, à tous ces, ces patients, en fait, et à toutes ces pathologies. Ce qui est intéressant, c'est que dans un même service, tu peux avoir un parano, un schizo, un borderline, et c'est à toi de t'adapter avec ta clinique, quoi, en fait. Et c'est là qu'elle se joue, la relation de soins
--	--	---	--

			chez nous » (E3, 1.222-226)
Relation de soin et impact représentations sociales	« Je pense que, le comportement du patient et, pas que le patient, aussi euh l'état d'esprit dans lequel on est aussi euh, à certains moments on est pas forcément toujours, euh. Comment dire ? Posé et bien dans ses euh, dans ses baskets euh. On a aussi nos soucis et du coup des on est affecté par ce que nous renvoie le patient. » (E1, 1.57-60)	« Même si on est tenu de soigner tout le monde et de pas avoir d'à priori, de rester objectif des fois, ben, c'est plus compliqué que d'autres, je pense. Je sais pas, si on a, à prendre en charge voilà quelqu'un qui a violé un enfant, c'est peut-être le, ce qui est l'exemple, peut-être le plus fort, mais comment rester neutre, comment rester dans son rôle de soignant, et euh, tout en soignant ce style de personne. Idem on peut être, on peut être euh, avoir tendance à avoir envie de juger la personne aussi, sur ses choix de vie hein. » (E2, 1.29-34) « c'est-à-dire que si on a un préjugé euh, négatif sur une	« quand ça fait deux, trois fois qu'il rentre dans le service bourré, ben oui euh, les soignants, ça les use un peu parce que, bon, t'es plus dans tes capacités, tu vois, déjà, t'es délirant et en plus bourré. » (E3, 1.164-166) « Des fois, ils me le disent, ils me disent, ouais Jasmin, tu le marques pas ça ou quoi que ce soit, et je dis, selon l'importance du, de ce qu'ils m'ont donné, ben... je leur dis, ben si, là, c'est quand même important ce que vous m'avez dit, et c'est peut-être quelque chose qu'on va travailler, et des fois, ça, ça impacte aussi la relation de

		personne avant d'entrer dans la chambre, bah effectivement, on va être dans l'interprétation du euh, comportement de, de, du patient et euh, on va arriver euh peut être des fois à des conclusions euh, un peu rapides, sans prendre en compte l'histoire, le vécu de la personne et euh, et on va peut-être pas euh, être aussi persévérant » (E2, l.115-119) « Si je rentre dans une chambre, je dis bah lui, il est déjà venu 5 fois pour se faire sevrer de l'alcool, ben, pourquoi je m'investirais ? ça sert à quoi ? Il reviendra, il arrêtera jamais quoi. » (E2, l.121-123)	confiance » (E3, l.264-268) « y a aussi le fait que, dès qu'ils arrivent, nous, on connaît leur vie, quoi. Tu vois, on a un dossier, on connaît leur vie, vu que ça fait longtemps qu'ils sont hospitalisés, et toi euh, t'imagines si quelqu'un savait déjà toute ta vie ? Tu viens ici, je te dis, ben à 14 ans, t'as fait ça, à 13 ans, t'as fait ça, à 12 ans... ben ça impacte quand même aussi. » (E3, l.276-279) « Même, déjà, toi, quand tu vas à l'hôpital, si déjà, si déjà t'as déjà une idée de, ouais, ben, je vais prendre tel chirurgien, parce que je sais qu'il est bien, t'as déjà une idée. » (E3, l.294-296)
--	--	---	---

Annexe X – 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 : Sidonie Pellegrin

Promotion : 2023-2026

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 :

Représentation sociales et relation de soin

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 /05/2026 Signature : Pellegrin Sidonie

Représentation sociales et relation de soin

Ce travail de recherche parle des représentations sociales et de leur influence dans la relation de soin. En stage j'ai vécu des situations qui m'ont fait réfléchir sur l'impact des représentations sociales sur des patients souffrant d'addiction et ayant commis un homicide. Je me suis posée la question de si elle pouvait altérer la confiance du soignant et du patient ainsi que la relation de soin. Afin d'essayer de le comprendre j'ai effectué des recherches sur les représentations sociales, les préjugés, la stigmatisation des personnes alcoolodépendantes et des personnes ayant commis un homicide et de leur relation de soin. J'ai également réalisé des entretiens avec des infirmiers pour voir quels étaient leurs ressentis et leurs expériences professionnelles. Les résultats montrent que certaines représentations sociales peuvent influencer inconsciemment ou consciemment les comportements des soignants. Elles peuvent mettre de la distance et une perte de confiance. A l'inverse l'écoute, le respect et le fait de ne pas juger permet d'établir une relation de soin plus solide.

Mots-clés : Représentations sociales – Relation de soin – Préjugés – Stigmatisation - Confiance

164 mots

Social representation and caregiving relationship

This research discusses social representations and its influence on the caregiving relationship. During my internship, I experienced situations that made me reflect on the impact of social representations on patients suffering from addiction or who have committed a homicide. I asked myself if it could alter the caregiver's and the patient's trust, as well as the caregiving relationship. In order to understand this, I conducted research on social representations, prejudices, stigmatization, and the caregiving relationship. I also conducted interviews with nurses to understand their feelings towards this topic and their professional experiences. The results show that certain social representations can unconsciously or consciously influence caregivers' behaviors. This can cause distance between caregivers and their patients and a loss of confidence. Conversely, listening, respect, and the absence of judgement help to establish a stronger caregiving relationship.

Keywords: Social representations – Care relationship – Prejudice – Stigma - Trust

135 words