

**Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale  
de la Communauté Française**

Rue Saint-Brice, 53,

7500 Tournai

**Enseignement Supérieur Paramédical**

**SECTION : Cadres en soins de santé**

---

# **LA MAUVAISE REPUTATION**

**Etude des représentations sociales de la maladie mentale  
et de la psychiatrie en hôpital général**

Présenté par : Coupé Jean- Michel

En vue de l'obtention du diplôme de Cadre en soins de santé

Année académique : 2010 – 2011



*"Au village, sans prétention,  
J'ai mauvaise réputation;  
Qu' je m' démène ou qu' je reste coi,  
Je pass' pour un je-ne-sais-quoi.  
Je ne fais pourtant de tort à personne,  
En suivant mon ch'min de petit bonhomme,  
Mais les brav's gens n'aiment pas que  
L'on suive une autre route qu'eux...  
Non les brav's gens n'aiment pas qu'eux  
L'on suive une autre route qu'eux..."*

**Georges Brassens**  
La mauvaise réputation

## **Remerciements**

La réalisation de ce travail de fin d'étude a été rendue possible grâce au soutien scientifique, matériel et psychologique de plusieurs personnes à qui je voudrais exprimer toute ma reconnaissance.

Patrick Vantomme, professeur à l'Ecole de promotion sociale, section cadre en soins de santé, qui a agi à titre garant pédagogique. Je le remercie tout particulièrement pour la qualité et la rigueur de son encadrement, sa disponibilité, son intérêt soutenu et pour le respect de ma façon de travailler.

David Royez, médecin et psychiatre au centre hospitalier Jolimont-Lobbes, qui m'a sans cesse stimulé dans la poursuite de cette aventure intellectuelle et professionnelle.

Je désire enfin souligner le soutien que m'ont accordé Geneviève, mon épouse, ainsi que Renaud, Charlotte, Martin et Mila, mes enfants, par leur gentillesse, leur patience et leurs nombreuses marques d'affections. Ils ont tous subi l'absence et le manque de disponibilité dûs à la scolarité, aux travaux de recherches et à la rédaction du présent T.F.E.

Je fais également un clin d'œil à mes amis, ma famille, mon vélo et à mon sac de squash que j'ai dû négliger durant ces dernières années.

## **Abstract**

Dans ce travail, nous avons choisi d'aborder les représentations sociales de la psychiatrie, de ses usagers et de ses acteurs de soins, au sein d'un hôpital général. Dans notre problématique, nous relatons l'isolement et la mise à l'écart du service de psychiatrie par rapport au reste de l'institution. Nous abordons également la stigmatisation dont sont victimes les patients psychiatriques ainsi que le manque de considération et de reconnaissance vis à vis du travail accompli par le personnel soignant. A partir de ce constat, nous avons développé plusieurs hypothèses qui, d'après nous, découlent toutes de l'image négative qu'a la psychiatrie et qui est fortement liée à son histoire. Pour valider celles-ci, nous avons choisi d'interroger le personnel infirmier de différents services généraux de l'institution, soit au total plus d'une centaine de personnes.

Les résultats obtenus nous ont permis de constater que la psychiatrie est perçue comme un milieu insécurisant qui inspire encore la peur.

De même, le regard porté sur les personnes qui souffrent de maladies mentales s'accompagne de représentations plutôt dévalorisantes. Nous avons ainsi pu mettre en évidence la présence de nombreux préjugés à leur encontre, associés à des notions de violence, de dangerosité, de précarité et d'inadaptation sociale. Certains allant même jusqu'à remettre en doute la légitimité de leur statut de véritable malade.

Quant au rôle des soignants dans ce secteur, il est porteur de perceptions plutôt négatives en termes de lisibilité de soins, de charge de travail vécue comme moins importante et de valorisation de l'activité, faible consommatrice de soins infirmiers.

Au sein de l'hôpital général, il semblerait que la psychiatrie peine à se débarrasser de ses habitudes sécuritaires et qu'elle continue à jouer son rôle traditionnel de régulateur et de protecteur de la société vis-à-vis des patients psychiatriques et autres déviants.

Nos conclusions s'orientent vers des actions concrètes en termes d'ouverture de notre service et de formation en partenariat avec les services de soins généraux et les écoles d'infirmières de la région. La finalité de ces démarches étant de dé-stigmatiser la maladie mentale et de promouvoir une autre image de la psychiatrie plus conforme à la réalité des pratiques actuelles dans ce domaine.

# Table des matières

Introduction .....	1
I. PARTIE THEORIQUE.....	2
1. Problématique.....	3
1.1. Contexte d'isolement.....	3
1.2. Lieux d'enfermement.....	4
2. Hypothèses.....	5
Chapitre 1 : les représentations sociales.....	6
1. Clarification du concept.....	6
2. Historique du concept.....	7
3. Définition.....	8
4. Caractères fondamentaux des représentations sociales.....	9
4.1. Elle est toujours représentation d'un objet.....	9
4.2. Elle a un caractère symbolique et signifiant.....	10
4.3. Elle a un caractère constructif.....	10
4.4. Elle a un caractère autonome et créatif.....	10
5. Les fonctions des représentations sociales.....	10
5.1. Des fonctions cognitives.....	10
5.2. Des fonctions d'interprétation et de construction de la réalité.....	11
5.3. Des fonctions d'orientation des conduites.....	11
5.4. Des fonctions identitaires.....	11
5.5. Des fonctions de justification des pratiques.....	11
6. Le fonctionnement des représentations sociales.....	12
6.1. L'objectivation.....	12
6.2. L'ancrage.....	13
7. Une autre approche des représentations sociales : la théorie du noyau central.....	14
7.1. Le noyau central.....	14
7.1.1. Les fonctions du noyau central .....	14
7.1.2. Le contenu du noyau central.....	15
7.2. Les éléments périphériques.....	15
7.2.1. Les fonctions des éléments périphériques.....	15
7.2.2. Les schèmes normaux et les schèmes étranges.....	16
8. Conclusion.....	17

Chapitre 2 : Histoire de la folie et de la psychiatrie.....	20
1. Retour dans le passé.....	20
2. Et les soignants ? .....	25
3. Conclusion.....	27
II. PARTIE OPERATIONNELLE.....	29
1. Choix de la méthode.....	30
1.1. Le recueil des données.....	30
1.2. Les traitements de données.....	31
1.2.1. L'analyse prototypique.....	31
1.2.2. Le repérage de l'organisation de la représentation.....	31
2. Déroulement de la recherche.....	32
3. Résultats.....	33
3.1. Caractéristiques générales de l'échantillon.....	33
3.2. Analyse des questionnaires.....	36
3.2.1. Question 1 : Que représente pour vous le mot psychiatrie ? .....	36
3.2.2. Question 2 : Que représente pour vous la maladie mentale ? .....	38
3.2.3. Question 3 : Quelles représentations avez-vous des patients hospitalisés dans le service de psychiatrie ? .....	40
3.2.4. Question 4 : On vous propose de travailler dans un service de psychiatrie. Quels sont les éléments, qui liés à la représentation que vous vous faites du travail dans ce secteur, pourraient influencer votre décision ? .....	42
3.2.5. Question 5 : Comment vous représentez-vous le rôle d'un service de psychiatrie au sein d'un hôpital général ? .....	44
3.3. Comparaison des résultats du groupe pré-test.....	46
4. Analyse des résultats.....	49
5. Confrontation des hypothèses et des résultats.....	49
5.1. Première hypothèse.....	49
5.2. Deuxième hypothèse.....	50
5.3. Troisième hypothèse.....	51
6. Service ouvert, porte fermée.....	52
6.1. Quelle est la fonction d'une porte fermée dans notre service ? .....	52
6.2. Quelle serait la fonction d'une porte ouverte dans notre service ? .....	54
7. Conclusion et perspectives.....	57
III. CONCLUSION GENERALE.....	59
IV. BIBLIOGRAPHIE.....	60





## Introduction

Tout au long de l'histoire, le personnage du fou, celui qui a perdu la raison, qui dit ou fait des choses extravagantes, s'est retrouvé en marge de la société ou réduit à l'enfermement. Quant à son statut, il a toujours été fonction de la représentation sociale et culturelle que la folie a prise selon les époques et les différentes sociétés où il évoluait. Ainsi, pendant des siècles, il a été condamné à l'errance ou confiné à la réclusion. A l'heure actuelle, même si les connaissances et les traitements se sont améliorés et diversifiés, il est encore considéré en dehors des normes et la maladie mentale est perçue comme différente des autres maladies. Le malade mental, objet de mystère incontrôlable a donc favorisé la construction de stéréotypes nombreux, complexes et imbriqués, dont les volutes occultes flottent depuis toujours dans l'air de toute société. A travers ce travail, nous verrons que l'histoire de la folie et de la psychiatrie a fortement influencé les représentations sociales de la maladie mentale, de ses traitements et du rôle de ses soignants, notamment avec des images préconçues et archaïques qui sont restées imprégnées dans notre mémoire collective. Nous nous efforcerons également de démontrer qu'au sein même de l'hôpital général, ces représentations négatives sont malheureusement partagées avec d'autres professionnels de la santé et du champ social ainsi qu'avec certaines instances dirigeantes. Nous étudierons ensuite l'impact de celles-ci sur le fonctionnement du service de psychiatrie et sur le personnel qui y travaille.

En tant que cadre, nous pensons qu'il est important de savoir qu'elles existent et de les identifier afin de pouvoir en tenir compte dans la mise en œuvre de procédures et de projets visant à dé-stigmatiser la maladie mentale et à promouvoir une autre image du service de psychiatrie au sein de l'institution.

# **I. PARTIE THEORIQUE**

# **1. Problématique**

## **1.1. Contexte d'isolement**

Depuis sa création en 1980, le service de psychiatrie du centre hospitalier Jolimont-Lobbès<sup>1</sup> a toujours été isolé du reste de l'hôpital.

Isolement d'abord géographique et architectural, puisque nos locaux sont situés dans un bâtiment indépendant et simplement relié au reste de l'hôpital par une longue passerelle couverte récemment construite. Précédemment, notre seul lien avec les autres services hospitaliers était un obscur souterrain, rempli de gaines techniques, où l'on pouvait à peine passer avec un patient alité.

Ensuite, isolement du personnel soignant, par le manque de connaissance de notre service et la non-reconnaissance de la spécificité de notre travail. Il est bien connu qu'en psychiatrie : *« on ne fait pas grand chose, on est toujours en réunion, on parle beaucoup avec les patients, on est toujours assis,...* ». Ces différents discours, à maintes fois entendus dans les couloirs, sont relayés de façon subtile par notre direction. C'est ainsi qu'en réponse à plusieurs demandes de renforcer notre équipe, il nous a été adressé du personnel en fin de carrière ou dont l'état de santé nécessitait un travail dans un service plus « léger ». Il est inutile de préciser que ces derniers n'avaient aucune expérience dans le domaine de la psychiatrie et qu'ils n'étaient nullement intéressés et motivés à venir travailler dans notre service.

Enfin et surtout, isolement des patients, par les préjugés qui restent encore bien présents dans la population et malheureusement également parmi les autres professionnels de la santé. Ainsi, à chaque dégradation, vol ou autres méfaits commis à l'hôpital, les patients psychiatriques sont systématiquement soupçonnés et montrés du doigt. Certaines personnes ne comprennent, dès lors, pas pourquoi nous laissons encore sortir ces patients « dangereux », de notre service, durant leur hospitalisation.

---

<sup>1</sup> L'unité de psychiatrie du centre hospitalier Jolimont-Lobbès est un service de 30 lits, d'index A, au sein d'un hôpital général.

## 1.2. Lieux d'enfermement

Bien que celui-ci ne prenne pas en charge de patients « sous contraintes <sup>2</sup>», la porte d'entrée du service est constamment fermée à clef. Cette pratique oblige les patients et les visiteurs à interpellier constamment le personnel pour pouvoir y entrer ou en sortir. La direction générale et celle du département infirmier sont favorables à ce que l'on laisse la porte du service fermée afin d'éviter la libre circulation des patients psychiatriques partout dans l'hôpital. De plus, il est rassurant pour les autres unités de soins de savoir qu'il existe dans l'institution un service avec une porte fermée pouvant accueillir, le cas échéant, leurs patients difficiles et agités. Notre service fait partie d'un ensemble hospitalier, au sein duquel, il est régulièrement question du comportement non conforme des personnes hospitalisées. Avouée ou non, la porte fermée a donc une fonction d'enfermement et de contention destinée à protéger l'hôpital, des éventuels individus qui auraient des comportements considérés comme inadéquats durant leur hospitalisation.

Ces quelques exemples permettent de constater que le manque de connaissance de notre service et de la spécificité du travail qui y est fourni, a engendré une véritable mise à l'écart mais également un détournement ainsi qu'une réappropriation du rôle de celui-ci au sein même de l'institution, par la création d'un lieu d'enfermement. Il est bien connu que ce qui est différent et méconnu fait peur et que pour cette raison, il a tendance à être évité et éloigné dans un but de protection de la société.

---

<sup>2</sup> Patients hospitalisés dans le cadre de la loi relative à la protection de la personne des malades mentaux du 26 juin 1990.

## **2. Hypothèses**

La mise en place du cadre problématique nous permet de formuler les hypothèses suivantes :

- Hypothèse 1 :

L'image attachée aux maladies mentales, aux structures et aux personnels soignants spécialisés dans le traitement de ces troubles reste profondément négative dans l'esprit des autres professionnels de santé des services généraux.

- Hypothèse 2 :

Les représentations sociales du travail de l'infirmier en psychiatrie entraînent sa méconnaissance et sa dévalorisation de la part des soignants en soins généraux.

- Hypothèse 3 :

Le fonctionnement du service de psychiatrie et les relations de celui-ci avec l'environnement hospitalier sont fortement influencés par les représentations sociales des différentes équipes et des membres de chacune d'entre elles.

La problématique étant posée et les différentes hypothèses formulées, nous allons à présent développer quelques uns des grands concepts auxquels elles nous renvoient. Nous aborderons d'abord les représentations sociales. Nous tenterons d'en donner la définition, d'en étudier les particularités et les différentes fonctions ainsi que d'en percevoir les origines. Nous consacrerons ensuite un chapitre important à l'Histoire de la folie et de la psychiatrie afin de comprendre l'impact qu'elle a encore dans la mémoire collective de notre société.

# **Chapitre 1 : Les représentations sociales**

Une représentation sociale est une forme de connaissance courante, dite de sens commun qui est caractérisée par les propriétés suivantes :

- elle est socialement élaborée et partagée et se constitue de nos informations, savoirs, modèles de pensées reçus et transmis par la tradition, l'éducation et la communication sociale;
- elle a une visée pratique d'organisation, de maîtrise de l'environnement et d'orientation des conduites et communications ;
- elle participe à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ou culturel donné.

## **1. La clarification du concept**

Représenter vient du latin *repraesentare* : rendre présent. Le dictionnaire Larousse précise qu'en philosophie, « la représentation est ce par quoi un objet est présent à l'esprit » et qu'en psychologie, « c'est une perception, une image mentale dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation ou à une scène du monde dans lequel vit le sujet ». La représentation est l'action de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe. Ces différentes définitions contiennent des mots clés qui permettent d'approcher la notion de représentation : sujet et objet, image, figure, symbole, signe, perception et action.

*Quelques précisions :*

- Le sujet peut être un individu ou un groupe social.
- L'objet peut être aussi bien une personne, une chose, un événement matériel, psychique ou social, un phénomène naturel, une idée, une théorie, etc. ; il peut être aussi bien réel qu'imaginaire ou mythique, mais il est toujours requis.

- Le mot perception suggère le fait de se saisir d'un objet par les sens (visuel, auditif, tactile) ou par l'esprit (opération mentale).
- Le terme action renvoie à l'appropriation de l'objet perçu par le sujet.
- Image, figure, symbole, signe : ce sont des représentations de l'objet perçu et interprété.

## **2. Historique du concept**

*Emile Durkheim*<sup>3</sup> (1858-1917) fut le premier à évoquer la notion de représentations qu'il appelait alors « collectives », à travers l'étude des religions et des mythes. Pour ce sociologue, les premiers systèmes de représentations que l'homme s'est fait du monde et de lui-même sont d'origine religieuse. Pour lui, nos idées individuelles sont des réalités sociales qui proviennent du groupe et doivent être étudiées comme telles. Il convient de distinguer la partie individuelle de nos idées qui est instable, variable et éphémère, de la partie collective, qui est beaucoup plus stable et cohérente et constitue un fait social.

*Lucien Lévy-Bruhl*<sup>4</sup> (1857-1939) a longuement décrit la mentalité des primitifs, où l'individu subit plus que chez nous la contrainte des représentations collectives du groupe, qui constituent le cadre de ses pensées et de ses sentiments. Ainsi ont-ils une mentalité magique. Par la suite il a atténué cette opposition en reconnaissant la présence simultanée des deux mentalités (magique et rationnelle) chez les civilisés comme chez les primitifs, mais avec des proportions opposées.

*Jean Piaget*<sup>5</sup> (1896-1980) a montré la présence de cette mentalité magique chez l'enfant et son accession progressive à la pensée rationnelle à l'âge de raison avec l'aide d'une éducation scientifique et technique. Ainsi apparaît derrière le cadre social, sa dynamique et son évolution.

---

<sup>3</sup> David Émile Durkheim (15 avril 1858, Épinal - 15 novembre 1917, Paris) est un sociologue français et l'un des fondateurs de la sociologie moderne.

<sup>4</sup> Lucien Lévy-Bruhl (19 avril 1857 - 13 mars 1939) est un sociologue et anthropologue français. Il est l'un des collaborateurs d'Émile Durkheim. Son ouvrage « *La mentalité primitive* » constitue une base et une référence, encore aujourd'hui, en matière d'ethnologie, de sociologie et aussi de psychologie. Il y décrit comment fonctionne la pensée primitive et ce qui la différencie fondamentalement de la pensée civilisée.

<sup>5</sup> Jean William Fritz Piaget (né en 1896 à Neuchâtel et décédé en 1980) est un psychologue, biologiste, logicien et épistémologue suisse connu pour ses travaux en psychologie du développement et en épistémologie avec ce qu'il a appelé l'épistémologie génétique.

*Serge Moscovici*<sup>6</sup> (1920-) transforme les représentations collectives de Durkheim en représentations sociales, en les faisant passer de la sociologie à la psychologie sociale. Par là, il résout l'ancien conflit entre l'action de l'individu et celle de la société, car l'individu est fait par la société mais ce sont les individus qui ont fait la société qui les influence. Il passe donc d'une conception statique à une conception dynamique de l'ancienne opposition individu/société. Ce qui compte ce sont les interactions constantes entre la société et les individus. La première étude de représentation sociale est sa thèse de 1961 "La psychanalyse, son image et son public. Etude de la représentation sociale de la psychanalyse" où il étudie comment les Français voient et se représentent la psychanalyse en 1960.

*Denise Jodelet*<sup>7</sup> insiste sur le caractère social des représentations car, selon elle, celles-ci sont élaborées et partagées par tous les membres de la société. Elles ont une finalité d'organisation et d'orientation des communications et des conduites permettant d'acquérir une vision de la réalité commune à tous les membres d'un ensemble social déterminé.

### **3. Définition**

Il existe un grand nombre de définitions en ce qui concerne les représentations sociales, tant la variété d'approche de ce concept est variée et complexe.

Pour certains auteurs, les représentations sociales constituent 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. Egalement désignée comme savoir de sens commun ou encore savoir naïf, naturel, cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique.

D'après Denise Jodelet, les représentations sociales concernent la façon dont nous, sujets sociaux, appréhendons les événements de la vie courante, la connaissance spontanée, naïve, celle que l'on a coutume d'appeler la connaissance de sens commun ou encore pensée

---

6 Serge Moscovici (né en 1925 à Brăila, Roumanie) il est directeur du Laboratoire Européen de Psychologie Sociale à la Maison des sciences de l'homme à Paris. En 1961, il présenta sa thèse, sous la direction de Daniel Lagache, sur la représentation sociale de la psychanalyse.

7 Denise Jodelet, Docteur en psychologie sociale et directeur du laboratoire de Psychologie Sociale et de Psychologie de l'Action, École des Hautes Études en Sciences Sociales.



naturelle, par opposition à la pensée scientifique. Cette connaissance se constitue à partir de nos expériences, mais aussi des informations, savoirs, modèles de pensée que nous recevons et transmettons par la tradition, l'éducation, la communication sociale.

Placées à la frontière du psychologique et du social, les représentations sociales permettent aux personnes et aux groupes de maîtriser leur environnement et d'agir sur celui-ci. Jean-Claude Abric<sup>8</sup> définit la représentation comme une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place. Afin de mieux saisir ce concept des représentations sociales, nous allons préciser leurs caractéristiques et leurs fonctions.

## **4. Les caractères fondamentaux d'une représentation sociale**

### **4.1. Elle est toujours représentation d'un objet :**

Il n'existe pas de représentation sans objet. Sa nature peut être très variée mais il est toujours essentiel. Sans objet, il n'existe pas de représentation sociale. L'objet peut être de nature abstraite, comme la folie ou les médias, ou se référer à une catégorie de personnes (les enseignants ou les journalistes par exemple). L'objet est en rapport avec le sujet : la représentation est le processus par lequel s'établit leur relation. Le sujet et l'objet sont en interaction et s'influencent l'un l'autre. Dans l'étude des représentations, on s'intéressera donc au phénomène d'interaction entre un sujet et un objet. De plus, la représentation sociale possède un caractère imageant qui aide à la compréhension de notions abstraites. Elle relie les choses aux mots, elle matérialise les concepts.

---

<sup>8</sup> Jean-Claude Abric, docteur ès lettres, professeur et directeur du laboratoire de psychologie sociale de l'université de Provence. Il va élaborer la théorie du Noyau central (1987). Celle-ci est une approche structuraliste de l'organisation et du fonctionnement de la représentation sociale.

#### 4.2. Elle a un caractère symbolique et signifiant :

La représentation sociale a deux faces, l'une figurative, l'autre symbolique. Dans la figure, le sujet symbolise l'objet qu'il interprète en lui donnant un sens. On peut considérer que c'est le sens qui est la qualité la plus évidente des représentations sociales.

#### 4.3. Elle a un caractère constructif :

La représentation construit la réalité sociale. Abric considère que toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe et reconstruite dans son système cognitif pour être ensuite intégrée dans son système de valeurs. Ce dernier dépend de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'environne. L'étude des représentations permet de mettre en évidence que la pensée sociale élabore la réalité selon différents modèles.

#### 4.4. Elle a un caractère autonome et créatif :

Elle a une influence sur les attitudes et les comportements. Certains auteurs ont montré comment les représentations de la maladie - destructrice ou libératrice - induisent des comportements : refus des soins et de recours au médecin dans le cas de la maladie destructrice ; rupture avec les contraintes sociales, enrichissement sur le plan personnel, lorsque la maladie est vécue sur le mode d'une libération.

## **5. Les fonctions des représentations sociales**

### 5.1. Des fonctions cognitives :

Les représentations sociales permettent aux individus d'intégrer des données nouvelles à leurs cadres de pensée, c'est ce que Moscovici a mis en évidence à propos de la psychanalyse. Ces connaissances ou ces idées neuves sont diffusées plus particulièrement par certaines catégories sociales : les journalistes, les politiques, les médecins, les formateurs...

## 5.2. Des fonctions d'interprétation et de construction de la réalité :

Elles sont une manière de penser et d'interpréter le monde et la vie quotidienne. Les valeurs et le contexte dans lequel elles s'élaborent ont une incidence sur la construction de la réalité. Il existe toujours une part de création individuelle ou collective dans les représentations. C'est pourquoi elles ne sont pas figées à jamais, même si elles évoluent lentement.

## 5.3. Des fonctions d'orientation des conduites et des comportements :

Les représentations sociales sont porteuses de sens, elles créent du lien et en cela elles ont une fonction sociale. Elles aident les gens à communiquer, à se diriger dans leur environnement et à agir. Elles engendrent donc des attitudes, des opinions et des comportements. La représentation sociale a aussi un aspect prescriptif : elle définit ce qui est licite, tolérable ou inacceptable dans un contexte social donné.

## 5.4. Des fonctions identitaires :

Les représentations ont aussi pour fonction de situer les individus et les groupes dans le champ social. Elles permettent ainsi l'élaboration d'une identité sociale et personnelle gratifiante, c'est-à-dire compatible avec des systèmes de normes et de valeurs socialement et historiquement déterminés. Jodelet parle d'affiliation sociale car pour elle, partager une idée, un langage, c'est aussi affirmer un lien social et une identité.

## 5.5. Des fonctions de justification des pratiques :

Elles nous semblent très liées aux fonctions précédentes. Elles concernent particulièrement les relations entre groupes et les représentations que chaque groupe va se faire de l'autre groupe, justifiant a posteriori des prises de position et des comportements. Selon Abric, il s'agit d'un nouveau rôle des représentations : celui du maintien ou du renforcement de la position sociale du groupe concerné.

## **6. Fonctionnement des représentations sociales**

Il est à présent nécessaire d'examiner l'organisation et la structure des représentations, c'est-à-dire la façon dont elles se forment.

Une représentation se définit par deux composantes : ses éléments constitutifs d'une part, et son organisation, c'est-à-dire les relations qu'entretiennent ces éléments, d'autre part. En d'autres termes, il s'agit du contenu et de la structure de la représentation. Les éléments qui la composent sont interdépendants et la cohérence de la représentation est basée sur cette dépendance. En pratique, pour étudier une représentation sociale, il faut repérer ces éléments dits "invariants structuraux" et les relations qui les lient entre eux. Lorsqu'une représentation se crée, deux processus se mettent en œuvre : l'objectivation, avec la constitution d'un noyau figuratif et l'ancrage. Ils ont été décrits par Moscovici.

### **6.1. L'objectivation :**

Objectiver, c'est résorber un excès de significations en les matérialisant. Le processus d'objectivation permet aux gens de s'approprier et d'intégrer des phénomènes ou des savoirs complexes. Il comporte trois phases :

- Le tri des informations en fonction de critères culturels et surtout normatifs, ce qui exclut une partie des éléments.
- La formation d'un modèle ou noyau figuratif : les informations retenues s'organisent en un noyau simple, concret, imagé et cohérent avec la culture et les normes sociales ambiantes.
- La naturalisation des éléments auxquels on attribue des propriétés ou des caractères. Le noyau figuratif prend un statut d'évidence et devient la réalité même pour le groupe considéré. C'est autour de lui que se construit l'ensemble de la représentation sociale. Nous développerons plus loin la théorie du noyau central chez Abric à propos de l'évolution des représentations.

## 6.2. L'ancrage :

C'est l'enracinement social de la représentation et de son objet. Ce processus comporte plusieurs aspects :

- *Le sens* : l'objet représenté est investi d'une signification par le groupe concerné par la représentation. A travers le sens, c'est son identité sociale et culturelle qui s'exprime.
- *L'utilité* : les éléments de la représentation ne font pas qu'exprimer des rapports sociaux mais contribuent à les constituer. Le système d'interprétation des éléments de la représentation a une fonction de médiation entre l'individu et son milieu et entre les membres d'un même groupe. Le langage commun qui se crée entre les individus et les groupes, à partir d'une représentation sociale partagée, leur permet de communiquer entre eux. Le système de référence ainsi élaboré exerce à son tour une influence sur les phénomènes sociaux.
- *L'enracinement dans le système de pensée préexistant* : pour intégrer de nouvelles données, les individus ou les membres d'un groupe les classent et les rangent dans des cadres de pensée socialement établis. Des attentes et des contraintes sont en même temps associées aux éléments de la représentation, en termes de comportements prescrits.

Le processus d'ancrage, situé dans une relation dialectique avec l'objectivation, articule les trois fonctions de base de la représentation : fonction cognitive d'intégration de la nouveauté, fonction d'interprétation de la réalité, fonction d'orientation des conduites et des rapports sociaux.

## **7. Une autre approche des représentations sociales :** **la théorie du noyau central**

### 7.1. Le noyau central

La notion de noyau figuratif, élaborée par Moscovici, a été reprise et développée par Abric sous le terme de noyau central (ou noyau structurant). Selon sa théorie, une représentation est un ensemble organisé autour d'un noyau central, composé d'éléments qui donnent sa signification à cette représentation. Ce noyau structurant est l'élément fondamental de la représentation ; son repérage permet l'étude comparative des représentations sociales. Sa dimension est essentiellement qualitative : la fréquence d'apparition d'un ou de plusieurs éléments dans le discours des sujets ne suffit pas à affirmer qu'il s'agit d'éléments constitutifs du noyau central. Par contre, lorsque ceux-ci entretiennent un nombre élevé de relations avec l'ensemble des autres éléments et surtout leur donnent leur signification, on considère que l'importance quantitative de ces liaisons est un indicateur pertinent de la centralité. L'étude des différents items d'une représentation doit donc prendre en compte les relations entretenues entre les éléments pour pouvoir déterminer le noyau central, tout en gardant à l'esprit cette question fondamentale : de quel(s) élément(s) découle la signification de la représentation ?

#### 7.1.1. *Les fonctions du noyau central*

Le noyau structurant a deux fonctions principales :

- Une fonction génératrice : le noyau central est à l'origine des différents éléments de la représentation ; il leur donne sens et valeur et c'est par lui que peuvent se transformer ces éléments.
- Une fonction organisatrice : il détermine la nature des liens qui unissent entre eux les éléments de la représentation. Il est en ce sens l'élément unificateur et stabilisateur de la représentation. Ce n'est que lorsque le noyau central est modifié que la représentation se transforme.

### 7.1.2. Le contenu du noyau central

Il est constitué des éléments qui donnent sens à la représentation :

- la nature de l'objet représenté
- la relation de cet objet avec le sujet ou le groupe
- le système de valeurs et de normes (le contexte idéologique).

Les dimensions du noyau central a nature de l'objet et la finalité de la situation définissent le ou les éléments centraux qui prennent alors deux dimensions :

- Soit une dimension fonctionnelle où les éléments centraux sont ceux qui concernent directement la réalisation d'une tâche.
- Soit une dimension normative où les éléments centraux sont constitués par une norme, un stéréotype ou une attitude dominante envers l'objet de la représentation. Les représentations sociales de la folie nous paraissent s'inscrire dans ce cadre.

Le noyau central est l'élément le plus stable de la représentation. Il est très difficile de le modifier. Autour de ce noyau s'organisent les éléments périphériques.

## 7.2. Les éléments périphériques

Même si le noyau central est le fondement de la représentation, les éléments périphériques tiennent une place importante dans la représentation. Ils comprennent des informations retenues, sélectionnées et interprétées, des jugements formulés à propos de l'objet et de son environnement, des stéréotypes et des croyances. Ils constituent l'interface entre le noyau central et la situation concrète dans laquelle s'élabore ou fonctionne la représentation.

### 7.2.1. Les fonctions des éléments périphériques

Ces éléments qui fonctionnent comme une grille de décryptage d'une situation ont trois fonctions essentielles :

- 1) Une fonction prescriptive : les éléments périphériques indiquent ce qu'il convient de faire (quels comportements adopter) ou de dire (quelles positions prendre) selon les situations. Ils donnent des règles qui permettent de comprendre chacun des aspects

d'une situation, de les prévoir, de les déduire, et de tenir à leur propos des discours et des conduites appropriés.

- 2) Une fonction de personnalisation des représentations et des conduites qui lui sont rattachées. Ils autorisent une certaine souplesse dans les représentations, qui tient compte de l'appropriation individuelle et du contexte dans lequel elles s'élaborent. Cette fonction rejoint la fonction de régulation définie par Abric, selon laquelle les éléments périphériques permettent l'adaptation de la représentation aux évolutions du contexte.
- 3) Une fonction de protection du noyau central : le système périphérique fonctionne comme pare-chocs de la représentation.

Le noyau central est très résistant au changement. Les éléments périphériques permettent l'intégration d'éléments nouveaux dans la représentation, ce qui conduit, à terme, à sa transformation.

#### 7.2.2. Les schèmes normaux et les schèmes étranges

Les éléments périphériques sont des schèmes qui indiquent ce qui est normal (ou ce qui ne l'est pas) dans telle ou telle situation. Ce sont alors des schèmes normaux. Cependant, dans certaines circonstances, ces schèmes normaux peuvent se transformer en schèmes étranges. Ceux-ci sont définis par quatre composantes :

- le rappel du normal
- la désignation de l'élément étranger
- l'affirmation d'une contradiction entre ces deux termes
- la proposition d'une rationalisation permettant de supporter (pour un temps) la contradiction.

Les recherches sur les processus d'évolution des représentations sociales, ont mis en évidence que ce ne sont pas les discours idéologiques qui ont une influence sur leur transformation, mais les modifications des pratiques sociales. Deux cas de figure existent :



- dans le premier cas, les pratiques nouvelles sont en contradiction explicite avec la représentation : les schèmes étranges apparaissent, la représentation se désintègre brutalement et sa transformation est radicale, en rupture avec le passé.
- dans le second cas, des pratiques sociales qui étaient rares, deviennent fréquentes. Les éléments périphériques sont alors activés et modifient progressivement la structure du noyau central. La représentation a bougé mais sans rupture avec le passé.

## **8. Conclusion**

Après avoir étudié les représentations sociales, nous avons pu constater que celles-ci restent une notion difficile à cerner. Constamment en mouvement selon les groupes, les personnalités qui les composent et le contexte dans lequel elles se mettent en place et s'exercent, elles jouent un rôle essentiel dans le processus d'acceptation ou de rejet d'un individu, au sein même de son groupe d'appartenance ou au sein d'un autre groupe. Parallèlement à celles-ci, la propagation d'autres notions telles que les stigmates, les préjugés et les stéréotypes peut également être à l'origine de l'assimilation ou de l'exclusion des individus concernés. C'est pourquoi avant de clore cet important chapitre, nous allons revenir sur ces notions.

### ▪ Le stigmaté :

La maladie, et la maladie mentale en particulier, amènent la personne atteinte et son entourage à rechercher une signification aux brusques changements qui s'opèrent dans l'état de la personne atteinte. Selon Ervin Goffman<sup>9</sup>, les personnes sont stigmatisées lorsque l'attente des autres à leur égard est supérieure à ce qu'elle présente effectivement. Cette attente est fondée sur un jugement de valeur sociale, sur ce que telle personne de telle identité sociale devrait être. Goffman déclare également que les personnes « normales » supposent le plus souvent que les personnes stigmatisées ne sont pas humaines ou tout à fait humaines. Partant de ce postulat, nous pratiquons toute sorte de discriminations, au travers desquelles nous réduisons

---

<sup>9</sup> Erving Goffman (né en 1922 et décédé en 1982) est un sociologue, linguiste américain d'origine canadienne. Il est l'auteur de « *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus en hôpital psychiatrique* » ainsi que de « *Stigmates, les usages sociaux des handicaps* ». Dans ce livre, les stigmates sont définis comme les différences de race, de religion, de capacité physique ou mentale...qui font de certains individus des êtres discrédités.

efficacement, même si c'est souvent inconsciemment, les chances de cette personne. Afin d'expliquer son infériorité et de justifier qu'elle représente un danger, nous bâtissons une théorie, une idéologie du stigmaté, qui sert aussi parfois à rationaliser une animosité fondée sur d'autres différences, par exemple de classe. Dans le cas de la maladie mentale, les personnes peuvent interpréter les symptômes comme étant la propriété du malade plutôt que comme des caractéristiques de sa façon d'agir dans le rôle de malade. C'est ainsi que les patients souffrant de troubles mentaux apparaissent souvent comme discrédités aux yeux de la population, mais aussi aux yeux des soignants.

- Les préjugés :

Un préjugé est une attitude négative ou une disposition à adopter un comportement négatif envers un groupe, ou envers les membres de ce groupe. Celui-ci repose sur une généralisation erronée et rigide. Les préjugés impliquent pour un individu ou un groupe d'individus le rejet de toute personne faisant partie d'un groupe pour lequel les sentiments sont négatifs et non partagés. Ils font appel à l'inconscient et aboutissent à un jugement pré-élaboré qui nuit aux membres d'un même groupe. Il est facile de penser que toute personne présentant des troubles mentaux va se trouver confrontée à des sentiments défavorables à son égard par les autres individus ou groupes d'individus.

- Les stéréotypes :

Comme nous l'avons vu, les préjugés sont très négatifs. Il n'en est pas forcément de même pour les stéréotypes, qui restent cependant indispensables de maîtriser dans l'étude des représentations sociales. Leur fonction est de rendre l'environnement complexe, dans lequel nous vivons, plus simple, compréhensible et prévisible. Connaître les stéréotypes, c'est permettre de donner un sens à ce que quelqu'un fait et à ce que nous observons à son égard, en le reliant à une catégorie de personne. Il est important de ne pas perdre de vue que les stigmates, les préjugés et les stéréotypes interviennent dans les représentations sociales et provoquent également des attitudes d'acceptation ou de rejet d'un individu.

Ces différents phénomènes interviennent d'autant plus que ces représentations concernent la santé, la maladie et plus particulièrement la maladie mentale.

Comme nous venons de le voir, une représentation sociale est un ensemble d'idées, d'images, d'opinions ou encore d'attitudes par rapport à un objet. Dans le cas qui nous intéresse, l'objet de notre étude est la psychiatrie, la maladie mentale ainsi que ses structures de soins. Afin de mieux comprendre, comment se sont construites les représentations liées à celles-ci, il est nécessaire de remonter le temps et de nous intéresser à l'histoire de la folie et de la psychiatrie.

## **Chapitre 2 : Histoire de la folie et de la psychiatrie**

### **1. Retour dans le passé...**

Pendant longtemps et de manière primitive, la folie a été associée au sacré, au religieux ou au démoniaque. Au moyen âge, elle est considérée comme un « surcroît démoniaque » de l'œuvre de Dieu et le fou est perçu comme un être possédé, aux pouvoirs étranges, habité par des forces inconnues, voire divines. A cette époque, le christianisme s'impose avec force en Europe et les soins médicaux appartiennent exclusivement aux religieux qui en font une affaire de charité. Cependant, la folie est assez bien tolérée et la notion de collectivité reste importante. C'est elle qui organise l'incapacité civile du malade mental et qui oblige la famille, dans la limite du possible, à en assurer la garde. Sinon, les malades mentaux sont, comme les pauvres et les indigents pris en charge dans les Hôtels Dieux et certains hôpitaux commencent à leur réserver des salles spéciales. Ceux-ci sont parfois enfermés dans les donjons et le fou étranger à la communauté est expulsé et condamné à l'errance. Si durant la première partie du Moyen Age, la folie est assez bien acceptée, les trois derniers siècles de cette période la bannissent, la condamnent et la persécutent en la rangeant définitivement du côté du péché, de la faute, de la sorcellerie et du démon. A cette époque, la plupart des pays européens connaissent de graves crises. Les guerres se succèdent entraînant avec elles : ruines, famines et d'importantes épidémies. Les autorités politiques et religieuses, déstabilisées par ce climat d'insécurité, doivent faire face aux mécontentements et aux réactions de peur de la population. L'Eglise et les seigneurs, qui craignent pour leur pouvoir, s'unissent pour se défendre. Et, faute de trouver des remèdes au mal, ils vont chercher des coupables. Par habitude, on dénonce d'abord les juifs, mais ce n'est pas suffisant. Ce qu'il faut, pour rétablir l'ordre monarchique et religieux, c'est combattre l'infamie et l'incroyance. La misère du peuple trouve son explication : c'est une punition divine contre les péchés. Il faut donc faire acte de foi, lutter contre l'hérésie, réaffirmer les lois de l'Eglise. C'est la période sanglante de l'inquisition. Celle-ci est créée, en 1199, par le pape Innocent III. Des tribunaux ecclésiastiques, nommés pour juger les hérétiques, se mettent en chasse des coupables désignés : les sorcières et les possédés. La folie est considérée comme une maladie

inconnue, incompréhensible et incurable, elle est ainsi assimilée à un état de possession par le malin. Les fous, et surtout les folles, se retrouvent dès lors pris au piège de la chasse aux sorcières, étant eux aussi considérés comme des êtres possédés. Folie et sorcellerie sont toutes deux affaires de diable et doivent subir les mêmes châtiments. Des bûchers s'allumeront alors dans toute l'Europe et ce jusqu'au XVIème siècle.

A partir du milieu du XVème siècle, la France, délivrée de la guerre de Cent ans, connaît un essor économique marqué par la croissance urbaine, le développement du commerce, de l'industrie et de la presse d'imprimerie. Le déclin de la féodalité et du clergé font de la Renaissance une période de transition, de remise en question où l'on verra la folie se mettre en marge de la raison. Basé sur un esprit de recherche, on tente, peu à peu, d'échapper au poids des lourdes institutions et des idées médiévales erronées. Les astronomes dénoncent les anciennes conceptions de l'univers et les anatomistes, s'engageant dans la découverte du corps humain, contestent les « théories galéniques<sup>10</sup> ». La science et la pensée veulent faire confiance à l'expérience et aux sensations, sans se référer à une autorité, fut-elle divine. S'écartant des doctrines rigides de l'époque pour retourner aux sources de la philosophie de l'Antiquité, un mouvement humaniste apparaît et s'oppose aux superstitions et à l'obscurantisme religieux. Mais si cet esprit nouveau essaye de décrire la réalité de façon plus objective, il ne réussit pas à chasser complètement les explications démoniaques de la folie. La Renaissance reste une période très marquée par l'Inquisition et nombreux sont les fous, les hérétiques et les sorcières qui périrent encore par le feu. Quelques médecins, influencés par le courant humaniste littéraire, n'approuvent pas ces exécutions barbares et pensent que la science doit s'opposer à ces pratiques dignes d'une époque révolue. Certains d'entre eux, comme Jean Weir<sup>11</sup> (1515-1588) et Juan Vives<sup>12</sup> (1492-1540), s'insurgent contre la pratique du bûcher appliquée aux fous et tentent de donner des explications rationnelles aux manifestations et symptômes de la maladie mentale.

---

<sup>10</sup> Dogme formulé au IIème siècle par Claude Galien, médecin d'origine grec. Considéré comme l'un des pères fondateurs de la médecine et de la pharmacie, il a eu une influence durable sur la médecine juive, chrétienne et musulmane du Moyen Age. Ses théories ont dominé les connaissances médicales de la civilisation occidentale pendant plus d'un millénaire. Ses écrits sur l'anatomie deviendront la référence du cursus universitaire du médecin médiéval et ce jusqu'à la renaissance.

<sup>11</sup> Johann Weir (né en 1515 à Grave-sur-Meuse et décédé en 1588) était un démonologue, occultiste et physicien néerlandais. Il a lutté pour démontrer que les sorcières étaient des malades mentales et devaient être soignées par des médecins au lieu d'être interrogées et brûlées par des ecclésiastiques.

<sup>12</sup> Juan Vives (né en 1492 à Valence et décédé en 1540) était un philosophe, grand penseur de la Renaissance et un défenseur des valeurs intellectuelles et morales.

Au XVII<sup>ème</sup> siècle, la folie fait peur, le fou trouble l'ordre public et doit être enfermé au même titre que les mendiants, les libertins, les galeux, les prostituées, les vénériens et les enfants trouvés. Pour Michel Foucault<sup>13</sup>, c'est le siècle du « grand renfermement »<sup>14</sup>, les fous sont enfermés voire enchaînés. Les hôpitaux généraux sont alors remplis, les malades mentaux ne représentant qu'une petite proportion de cette population (environ 5 à 10%). A cette époque, c'est l'apparition de la lettre de cachet, acte souverain émanant du roi, et qui ordonne l'internement sans consentement des personnes, selon une procédure administrative à la demande de la famille et après une enquête de l'intendance. La lettre de cachet reflète une société où la famille est maîtresse de la liberté de ses membres, les surveille et demande leur internement lorsque la situation le nécessite. Les motifs des demandes des familles étaient pour la plupart du temps la demande de prise en charge des marginaux et des déviants, considérés donc comme fous. La Révolution Française, période de liberté dans la condition humaine, voit le malade mental comme un individu privé de cette liberté. Ce dernier va se voir expulsé et laissé pour compte de cette société nouvelle régie par la responsabilité individuelle. Elle va abolir la lettre de cachet mais maintient cependant l'enfermement des fous.

En ce qui concerne les soins et les traitements, le magique et le religieux gardent une place prépondérante, proposant des pèlerinages à but thérapeutique et miraculeux. A l'opposé, quelques médecins démarchent de manière scientifique. C'est ainsi que William Cullen<sup>15</sup>, crée en 1769 le terme de névrose pour désigner un ensemble d'affections du sentiment et du mouvement, sans fièvre et lésion décelable. Son principal ouvrage sera traduit en 1785 par Philippe Pinel<sup>16</sup>. Les remèdes les plus proposés sont, à l'époque, calmants, saignées, bains, diètes, évacuants, toniques. Au 18<sup>ème</sup> et au 19<sup>ème</sup> siècle, l'enfermement est donc considéré comme le seul moyen de prise en charge des aliénés. A partir de 1860, apparaît un nouveau type de médecin, « l'aliéniste », qui consacre toute son activité à créer, diriger ou réformer des

---

<sup>13</sup> Michel Foucault (né en 1926 à Poitiers et décédé en 1984) est un philosophe français. Il fut, entre 1970 et 1984, titulaire d'une chaire au Collège de France.

<sup>14</sup> *Histoire de la folie à l'âge classique* (titre original : *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*), Thèse de doctorat et premier ouvrage important de Michel Foucault, écrit en Suède, est publié en 1961. Foucault y étudie les développements de l'idée de folie à travers l'Histoire.

<sup>15</sup> William Cullen (né en 1710 et décédé en 1790) est un médecin britannique. Il rendit aussi de grands services à la physiologie et surtout à la nosologie, dans laquelle il introduisit une classification méthodique. Cullen fut le premier à donner une définition de la névrose en la décrivant comme une altération du système nerveux et non plus comme l'atteinte d'un organe du corps.

<sup>16</sup> Philippe Pinel (né en 1745 à Saint-Paul-Cap-de-Joux et décédé en 1826) est un aliéniste français. Il fut, pour l'abolition des chaînes qui liaient les malades mentaux et, plus généralement, pour l'humanisation de leur traitement. Il travailla notamment à l'hôpital Bicêtre. On lui doit la première classification des maladies mentales. Il a exercé une grande influence sur la psychiatrie et le traitement des aliénés en Europe et aux États-Unis.

asiles d'aliénés. Des médecins s'installent au sein des asiles afin d'observer et de connaître tous les malades mentaux de manière individuelle. C'est ainsi que Pinel fût le premier médecin à s'introduire dans l'asile, proposant un traitement plus humain de la maladie mentale. Celui-ci va instaurer les bases de la psychiatrie en tant que discipline médicale. Sa vision plus humaniste le pousse à supprimer les chaînes des aliénés et à lutter contre la violence des surveillants. En 1801 il écrit un « traité médico-philosophique de la maladie mentale ou la manie », première nosographie<sup>17</sup> de la maladie mentale qui permet alors d'envisager le traitement de la folie par le « traitement moral » : parler avec le fou, compatir avec le patient et lui redonner espoir deviennent les éléments fondamentaux de toute psychothérapie. Il considère que le fou n'est plus un « insensé » et que donc il est possible de communiquer avec lui car sa raison n'est pas totalement perdue. Il génère un espace de rencontre avec le fou qui sera à l'origine de l'asile considéré alors comme un lieu qui n'est plus exclusivement réservé à l'exclusion et à l'enfermement. Il est important de parler ici de Jean-Baptiste Pussin<sup>18</sup>, enfermé à Bicêtre en 1771 comme malade et devenu surveillant des fous incurables en 1784. Ce dernier est considéré comme le père symbolique de l'infirmier en psychiatrie. Cet homme, grâce à ses compétences relationnelles, a pu obtenir une réelle reconnaissance de Philippe Pinel. En effet, celui-ci remarqua que les aliénés, traités avec humanité par Pussin, réagissaient beaucoup mieux et que dès lors, ils pouvaient être libérés de leurs chaînes et de leurs entraves. Tous deux travaillèrent ensuite à « La Salpêtrière » où Pinel fut nommé Médecin-Chef.

Jean-Etienne Dominique Esquirol<sup>19</sup> poursuit les travaux de Pinel. Comme lui, il voit dans la folie des causes à la fois physiques et morales et identifie la maladie mentale à quatre groupes principaux : la démence, l'idiotie, la manie et les monomanies. En 1819, après avoir fait un tour de France des lieux d'enfermements, hospices et prisons, il remet au ministre de l'intérieur un rapport sur les établissements consacrés aux aliénés et sur les moyens de les améliorer. Suite à ces travaux, il sera à l'origine de la loi du 30 Juin 1838 qui instaure les conditions d'internement, ayant régi les hospitalisations en psychiatrie pendant plus de 150 ans.

---

17 Description et classification systématique et méthodique des maladies.

18 Jean-Baptiste Pussin (né en 1745 et décédé en 1811) était un surveillant de l'asile de Bicêtre, puis de la Salpêtrière. Il secondait le docteur Philippe Pinel et joua un rôle dans l'amélioration du sort des aliénés. Il est le père spirituel de l'infirmier en psychiatrie. Il est le premier surveillant à écrire des observations sur ses patients. Estimant qu'ils étaient plus aptes, il choisira le personnel parmi les malades guéris et les convalescents.

19 Jean-Étienne Dominique Esquirol (né à Toulouse en 1772 et décédé en 1840) est un psychiatre français. Il approfondit la nosographie de Pinel Il établit la distinction entre hallucinations et illusions et il joua un rôle important sur le plan administratif et législatif (Loi de 1838).

Au XXème siècle apparaît la psychiatrie contemporaine, science qui développe la nosographie et la nosologie<sup>20</sup>. Le cerveau est alors objet de recherche car à l'origine des pathologies mentales. Cette vision médicale voit alors la naissance des premières thérapeutiques biologiques et la folie devient une maladie qui a droit à un traitement propre et particularisé. Après la première guerre mondiale et suite à l'introduction du suffrage universel, une attention accrue est portée aux intérêts de la population, et l'on parle de justice sociale et de progrès. Cependant, les grandes maladies de l'esprit suscitent encore la peur mais aussi la honte. On pense alors que l'on peut prévenir, et que la prévention peut se substituer à la guérison. C'est à cette période que naissent les associations d'hygiène mentale qui vont s'intéresser au sort des malades mentaux dans les hôpitaux et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Ces années voient également l'arrivée de nouvelles théories, comme la psychanalyse, qui vont remettre à l'honneur le langage dans le rapport entre médecin et patient et ce afin de confronter la personne à la vérité de sa maladie. On passe ainsi de l'homme fou, de la fin du XVIIème siècle, aliéné à sa condition, à l'homme souffrant ; et de la maladie inéluctable et de la faute morale à la prise en compte du malade comme sujet social.

Les années cinquante bouleversent à nouveau le monde de la santé mentale et faisant suite à un élan de liberté, la psychiatrie prend un véritable tournant et s'ouvre alors à différents courants et notamment, aux sciences humaines. L'approche de cette nouvelle discipline médicale se fait alors par une interdisciplinarité et une pluridisciplinarité. Au même moment, le médicament fait son apparition et modifie radicalement l'univers des soins. Au cours des siècles précédents s'était déjà développée une pharmacopée cherchant à calmer la folie. L'opium était utilisé au XVIIème siècle notamment pour soulager les manies ou les folies furieuses, de même que le camphre était reconnu pour ses propriétés sédatives et antispasmodiques. Mais les neuroleptiques, antidépresseurs, psychotropes et autres tranquillisants vont transformer fondamentalement le regard posé jusqu'alors sur le malade et son rapport au monde. A dater de cette époque, on ne cherchera plus à soigner la folie elle-même, mais on s'attachera à réduire les symptômes, qu'il s'agisse d'agressivité ou d'insomnie. D'autres thérapeutiques ont connu leur essor à la même période. C'est le cas des thérapies convulsives et des électrochocs. Il est important de savoir que le traitement de la folie par l'électricité remonte à une croyance plus ancienne, celle de remettre de l'ordre dans une tête et un corps déréglés par la maladie.

---

<sup>20</sup> Science médicale qui étudie les caractères distinctifs des maladies pour en établir une classification analytique.



En ce qui concerne les changements au niveau de l'institution, on assiste à une véritable vague de désinstitutionnalisation. Toujours au milieu du XXème siècle, des portes s'ouvrent à la contestation. La légitimité de la psychiatrie, ses modèles, ses pratiques et son pouvoir acquis sont questionnés. On est en mai 1968, en pleine période de remise en cause radicale de l'ordre social. Foucault, Castel<sup>21</sup> et bien d'autres questionnent l'aspect répressif de la psychiatrie, parlent de la maladie mentale comme d'un mythe et dénoncent les risques de manipulation et de contrôle social inscrits dans l'application de ses pratiques. Des mouvements de contestation, notamment « l'anti-psychiatrie », se développent tout particulièrement en Angleterre, en Italie et en France. C'est dans ce cadre général que vont se développer le renouveau du monde psychiatrique : thérapies ambulatoires, apparition de services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, création de clubs et de centres de jour ainsi que l'expansion de dispensaire d'hygiène mentale qui deviendront plus tard les services de santé mentale. La création de ces structures de soins a provoqué une scission entre les structures extrahospitalières, considérées comme idéales pour la prise en charge et la réinsertion des malades, et les structures hospitalières considérées comme l'ultime solution de prise en charge devant l'échec des soins.

## **2. Et le personnel soignant ?**

Comme nous venons de le voir, des centres de grand renfermement où le malade mental côtoyait délinquants et autres marginaux, à l'asile où « le fou » était enchaîné, de la libération des chaînes à l'hôpital psychiatrique, et enfin de l'institution psychiatrique aux services hospitaliers et aux structures ambulatoires, le domaine de la psychiatrie a subi d'importantes mutations. Parallèlement à ces changements, la profession a modifié sa pratique quotidienne et le statut du soignant en est sorti progressivement valorisé. On peut dire que l'identité actuelle du soignant en psychiatrie est passée par trois grandes étapes :

---

<sup>21</sup> Robert Castel, né en 1933, est un sociologue français, formé à la fois à l'école de Pierre Bourdieu et de Michel Foucault. Il a d'abord travaillé sur la chose « psy », puis sur « la nouvelle question du social ». Il est directeur d'études à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales. Robert Castel a travaillé dans les années 1960 avec Pierre Bourdieu, puis s'est intéressé à la psychanalyse et à la psychiatrie, en établissant une sociologie critique de ces questions et en se rapprochant de Michel Foucault, dont il apprécie l'approche généalogique. Enfin, il s'intéresse à l'exclusion, ou plutôt à ce qu'il appelle la désaffiliation, qui frappe les individus « par défaut ».

- Avant 1850, il s'agissait de gardiens des fous. Les soignants étaient recrutés parmi d'anciens aliénés et leur unique mission était de faire régner l'ordre. Cependant, il nous semble ici important de revenir plus en détails sur une des figures marquantes de cette époque : Jean Baptiste Pussin, premier gardien-surveillant humaniste et considéré comme le père spirituel et symbolique de l'infirmier psychiatrique. Tanneur de profession, il est admis, à Bicêtre, en 1771, atteint de la tuberculose. Une fois guéri, il trouvera un emploi au sein même de l'hôpital. Il occupe d'abord un poste de garçon de salle avant d'être nommé, en 1785, surveillant principal de la salle des malades mentaux incurables, section des « aliénés agités » où il est chargé, à la fois, de diriger les sous-employés et de gérer au quotidien la folie des patients. En effet, au XVIIIème siècle, il était très courant que les services recevant des insensés soient dirigés par des non-médecins. Lors de sa pratique, il va développer les principes d'une approche à la fois humaine et ferme, dont Pinel s'inspirera plus tard pour théoriser son traitement moral. C'est lui, qui atténuera et restreindra l'usage des moyens de contention, et non Pinel comme il est souvent dit. En contact permanent avec les aliénés, il avait remarqué que ceux-ci, traités avec humanité et délivrés de leurs chaînes, réagissent beaucoup mieux que lorsqu'ils étaient entravés. Il partagera avec Pinel son savoir-faire à qui il enseignera ses principes empiriques, fondés sur l'observation et l'expérience. Quelques années plus tard, en 1801, il rejoindra ce dernier avec son épouse à la Salpêtrière. Il est intéressant de noter qu'il fut également le premier surveillant à écrire des observations sur les personnes dont il avait la charge. A sa mort, le 7 avril 1811, le Conseil Général des Hospices, en majorité représenté par des médecins, nommera un des leurs à la place du surveillant : Esquirol (1772 - 1840). Les attributions des surveillants principaux étant jugées trop étendues, car confondues avec celles du médecin, on assistera à une redéfinition des rôles et des devoirs de chacun. Il s'agira là d'un réel coup de force administratif et médical qui verra les surveillants véritablement exclus de la relation malades-médecins et précipitera leur retour au statut de simples serviteurs.
- De 1850 à 1950, le statut du soignant en psychiatrie évolue mais sans que la profession et les tâches qui s'y rapportent ne soient réellement modifiées. C'est la période du garde-malade. La majorité des récits de l'époque dépeignent une image fort peu flatteuse et plaisante de ces gardiens. Ils sont considérés comme des geôliers brutaux, recrutés sur le tas ou, à défaut, parmi les rebuts de la société. Aucune

formation ne leur est dispensée et seul l'exemple leur sert d'apprentissage. Ils sont soumis à une discipline sévère et la plupart d'entre eux vit de façon permanente dans l'enceinte même de l'asile où ils reçoivent comme seule rémunération et compensation le gîte et le couvert.

- A partir de 1955 jusqu'à nos jours, on va reconnaître que le soignant en psychiatrie a avant tout un rôle relationnel. C'est à cette époque que s'engage l'opposition entre les soins infirmiers assimilés à la seule production de prestations manuelles (technicité gestuelle) et les soins infirmiers dits spécifiques, relatifs à la mise en œuvre des compétences relationnelles. On va également assister à une prise de conscience de la place importante que doit prendre l'infirmier dans la promotion de la santé mentale. Actuellement, pour pouvoir répondre aux différents problèmes et demandes de plus en plus nombreuses envers la psychiatrie, les infirmiers se doivent d'être de mieux en mieux formés. En effet, leur rôle est basé essentiellement sur la relation soignant-soigné et chaque patient demande une prise en charge particulière qui ne peut être réalisée qu'avec des apports théoriques importants et une pratique exercée avec un encadrement suffisant. De même, les responsabilités qui leur sont confiées, se sont considérablement modifiées et élargies, au cours de ces dernières années, avec l'accueil d'un public porteur de troubles de plus en plus complexes et des exigences de plus en plus importantes. Ce contexte exige une nouvelle redéfinition des rôles et une nouvelle orientation de l'enseignement et de la formation personnelle pour pouvoir répondre aux aspects sociaux et médicaux des soins. Ainsi, dans le domaine de la psychiatrie, les principales activités cliniques recherchent une visée psychothérapique afin que le patient puisse se ressaisir de son histoire, se réappropriier comme sujet, retrouver un sentiment d'unité et renouer avec une socialisation.

## **8. Conclusion**

La maladie mentale a toujours fait l'objet de considérations particulières à travers les époques, les sociétés et les cultures où elle évoluait. Les perturbations souvent majeures du comportement liées à celle-ci ont toujours justifié le contrôle social de ces personnes, leur

mise à l'écart et leur enfermement. Les « fous » ou « déments » étaient privés de liberté. Dans le meilleur des cas, ils séjournaient dans une famille mais, le plus souvent, ils étaient placés dans des hospices, des prisons ou des maisons de fous. Ils y étaient oubliés, maltraités, ridiculisés, attachés voire même enchaînés auprès de criminels et d'autres rebus de la société. Une fois libéré de leurs chaînes, et ayant obtenu le statut de « personnes atteintes de maladie mentale », ils seront orientés vers de grandes institutions, les asiles. Ceux-ci étaient implantés à la campagne, loin des centres urbains, sous prétexte d'y faire respirer le bon air à leurs pensionnaires. Mais en réalité, par ce nouvel isolement prévaut surtout la volonté d'éloigner ces personnes, considérées en dehors de la norme, du reste de la population par souci sécuritaire. Au cours des deux derniers siècles, la psychiatrie va peu à peu se développer et s'affiner comme science médicale. Viendra ensuite la révolution médicamenteuse avec l'apparition des neuroleptiques et autres psychotropes qui auront une efficacité réelle sur les symptômes spécifiques des maladies mentales. Parallèlement à cela, on va assister à une modification radicale de l'exercice des soignants. Les pratiques punitives et répressives vont être abandonnées au profit de soins plus relationnels. Les infirmiers vont également développer leurs connaissances théoriques et pratiques ce qui va leur permettre d'abandonner leur fonction de surveillant pour une implication plus grande dans l'élaboration et l'organisation des soins. Progressivement, ils vont ainsi s'imposer comme des acteurs centraux et essentiels au sein de l'équipe pluridisciplinaire mise en place autour du patient. Cependant, l'infirmier actuel demeure l'héritier des « gardiens de fous » qui travaillaient dans les asiles et qui suscitaient, autant que leurs patients, méfiance, peur et rejet. Nous pensons que cette aura négative continue de suivre les soignants en psychiatrie et ce malgré les modifications et les changements importants qui se sont succédés dans leur formation et dans leur rôle. De même, si la condition du patient psychiatrique s'est considérablement améliorée, il continue à être victime d'une stigmatisation importante qui, d'après nous, serait liée aux représentations sociales de la folie et de la notion de dangerosité qui lui est souvent associée. C'est ce que nous allons à présent tenter de démontrer dans la partie opérationnelle de notre travail.

## **II. PARTIE OPERATIONNELLE**

## **1. Choix de la méthode**

L'analyse des représentations sociales s'articule autour d'un double repérage, celui du contenu, et celui de la structure. Nous utiliserons pour notre recherche, la méthode de l'association libre. Celle-ci consiste à demander aux sujets les termes qui leur viennent à l'esprit à partir d'une phrase ou d'un mot inducteur. Cette méthode, couramment utilisée dans l'étude des représentations sociales, garantit aussi la spontanéité du sujet qui est libre d'adopter l'ordre de son choix. Nous compléterons celle-ci avec la mise en évidence du noyau central et sa différenciation avec les éléments périphériques.

En effet, pour notre étude, nous avons choisi de nous référer à Abric et à sa théorie du noyau central. Pour rappel, selon ce modèle, une représentation sociale s'organise autour d'un noyau central, composant fondamental, qui détermine la signification et l'organisation de la représentation. Ce noyau est consensuel et collectivement partagé. Il se caractérise par une cohérence, une stabilité qui lui permet de résister aux changements. D'autres éléments, dits «périphériques» parce que plus instables et moins prégnants dans la représentation, s'organisent autour du noyau central. Nous pourrions donc ainsi mettre en évidence, d'un côté, le système central qui est le fruit des déterminismes historiques, symboliques et sociaux et qui structure les pensées relatives à l'objet et de l'autre côté, le système périphérique, en prise avec les contingences quotidiennes, qui permet, dans une certaine mesure, l'adaptation de la représentation à des contextes sociaux variés.

### **1.1. Le recueil de données :**

Le recueil des données sera obtenu à l'aide d'un questionnaire destiné aux personnels soignants de l'ensemble des services hospitaliers. Celui-ci, élaboré sur base des hypothèses précitées, concernera l'étude des représentations sociales proprement dites et se déroulera en plusieurs étapes. Dans un premier temps, il sera demandé au sujet de produire une série de dix mots ou d'expressions qui lui viennent à l'esprit à la lecture de plusieurs phrases inductrices. Une des consignes laissée aux participants sera de répondre de la manière la plus naturelle et la plus spontanée possible, sans chercher à décoder nos attentes. Ce mini brainstorming devrait nous permettre de repérer le contenu de la représentation sociale. L'étape suivante,

visant à appréhender l'organisation de la représentation sociale, consistera à la classification par ordre d'importance de leurs résultats. Pour ce faire, ils devront donner une cote, allant de un à dix, à chaque mot ou expression, en fonction du degré de signification plus ou moins fort pour eux. La cote la plus importante (10) sera attribuée à l'élément qui leur semble le plus significatif. Ils procéderont ainsi de façon décroissante pour tous les éléments en prenant soin de ne pas donner plusieurs fois la même cotation à des éléments différents.

## 1.2. Les traitements de données :

### 1.2.1. L'analyse prototypique

Dans la phase initiale, que nous nommerons inductrice, chacun des sujets nous aura permis de recueillir 10 mots ou expressions par questions. A partir de ceux-ci, nous pourrions effectuer des regroupements sémantiques et des regroupements lexicaux.

De même, à partir des listes de mots obtenues, il nous sera possible de croiser la fréquence moyenne d'apparition (l'élément est le plus ou le moins cité) avec le rang moyen (s'il est cité en premier son rang est faible, s'il est cité en dernier son rang est élevé) de chacun des éléments.

C'est ainsi, qu'un élément « fort » possèdera une fréquence élevée et un rang faible. Il appartiendra donc à la zone centrale de la représentation.

Un élément « faible » possèdera une fréquence faible et un rang élevé. Ce sera un élément de la zone de périphérie de la représentation.

Un élément possédant une fréquence et un rang élevés, ou bien une fréquence et un rang faibles, se situera dans la zone « floue » de la représentation. Celle-ci a été peu développée par les différents auteurs.

Cette méthode permet de confirmer l'hypothèse d'éléments organisateurs de la représentation mais elle nécessite cependant de procéder à une vérification du noyau central.

### 1.2.2. Le repérage de l'organisation de la représentation

A partir des cotations attribuées par les sujets à chaque mot ou expression de leurs listes, du plus significatif au moins significatif, des types de catégories seront déterminés. Il s'agira là de différencier le noyau central des éléments périphériques. Pour ce faire, le nombre

d'évocations de chaque mot sera dégagé et sera calculé. Nous pourrons ensuite en fonction des cotes obtenues, classifier et catégoriser tous les éléments. Dans la catégorie la plus significative, que nous traiterons en priorité, nous retrouverons les éléments ayant obtenus les cotes les plus importantes. Ceux-ci constitueront les éléments du noyau central de la représentation. Dans la catégorie la moins significative, seront repris les termes ayant obtenu les cotations les plus faibles. Ils représenteront les éléments périphériques de la représentation. Nous devrions ainsi pouvoir appréhender la structure schématique de la représentation.

## **2. Déroulement de la recherche**

Pour notre étude, nous avons choisi de décrire et d'analyser les représentations sociales de la psychiatrie et plus particulièrement du personnel qui y travaille, au sein d'un hôpital général. Dans notre problématique, nous relatons l'isolement et la mise à l'écart du service de psychiatrie par rapport au reste de l'institution ainsi que la stigmatisation dont sont victimes les patients qui y sont hospitalisés. Nous abordons également le manque de considération et de reconnaissance vis à vis du travail qui y est accompli. A partir de ce constat, nous avons développé plusieurs hypothèses qui, d'après nous, découlent toutes de l'image négative qu'a la psychiatrie et qui est fortement liée et héritée de son histoire. Pour tenter de valider celles-ci, nous avons choisi d'interroger le personnel infirmier de différents services de l'hôpital, soit plus d'une centaine de personnes. Pour ce faire et devant l'ampleur de la tâche, nous avons sollicité l'aide des infirmiers en chef des différentes unités concernées. C'est ainsi que lors d'une réunion mensuelle des responsables de services, nous avons présenté une version « édulcorée » de notre projet et nous leur avons exposé sommairement ce que nous attendions d'eux. En effet, afin d'éviter de nous montrer d'emblée (publiquement) trop critique vis-à-vis de l'institution, nous avons quelque peu modifié notre problématique de départ. Nous sommes partis du manque « d'attractivité » supposé du service de psychiatrie et nous leur avons expliqué que nous réalisions une enquête sur les causes de celui-ci. Après avoir obtenu leur adhésion ainsi que celle de la direction du département infirmier, nous avons soumis notre questionnaire à chacune des personnes présentes. Cette pratique nous a permis d'une part de tester notre outil mais surtout de recueillir l'avis de l'ensemble des cadres infirmiers. Par la



suite, nous avons rencontré individuellement chacun d'eux afin de leur remettre nos questionnaires et de leur donner les consignes détaillées sur la procédure à suivre. Une fois les questionnaires complétés, ils nous ont tous été renvoyés par les responsables des services et ce, dans un délai inférieur à un mois. Il est à noter que cette façon de procéder, nous a permis d'avoir un taux de retour extrêmement important, proche de 95% mais également de pouvoir rester à l'arrière plan par rapport aux personnes interrogées et ce afin de réduire au maximum le biais que pourrait constituer le facteur de désirabilité sociale.

### Le pré-test :

Avant d'aller plus avant dans notre recherche, attardons-nous quelques instants sur ce que nous pouvons considérer comme le pré-test de notre expérimentation, l'interrogatoire des infirmiers en chef et des cadres de la direction du département infirmier. A la suite de cette phase, où 27 questionnaires ont été recueillis, nous avons quelque peu modifié notre outil. En effet, initialement, lors de la phase inductrice, comme nous voulions saisir l'ensemble de la représentation, il était demandé à chaque personne interrogée de produire une liste de 15 mots ou expressions en rapport avec la lecture des différentes questions. Cependant, devant la difficulté éprouvée par ceux-ci à trouver une liste de mots aussi longue, nous avons décidé de réduire celle-ci à 10 mots. Lors de l'analyse des résultats, nous aurons l'occasion de comparer ceux obtenus par ce groupe avec ceux de l'ensemble de l'échantillon dont nous allons définir les caractéristiques ci-dessous.

## **3. Résultats**

### **3.1. Caractéristiques générales de l'échantillon**

Il nous semble important de préciser que pour notre enquête, nous nous sommes limités à interroger le personnel infirmier des services concernés. Les caractéristiques qui suivent sont données à titre indicatif. En effet, vu le nombre important de questionnaire, nous n'avons pas cherché à apporter une lecture plus précise des résultats en fonction du sexe, de l'âge ou du nombre d'années de l'exercice de la profession. Seule l'expérience antérieure dans le domaine de la psychiatrie a été prise en compte.

Services généraux interrogés :

- 3 services de médecine
- 3 services de chirurgie
- 2 services de gériatrie
- 1 service de soins intensifs
- 1 service de pédiatrie
- 1 service de maternité
- 1 service de soins d'urgence

Soit au total, 118 questionnaires répartis dans 12 unités de soins. Sur ceux-ci, grâce à l'aide des responsables des services concernés, nous avons pu en récupérer 112, soit un taux de retour de 95%. Cependant, nous avons dû éliminer 7 questionnaires qui étaient incorrectement ou insuffisamment complétés, les personnes interrogées n'ayant pas rempli tous les items ou n'ayant pas assimilé toutes les consignes données. Pour notre recherche, nous nous sommes donc basés sur 105 questionnaires, soit 89% des questionnaires distribués au départ.

Sexe :

72,4% de femme (76) – 27,6 % d'homme (29)

Age :

7,4% ont moins de 25 ans  
32,4% ont entre 26 et 35 ans  
31,3% ont entre 36 et 45 ans  
17,3% ont entre 46 et 55 ans  
11,6% ont plus de 56 ans

Expérience professionnelle :

10,2% ont une expérience professionnelle égale ou inférieure à 5 ans  
28,3% ont une expérience professionnelle entre 6 et 10 ans

26,8% ont une expérience professionnelle entre 11 et 20 ans

14,7% ont une expérience professionnelle entre 21 et 30 ans

11,7% ont une expérience professionnelle entre 31 et 40 ans

8,3% ont une expérience professionnelle supérieure à 40 ans

*Expérience dans le domaine de la psychiatrie :*

86% des personnes interrogées n'avaient jamais travaillé en psychiatrie. Sur les 14% ayant déjà exercés dans ce domaine, il est à noter qu'aucune n'avait une expérience supérieure à 3 ans.

Nous n'avons enregistré aucune variation importante des résultats concernant ce groupe avec ceux du reste de la population de l'échantillon. Nous pensons que cette absence de modification est probablement due à la faible durée de la pratique professionnelle des sujets dans le secteur psychiatrique. En effet, comme nous l'avons vu dans le chapitre consacré aux représentations sociales, la modification de celles-ci est un processus très lent qui ne peut se faire en un laps de temps aussi court.

### 3.2. Analyse des questionnaires

#### 3.2.1. Question n°1: « **Que représente pour vous le mot psychiatrie ?** »

Voici les 15 mots les plus souvent cités

Mots	Fréquences	Moyennes de rang
<b>Folie</b>	<b>104</b>	<b>2</b>
<b>Isolement</b>	<b>102</b>	<b>4</b>
<b>Dangereux</b>	<b>101</b>	<b>3</b>
<b>Contention</b>	<b>96</b>	<b>3</b>
<b>Agressivité</b>	<b>94</b>	<b>4</b>
<b>Peurs</b>	<b>93</b>	<b>3</b>
Violence	92	4
Chronique	77	5
Différence	76	6
Incurable	74	5
Irresponsable	72	5
Dépendance	68	6
Délires	66	7
Solitude	64	8
Souffrance	58	8

Commentaires :

La lecture analytique de ce tableau nous permet de constater que pour la majorité des personnes interrogées le terme psychiatrie reste indissociable de celui de la folie. De même, pour la plupart d'entre eux, la psychiatrie est perçue comme un milieu où règnent l'insécurité et la violence ce qui suscite la peur ainsi que le sentiment d'un danger permanent et imminent. L'idée de l'internement est encore bien ancrée dans les représentations, avec l'image de la chambre d'isolement et de la contention. Les notions de chronicité, de dépendance et d'incurabilité sont également bien présentes.

Vérification du noyau central :

Mots	Nombre de points
Folie	934
Agressivité	902
Isolement	864

Après vérification du noyau central, il semble se confirmer que la psychiatrie reste fortement associée à l'image de la folie. La notion de peur de l'agressivité de ses usagers apparaît très nettement avec la nécessité d'une éventuelle mise en isolement de ces derniers.

3.2.2. Question n°2 : « **Que représente pour vous la maladie mentale ?** »

Voici les 15 mots les plus souvent cités

Mots	Fréquences	Moyennes de rang
<b>Folie</b>	<b>102</b>	<b>2</b>
<b>Peur</b>	<b>99</b>	<b>3</b>
<b>Agitation</b>	<b>92</b>	<b>3</b>
<b>Terreur</b>	<b>88</b>	<b>4</b>
<b>Incurable</b>	<b>81</b>	<b>4</b>
Invalide	79	7
Différence	79	5
Rejet	74	7
Pauvreté	73	5
Dépendance	72	5
Confusion	71	6
Souffrance	71	5
Suicide	69	6
Handicap	68	5
Autisme	64	8

Commentaires :

Tout comme pour la psychiatrie, la maladie mentale semble indissociable de la folie. Les représentations de violence, de dangerosité et d'agressivité restent très prégnantes. La maladie mentale est toujours considérée sans guérison possible (incurable) et elle est perçue comme fortement invalidante. Elle suscite peur et rejet.

Vérification du noyau central :

Mots	Nombre de points
Folie	926
Peur	831
Agitation	778

Comme nous pouvons le constater au travers la vérification du noyau central, la représentation sociale des maladies mentales repose encore largement sur la folie et la dangerosité ainsi que sur la peur qu'elle suscite.

3.2.3. Question n°3 : « **Quelles représentations avez-vous des patients hospitalisés dans le service de psychiatrie ?** »

Voici les 15 mots les plus souvent cités

Mots	Fréquences	Moyennes de rang
<b>Cas sociaux</b>	<b>101</b>	<b>3</b>
<b>Violent</b>	<b>89</b>	<b>3</b>
<b>Précarité</b>	<b>88</b>	<b>4</b>
<b>Chronique</b>	<b>87</b>	<b>3</b>
<b>Marginaux</b>	<b>86</b>	<b>4</b>
<b>Dangereux</b>	<b>83</b>	<b>4</b>
Pauvreté	83	5
Alcoolique	78	6
Exclus	76	5
Dépendant	74	5
Suicidaire	72	6
Dépressif	71	6
Drogué	68	7
Psychopathe	67	7
Profiteur	62	8

Commentaires :

Pour une grande majorité des personnes interrogées, les patients hospitalisés en psychiatrie seraient des cas sociaux et des marginaux. Pour la plupart issus de milieux défavorisés, ils ne semblent pas souffrir de véritables maladies au sens médical du terme mais ils feraient



davantage référence au champ social et aux problématiques qui lui sont associées, telles que l'alcoolisme ou la toxicomanie. Nous pouvons également constater que les notions de dangerosité et de violence sont toujours bien présentes, tout comme le caractère chronique des pathologies mentales. Certains font aussi référence aux dangers potentiels de cette population avec notamment des risques de passage à l'acte suicidaire ou de comportement violent.

Vérification du noyau central :

Mots	Nombre de points
Cas sociaux	878
Chronique	847
Violent	789

Au travers la vérification du noyau central, il se confirme que les patients hospitalisés dans le service de psychiatrie soient considérés comme des cas sociaux, souffrant de pathologies chroniques et présentant des risques de passage à l'acte violent.

3.2.4. *Question n°4* : « **On vous propose de travailler dans un service de Psychiatrie. Quels sont les éléments qui, liés à la représentation que vous vous faites du travail dans ce secteur, pourraient influencer votre décision ?** »

Voici les 15 mots les plus souvent cités

Mots	Fréquences	Moyennes de rang
<b>Milieu insécurisant</b>	<b>99</b>	<b>3</b>
<b>Patients dangereux</b>	<b>92</b>	<b>3</b>
<b>Travail peu valorisant</b>	<b>91</b>	<b>4</b>
<b>Travail de gardiennage</b>	<b>87</b>	<b>4</b>
<b>Peur d'être agressé</b>	<b>86</b>	<b>4</b>
<b>Peu de soins infirmiers</b>	<b>84</b>	<b>4</b>
Travail décourageant	83	5
Perte des techniques infirmières	83	5
Peu de résultats	82	5
Trop de perte de temps	81	6
Travail inutile	79	6
Trop de réunions	74	8
Patients pas vraiment malades	74	6
Peur de mal réagir, manque de patience	71	7
Peur de devenir fou	67	8

Commentaires :

L'idée que le travail en psychiatrie est dangereux revient souvent avec des propos tels que « milieu insécurisant », « peur de l'agression » ou encore « patients dangereux ». Beaucoup de personnes interrogées se questionnent également sur l'utilité et l'efficacité du travail qu'ils considèrent comme peu valorisant avec des résultats peu visibles. Certains soulignent encore le peu de soins infirmiers prodigués dans cette discipline ce qui peut entraîner un risque de perte de savoir et de technicité. Ils jugent également les réunions et les discussions en équipe trop nombreuses ce qu'ils assimilent à des pertes de temps. Bien que le travail soit considéré comme léger physiquement, l'existence d'une fatigue mentale est cependant reconnue. Celle-ci nécessiterait de la part des soignants le besoin d'avoir des nerfs d'acier. Beaucoup admettent, cependant, qu'ils n'auraient pas la patience d'y travailler.

Vérification du noyau central :

Mots	Nombre de points
Peur d'être agressé	929
Milieu insécurisant	855
Travail peu valorisant	804

Une fois de plus, il ressort de la vérification du noyau central que la psychiatrie est perçue comme un milieu très insécurisant où la peur de l'agression est omniprésente. De plus, le travail est décrit comme peu valorisant car faisant peu appel aux techniques infirmières.

3.2.5. *Question n°5* : « **Comment vous représentez-vous le rôle d'un service de psychiatrie au sein d'un hôpital général ?** »

Voici les 15 mots les plus souvent cités

Mots	Fréquences	Moyennes de rang
<b>Gestion des agités</b>	<b>94</b>	<b>3</b>
<b>Enfermement</b>	<b>91</b>	<b>3</b>
<b>Sécurité</b>	<b>88</b>	<b>4</b>
<b>Contenir les patients à risque</b>	<b>87</b>	<b>5</b>
<b>Service fermé</b>	<b>85</b>	<b>4</b>
Isolement	84	5
Surveillance	84	5
Prise en charge des patients difficiles (confus, ...)	81	5
Urgences psychiatriques	77	6
Prise en charge des toxicomanes	77	6
Transfert rapide	75	7
Protection	74	6
Hébergement des patients venant d'institutions psychiatriques	72	7
Hospitalisation cas sociaux	68	7
Avis de liaison	65	8

Commentaires :

Pour presque toutes les personnes interrogées, le service de psychiatrie est avant tout un lieu d'enfermement et de mise à l'écart de tous les éléments pouvant constituer un danger pour le reste de l'hôpital. C'est ainsi que pour ceux-ci, un de ses rôles principaux est la prise en charge des patients difficiles, agités et potentiellement dangereux. Cette pratique nécessite donc d'avoir, au sein de l'institution, un service fermé pouvant traiter rapidement les urgences psychiatriques et pouvant accueillir, le cas échéant, les individus posant problème dans les autres services.

Vérification du noyau central :

Mots	Nombre de points
Enfermement	882
Gestion des patients difficiles	805
Sécurité	787

Après vérification du noyau central, il apparaît que le service de psychiatrie joue un rôle sécuritaire vis-à-vis de l'institution hospitalière en gardant sous clef les patients difficiles ayant des troubles du comportement et constituant une menace éventuelle pour les autres services.

### 3.3. Comparaison des résultats du groupe pré-test

Si pour les trois premières questions de notre enquête, les résultats enregistrés auprès du groupe « pré-test » sont sensiblement identiques à ceux de l'ensemble de notre échantillon, nous avons toutefois noté des variations parfois importantes en ce qui concerne les deux dernières questions. C'est ainsi qu'en réponse à la quatrième question, en rapport avec la vision du travail en psychiatrie, on retrouve, parmi les termes les plus souvent cités par ce groupe, des notions globalement positives telles que « *travail intéressant* », « *travail relationnel* », « *empathie* » ou encore « *communication importante* ». Quant aux réponses à la cinquième question relative à leur perception du rôle du service de psychiatrie au sein de l'hôpital, on enregistre également des termes assez positifs tels que « *collaboration* », « *échanges* », « *relations humaines* » et même « *ouverture* » ! Cependant, nous devons considérer ces résultats avec la plus grande prudence. En effet, si nous observons ceux-ci plus attentivement, nous remarquons que les variations significatives et surtout positives en termes de perception ne concernent que les questions où nous sommes directement impliqués par rapport à notre fonction dans le service. De plus, le fait que nous ayons été en interaction sociale directe avec les personnes consultées lors de la réalisation de cette phase de pré-test, nous incite à penser que les résultats concernant ce groupe sont probablement entachés d'un biais de désirabilité sociale important. La lecture de ces résultats nous a conforté dans notre choix de faire appel à un tiers pour présenter et soumettre nos questionnaires lors de notre expérimentation. Cette pratique nous a permis de prendre du recul face à la population interrogée et de réduire au maximum le biais énoncé ci-dessus. Nous sommes néanmoins conscients que le fait de faire appel aux responsables des unités de soins concernées par notre enquête ne nous garantit pas une authenticité maximale en raison du rapport de subordination existant. Mais nous pensons que comme ces derniers ne sont pas réellement représentatifs de la psychiatrie, une distance suffisante a été respectée, ce qui devrait ne pas corrompre les résultats.

## **4. Analyse des résultats**

A ce stade de notre recherche, il nous semble important de réaliser une première synthèse des résultats obtenus. Pour la majorité des personnes consultées, la psychiatrie est un milieu insécurisant qui inspire la peur. Pour tenter de comprendre l'origine de ces représentations négatives, replongeons-nous quelques instants dans nos livres d'histoire. Effectivement, si nous nous référons à l'époque des gardiens des fous, la première relation qui s'établissait entre le fou et ces derniers était la peur. L'aliéné jeté dans l'univers carcéral asilaire se sentait d'emblée dépourvu de tout droit ou, en tout cas, de tout moyen de faire valoir un droit personnel quelconque. Il se sentait livré aux gardiens comme, dans la prison, le condamné ou même le prévenu se trouve sous la coupe du personnel pénitentiaire. Du côté du gardien des fous se trouvait aussi la peur face à des individus réputés insensés, aux réactions imprévisibles et aux accès démentiels pouvant décupler leur force. Sachant qu'il a pour fonction de surveiller les aliénés, le gardien était hanté par l'idée d'agressions possibles contre sa personne.

Autre constat, les personnes qui souffrent de maladie mentale sont victimes d'une stigmatisation importante et ne semblent pas jouir du statut de véritable « malade ». Ils feraient davantage référence au champ social plutôt qu'à celui de la médecine. Nous avons ainsi pu mettre en évidence la présence de nombreux préjugés à leur encontre, associés à des notions de violence, de dangerosité, d'inadaptation sociale, de précarité, de dépendance, de chronicité et d'incurabilité.

En ce qui concerne le regard posé sur le rôle des soignants travaillant en psychiatrie, nous avons pu observer qu'il était porteur de représentations plutôt dévalorisantes. Pour une grande partie des individus interrogés, il s'agirait essentiellement d'un travail de surveillance, de gardiennage qui ne nécessite pas beaucoup de qualification et qui surtout est faible consommateur de soins infirmiers, donc peu valorisant. Au travers ce cliché, nous pouvons constater que seul le travail purement technique est pris en compte et considéré comme une réelle activité découlant du savoir infirmier. Tout le volet relationnel est ainsi occulté comme s'il ne faisait pas partie des compétences attendues d'une bonne infirmière. Cependant, en psychiatrie, contrairement aux services généraux, les pathologies rencontrées sont essentiellement psychiques et même si elles s'expriment parfois par des signes cliniques, elles

sont toujours différentes selon les personnes qui en sont victimes. C'est ainsi que deux patients atteints du même trouble psychiatrique pourront exprimer celui-ci de manières très différentes (prostration, violence ...). De plus, les diagnostics sont rarement posés dès les premiers jours d'hospitalisation et même à long terme ils restent parfois au stade de l'hypothèse. De même, il n'y a pas de protocoles propres et clairement définis, ni de soins types. La prise en charge repose avant tout sur des attitudes à avoir, une écoute et une disponibilité à accorder aux patients. En quelque sorte, ce « flou artistique » peut donner l'impression de prodiguer des soins non maîtrisés, voire de manière un peu aléatoire. Autre élément qui accentue ce qui a été dit précédemment, c'est l'évolution et la visibilité des résultats des thérapeutiques. En effet, il est souvent difficile d'observer des progrès de guérison puisqu'ils sont généralement très lents et parfois même inexistantes. Les récurrences nombreuses, le peu de visibilité des résultats obtenus peuvent expliquer l'aspect décourageant et le questionnement qui en découle sur l'utilité du travail effectué.

Outre le poids du passé et des images négatives qui lui sont associées, il nous semble essentiel de nous interroger également en termes de formation de base des soignants. En effet, qu'ils se destinent à travailler en soins généraux où dans le domaine de la psychiatrie, les infirmiers suivent une formation commune au sein de laquelle on valorise essentiellement les compétences techniques au détriment des compétences relationnelles. Ces dernières sont surtout abordées durant le stage et les cours de soins infirmiers en psychiatrie, c'est-à-dire quinze jours de stage et une trentaine d'heures de cours sur trois années d'études. C'est ainsi que les infirmiers nouvellement diplômés qui arrivent en milieu psychiatrique pour y travailler ont un bagage professionnel très léger et incomplet en ce qui concerne la relation d'aide et les entretiens, outils pourtant reconnus comme indispensables et essentiels dans cette spécialité. De même, au sein de la profession d'infirmier, apparaissent deux façons d'envisager le métier qui correspondent à deux champs d'applications distincts. D'abord, un champ d'application traditionnel qui se rapporte à la prescription médicale et à la maladie. Il situe l'infirmier dans un rôle d'exécutant des prescriptions ordonnées par les médecins, rôle essentiellement de technicien. Et ensuite, un deuxième champ plus récent et qui s'est particulièrement développé dans le domaine de la psychiatrie. Celui-ci repose sur le savoir propre de l'infirmier, sur une démarche de soins orientée sur la personne malade et basée sur la relation au patient ainsi que sur l'écoute et la communication. Il donne à l'infirmier une plus grande autonomie et ne cantonne pas ce dernier à un rôle de simple exécutant mais le replace comme un acteur essentiel au sein d'une équipe pluridisciplinaire avec sa propre expertise et ses compétences reconnues de tous. De plus, il nous semble évident qu'il existe



une corrélation entre le type de tâches réellement exécutées par les infirmiers et l'importance qu'ils accordent à ces mêmes tâches dans la manière dont ils définissent et conçoivent leur fonction.

Intéressons-nous à présent aux représentations du rôle d'un service de psychiatrie au sein d'un hôpital général. Pour la plupart des personnes interrogées, il est considéré comme un lieu fermé et isolé, dont la fonction principale est la mise à l'écart et la gestion des patients difficiles. Cette perception nous renvoie, au delà de la volonté de protéger le patient, à la nécessité d'enfermer les malades mentaux et autres individus dont le comportement est jugé inadéquat, afin de les tenir éloignés du reste de l'hôpital. Comme nous pouvons le constater, ces préoccupations sécuritaires ne sont pas très éloignées de la période du grand enfermement décrite par Michel Foucault dans son livre « *La folie à l'âge classique* ». Pour rappel, dans celui-ci, il nous apprend que le fou était interné aux côtés des oisifs, des débauchés, des vénériens, des homosexuels, des délinquants, des marginaux et des mendiants, dans de grands centres fermés. La mission de ceux-ci, outre le fait de tenir à l'écart cette population encombrante, était de redresser et de faire travailler ceux qui pesaient comme une charge ou comme une menace pour la société. La folie en était réduite à la déraison et se fondait de ce fait avec tout ce qui marquait un écart par rapport à la norme sociale de l'époque. M. Foucault nous démontre que l'internement, à l'âge classique, n'avait donc pas une visée médicale, mais un objectif à la fois sécuritaire, moral, social et économique. Nous terminerons ce chapitre en soulignant la position très inconfortable d'un service de psychiatrie en hôpital général, car se situant au confluent de deux logiques. D'une part, la logique médicale, axée sur le soin et qui donne une réaction immédiate face à une problématique de santé. Cette réponse peut être médicale ou chirurgicale et dans la plupart des cas, elle sera génératrice de soins infirmiers, purement techniques. Et d'autre part, la logique que nous nommerons psychiatrique, axée sur la personne et son histoire et qui se base sur une approche relationnelle et pluridisciplinaire. Celle-ci utilise comme outils, l'observation, l'écoute, la parole et la relation d'aide. Elle nécessite également avant toutes actions thérapeutiques, une analyse attentive de la demande et la mise en place d'un cadre où le patient sera considéré comme partenaire et acteur de ses soins. Ces actions visent à amener ce dernier vers un équilibre lui assurant un meilleur confort de vie et une meilleure insertion dans le milieu social. Nous pensons que cette opposition de logiques, ainsi que la différence de conception des soins qui en résulte, peuvent être à l'origine de questionnements, d'incompréhensions, de désintérêts voire de jugements dépréciateurs des services généraux vis-à-vis du service de psychiatrie.

## **5. Confrontation des hypothèses et des résultats**

### **5.1. Première hypothèse**

Compte tenu des résultats précédents, il semble que notre première hypothèse soit validée, à savoir que « *l'image attachée aux maladies mentales, aux structures et aux personnels soignants spécialisés dans le traitement de ces troubles reste profondément négative dans l'esprit des autres professionnels de santé des services généraux* ». En effet, nous avons pu constater au travers de notre recherche, qu'il existe une stigmatisation importante du malade mental dont les représentations, associées aux formes graves des troubles psychiatriques, sont fortement liées aux notions de dangerosité et d'incurabilité. A mi-chemin entre le médical et le social, celui-ci éprouve également beaucoup de difficultés à se défaire de son étiquette de cas social.

Autre constatation, le service de psychiatrie n'est pas considéré comme un lieu de soins mais essentiellement comme un lieu d'enfermement et de mise à l'écart pour les personnes souffrant de maladies mentales mais aussi pour les individus dont le comportement est jugé en dehors des normes acceptables, en services généraux.

Quant au rôle des soignants dans ce secteur, il est porteur d'items globalement négatifs en termes de lisibilité de soins, de charge de travail vécue comme moins importante et de valorisation de l'activité, faible consommatrice d'acte faisant appel aux techniques infirmières.

### **5.2. Deuxième hypothèse**

En ce qui concerne notre deuxième hypothèse « *les représentations sociales du travail de l'infirmier en psychiatrie entraînent sa méconnaissance et sa dévalorisation de la part des soignants en soins généraux.* » nous pouvons considérer qu'elle est également validée. En effet, nous avons pu observer lors de notre recherche que le travail des soignants en psychiatrie était porteur de représentations plutôt négatives et dévalorisantes. Leur rôle est assimilé à du simple travail de surveillance et de gardiennage demandant peu de qualification. De plus, en raison du peu d'actes techniques posés dans ce secteur, leur fonction est jugée peu

intéressante et peu valorisante avec de surcroît un risque de perte de savoir pour le personnel infirmier. De même, confrontée à des récurrences nombreuses et à des résultats peu visibles, leur activité est considérée comme décourageante et démotivante ; certains allant même jusqu'à s'interroger sur l'utilité de celle-ci. Cependant, nous avons pu mettre en évidence qu'une grande majorité des personnes consultées lors de notre enquête reconnaît la difficulté d'exercer dans le domaine de la psychiatrie. La pénibilité ne viendrait pas de la charge de travail, estimée comme légère, mais bien des risques d'agression auxquels le personnel, évoluant en milieu perçu comme hostile, doit faire face au quotidien.

### 5.3. Troisième hypothèse

Pour ce qui est de notre troisième hypothèse « *le fonctionnement du service de psychiatrie et les relations de celui-ci avec l'environnement hospitalier sont fortement influencés par les représentations sociales des différentes équipes et des membres de chacune d'entre elles* » nous pensons qu'au regard des résultats obtenus lors de notre expérimentation, elle se confirme tout à fait. Comme nous l'avons vu dans notre enquête, le service de psychiatrie est avant tout considéré comme un lieu d'enfermement et non comme un lieu de soins. Il lui est demandé de prendre en charge, outre ses propres patients, les patients perturbés ou perturbants des autres services hospitaliers. Cette pratique oblige le service de psychiatrie à fonctionner comme une structure isolée et fermée, qui tend à vivre repliée sur elle-même et dont la principale mission est d'accueillir des situations pathologiques difficiles. L'aspect carcéral est ainsi mis à l'avant-plan, sans pour autant que cela émane d'une volonté délibérée du personnel de l'unité. Au sein de celle-ci, le soignant est alors perçu comme un gardien, un surveillant ce qui peut altérer fortement la relation thérapeutique avec le patient. De plus, le personnel finit lui-même par se sentir persécuté par les demandes des patients. Qu'il soit en entretien, en train de réaliser un soin délicat, de donner un bain, de préparer un traitement, d'animer un groupe ou de s'accorder une pause café, à tout moment, il peut être interpellé pour aller ouvrir la porte d'entrée. L'ensemble de l'équipe soignante souhaiterait travailler dans un service « ouvert », d'une part dans un souci de plus grand respect des droits du patient, mais également dans le but d'améliorer les prises en charge proposées dans le service. En ce qui concerne les patients, la plupart de ceux-ci vivent difficilement le fait d'être hospitalisé dans un service « fermé ». La fermeture des portes du service oblige le patient à être constamment demandeur. A chaque fois qu'il désire sortir de l'unité, il doit justifier sa sortie et demander à

un membre du personnel de lui ouvrir la porte. De même, lorsqu'il revient, il doit sonner et attendre qu'un soignant soit suffisamment disponible pour lui ouvrir. On peut considérer que cette pratique crée une véritable relation de dépendance vis-à-vis de l'équipe soignante. En effet, à la régression souvent liée à sa pathologie, s'en ajoute une autre induite par le service et son fonctionnement.

## **6. Service ouvert, porte fermée**

L'apprenti chercheur que nous sommes pourrait sembler comblé avec de tels résultats. En effet, toutes nos hypothèses semblent validées et à ce stade nous pourrions aisément passer à la conclusion de notre travail. Cependant, nous avons choisi de prolonger plus avant notre réflexion pour nous intéresser à un des éléments les plus représentatifs de cette stigmatisation dont sont victimes la psychiatrie, ses usagers et ses acteurs de soins : la fermeture des portes et la notion d'enfermement qui en découle. Pour ce faire, dans un premier temps, nous avons choisi de porter notre attention sur les fonctions d'une porte fermée au sein du service de psychiatrie. Nous analyserons ensuite les répercussions qu'entraîne cette pratique sur les patients et sur l'activité des soignants mais également par rapport aux autres services généraux de l'hôpital. Pour terminer, nous aborderons les modifications et les perspectives qu'engendrerait une hypothétique ouverture des portes du service.

### **6.1. Quelle est la fonction d'une porte fermée dans notre service ?**

En général, la fonction (première acceptation de la notion de fonction : *comment ça marche*) de toute porte fermée est de signaler l'impossibilité de passer d'un espace à un autre, à l'endroit même où ce passage est prévu. De même, une porte est une ouverture pratiquée sur la frontière séparant deux mondes et ce afin de permettre la circulation entre ceux-ci. Fermer cette dernière revient dès lors à signaler explicitement une réduction de la liberté de circulation entre les deux espaces concernés. On ne pourra donc pas entrer ou sortir à sa guise. La porte, et sa possibilité d'être fermée ont aussi pour fonction de protéger, de mettre à l'abri que ce soit son intimité ou ses biens. Elle sert de filtre nous permettant de sélectionner les éléments qui peuvent ou non circuler au sein de la relation dedans-dehors. Cependant dans

notre service, les fonctions dont nous venons de parler, doivent être entendues également dans la deuxième acceptation du terme « fonction », c'est à dire non pas seulement « *comment cela fonctionne* », mais aussi, « *en vertu de quoi cela fonctionne* ».

En premier lieu, si l'on fait appel à l'histoire de la psychiatrie, la porte fermée n'est pas sans rappeler l'enfermement asilaire, et donc au même titre, les vagues contestataires des années 1960-70 et plus précisément les questions posées sur l'utilité de l'enfermement comme forme thérapeutique. Ainsi les hauts murs, les grilles et les portes fermées étaient justifiées par un isolement des personnes souffrantes pouvant leur apporter la guérison. L'arrivée des médicaments et la mise en cause de l'enfermement institutionnel ont montré l'inadéquation de cette démarche. Une autre fonction historique des portes fermées en psychiatrie en est la contention. En effet, celles-ci permettaient, dans un but sécuritaire, de protéger les personnes malades ainsi que leur entourage, de comportements violents dus à la maladie, elles permettaient aussi, de mettre à l'écart des formes de comportement entendues comme déviantes et parfois honteuses.

Ces fonctions historiques des portes fermées ont-elles persisté ? Avons-nous à protéger ou nous protéger des personnes hospitalisées dans notre service (contention) ? La fermeture de la porte du service peut-elle apporter une amélioration dans la prise en charge des patients hospitalisés et avoir un effet bénéfique vers une éventuelle guérison de ceux-ci (thérapeutique) ? Voici quelques questions auxquelles nous allons tenter de répondre.

En ce qui concerne la contention, notre service fait partie d'un ensemble hospitalier, au sein duquel, il a été régulièrement question du comportement non conforme des personnes hospitalisées. Avouée ou non, la porte fermée a donc pour fonction de contenir à l'écart de l'hôpital, les personnes qui ont un comportement considéré comme inadéquat. Elle rassure donc le personnel soignant d'autres unités de soins qui, ne sachant pas faire face à certaines formes de comportement, voit dans l'hospitalisation derrière une porte fermée une solution de choix. Ainsi, elle marque une différence de plus entre le service de psychiatrie et les autres services de l'institution. Si la porte est fermée, on a un contrôle plus aisé, si pas complet, du comportement des patients. Pouvoir contrôler les allées et venues est donc aussi une de ses fonctions et un élément rassurant pour le personnel, dans la gestion, par la contention, des comportements pouvant mettre en danger l'intégrité des personnes : tentatives de suicide, prises de médicaments, alcoolisation, ... Elle peut aussi être la garantie permettant à certains soignants d'engager leur responsabilité face à des formes de pathologies psychiatriques qui seraient difficilement gérables dans un service ouvert. L'articulation de la porte fermée à la finalité contention rassure également, d'après leur propre témoignage, des patients se sentant

incapables de faire face à leurs problématiques sans la présence d'un moyen faisant barrage à celles-ci. « *Si la porte était ouverte, je filerais au premier bistrot ...* », « *Si on peut sortir comme on veut, on est plus facilement exposé aux tentations, ici on est protégé* », disent certains d'entre eux.

En ce qui concerne le but thérapeutique de l'enfermement, la mise à l'écart derrière une porte fermée, de manière temporaire, semble faire partie de démarches thérapeutiques concernant notamment le traitement des assuétudes (sevrages) ou des troubles alimentaires. Cependant, le contrat passé avec le patient en début d'hospitalisation, ne devrait-il pas suffire au projet thérapeutique ?

Nous pouvons constater que, d'une façon peut-être adoucie, la porte fermée continue à être articulée, en tant que fonction, aux finalités historiques annoncées plus hauts : isoler, contenir, contrôler, soigner.

## 6.2. Quelle serait la fonction d'une porte ouverte dans notre service ?

De même que la réponse donnée à la question précédente, celle-ci doit tenir compte de la fonction comme articulation. De manière hypothétique, la porte ouverte permettrait certaines choses, mais « ouvrirait » en même temps l'espace à d'autres problèmes.

L'ouverture de la porte permettrait d'abord d'effacer une des grandes différences entre notre service et les autres services hospitaliers, l'hospitalisation en psychiatrie n'impliquerait plus l'enfermement. Et donc, il ne serait nécessairement pas l'endroit où l'on peut envoyer ceux qui ne savent pas se tenir. Elle permettrait aussi de libérer le personnel et les patients des contraintes liées à l'ouverture et à la fermeture de la porte. Beaucoup, parmi les membres du personnel, se plaignent de voir à certains moments, leurs rôles réduits à ceux d'un portier ou pire encore, à ceux d'un geôlier. Les patients, eux, se plaignent de longues périodes d'attente devant la porte pour entrer ou sortir du service. Certaines tensions, liées au contrôle de la circulation des personnes, pourraient également être éliminées : « *Ce patient est-il en sortie autorisée ou interdite ?* », « *Peut-il sortir dans l'enceinte ou à l'extérieur de l'hôpital ?* ». La réduction de cette charge de travail considérable mais peu intéressante, libérerait du temps pour d'autres formes d'interactions. Certains projets thérapeutiques seraient basés non plus sur une contrainte matérielle, mais plutôt sur un engagement mutuel, le contrat thérapeutique, plus proche d'une relation entre partenaires libres. Dès lors, la contention rassurante pour

certain patients (mentionnée plus haut) n'aurait pas lieu, impliquant éventuellement un plus grand engagement de leur part dans leur projet d'hospitalisation, leur séjour allant bien au-delà de la simple question de refuge dans le service de psychiatrie.

Cependant, l'ouverture des portes poserait certains problèmes. En ce qui concerne la prise en charge des patients au sein même de notre service, celle-ci ajouterait de nouvelles complications dans la protection des personnes ayant un réel besoin de contention, sous risque de mettre leur vie en péril. Cela nécessiterait une augmentation de l'attention et de la surveillance du personnel à l'égard de ces derniers ou, à la création de moyens infra-structuraux permettant de faire face aux particularités de leur hospitalisation. Nous pourrions aussi assister à une augmentation importante du nombre de patients mis en observation au départ de notre unité, la gestion de ceux-ci devenant trop problématique dans une structure ouverte. Elle signifierait donc la disparition d'un élément d'assurance pour l'équipe soignante, se sentant davantage responsable, à l'égard des personnes hospitalisées et des actes qu'ils pourraient éventuellement commettre à l'extérieur de l'unité.

L'ouverture du service entraînerait également une diminution du contrôle de la circulation des personnes. Cela pourrait poser quelques difficultés par rapport au reste de l'hôpital. Mais quelle légitimité doit-on donner à la crainte concernant la libre circulation des patients psychiatriques dans notre institution ? Pour rappel, notre unité de soins est en principe une structure ouverte qui n'accueille pas de patients sous contrainte. La fermeture des portes nous place en quelque sorte hors du cadre légal puisqu'elle nous oblige à ne pas respecter le régime d'hospitalisation des personnes admises dans notre service. Il nous semble incongru de continuer à tolérer que des personnes en hospitalisation libre soient privées de leurs droits fondamentaux et de leur liberté d'aller et venir. Dès lors, quel sens donner à une hospitalisation libre lorsqu'on lui oppose des interdictions non préalablement consenties, et que l'on s'autorise à tenir sous clé des usagers sous le seul prétexte de leur mauvaise réputation ? Nous pouvons constater qu'une fois de plus, la psychiatrie a des difficultés à se détacher de son rôle traditionnel et historique de protecteur et de régulateur de la société face aux personnes ayant recours à des modèles de conduite se situant en dehors de la norme, à la marge de ce qui est permis. Il nous semble évident que ce détournement et cette usurpation de la fonction de notre service sont induits par l'hôpital général qui a créé au sein même de ses murs un espace et un système institutionnel excluant.

En résumé, nous pouvons dire que la porte fermée renvoie à une image archaïque de la psychiatrie. Cette pratique stigmatise les patients qui supportent très mal ce sentiment de privation de liberté. Ces derniers se sentent exclus et porteurs d'une étiquette, ce qui ne fait qu'exacerber leur souffrance psychique. De plus, la porte close marque et accentue la frontière entre le dedans et le dehors, entre le normal et le pathologique, entre le refuge et la jungle, entre le cocon et la dure réalité de la vie. Elle augmente également la perception de peur que la psychiatrie suscite encore, tant au niveau des familles, du public en général et des autres services hospitaliers. Ainsi, dans l'esprit de beaucoup : « *Si la porte est fermée, c'est qu'il y a effectivement du danger...* ». Mais la fermeture du service nous invite surtout à un questionnement éthique par rapport aux droits des patients. En effet, le respect des droits fondamentaux tels que la liberté individuelle, le droit d'aller et venir sans entrave, la sécurité et la dignité de la personne hospitalisée composent la pierre angulaire sur laquelle doivent s'appuyer le personnel soignant et les professionnels de la santé dans leur action. Cependant le recours systématique à l'enfermement pour les patients séjournant en psychiatrie, comme il est pratiqué dans notre institution, nous semble incompatibles voire en opposition avec la promotion de ces valeurs. De plus, comme nous l'avons décrit précédemment le non-respect du régime d'hospitalisation libre nous place en totale illégalité par rapport à la législation en vigueur dans ce domaine. Pour toutes ces raisons, nous estimons que l'ouverture des portes de notre service est le projet que nous devons mener en priorité. Celui-ci s'inscrit comme une des étapes essentielles dans un processus dé-stigmatisation visant à rompre l'isolement avec l'extérieur, à promouvoir une autre image de la psychiatrie et de ses pratiques ainsi qu'à garantir le respect des droits de ses usagers et ce en conformité avec les textes légaux. Nous pensons que notre recherche et le constat qu'elle dresse, pourraient être le point de départ d'une réflexion d'équipe devant aboutir à la réalisation d'un projet concret d'ouverture des portes de notre service. Celui-ci devra faire l'objet d'une démarche concertée avec les autres partenaires de l'institution afin de cerner et de mieux comprendre les réticences rencontrées ainsi que les enjeux soulevés par cette question. Il devra tenter également de tenir compte et de concilier les préoccupations sécuritaires de certains avec le respect du cadre légal dans la mise en place de référentiels et de guides de bonnes pratiques. Ces différentes procédures élaborées par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire nécessiteraient l'écriture d'un règlement interne validé par l'institution et approuvé par les instances dirigeantes de l'établissement. Pour conclure, l'ouverture de notre service permettrait à celui-ci de se réapproprier son statut et sa fonction de milieu de soins et non plus seulement de lieu



d'enfermement. En devenant une structure plus accueillante et plus accessible, la psychiatrie pourrait recevoir un regard plus positif, ce qui devrait permettre d'estomper les barrières et surtout de restaurer un dialogue plus égalitaire avec les services généraux.

## **7. Conclusion et perspectives**

Nous arrivons à présent au terme de notre travail. Si celui-ci nous a permis de lever une partie du voile concernant les représentations sociales de la psychiatrie, il nous invite surtout à réfléchir en termes de projets et d'actions concrètes à mener afin de modifier cette mauvaise réputation qu'elle traîne derrière elle. Ainsi, depuis plusieurs années, notre service s'est attaché à développer au sein de notre institution une politique d'ouverture visant à démystifier et à promouvoir une autre image de la psychiatrie. Pour ce faire, nous avons multiplié les séances d'informations destinés à l'ensemble du personnel, soit par la publication d'articles dans la revue de l'hôpital ou soit par l'organisation de conférences sur des thématiques psychiatriques. De même, à plusieurs reprises, nous avons présenté notre service et certaines de ses activités aux réunions d'infirmiers en chef. Nous avons également organisé deux expositions d'œuvres réalisées par nos patients ainsi que plusieurs marchés de Noël dans le hall de l'hôpital. Ces manifestations ont d'ailleurs connu un certain succès au niveau local grâce notamment à la parution d'articles de presse et à un reportage réalisé par une télévision régionale. A l'avenir, nous envisageons également d'ouvrir certaines de nos réunions consacrées à des études de cas et habituellement réservées aux membres de notre équipe, au personnel des autres services de l'hôpital. De plus, il nous semble qu'un travail important reste à faire en termes de formation continue auprès des professionnels qui exercent en soins généraux. En effet, nous avons remarqué que, jusqu'à présent, les sujets psychiatriques étaient pratiquement absents de tous les programmes de formation interne destinés au personnel hospitalier. Nous pourrions développer ceux-ci en collaboration avec le cadre chargé de la formation permanente au sein de notre institution.

Nous pensons que toutes ces initiatives doivent aussi s'accompagner d'une action sur l'enseignement de base des infirmiers afin de sensibiliser ces futurs praticiens à la spécificité du travail en psychiatrie. C'est pourquoi nous comptons développer davantage notre partenariat avec l'école d'infirmière, implantée sur le site même de l'hôpital. Dans ce cadre,

depuis septembre 2009, nous organisons pour les élèves bacheliers de deuxième année une visite de notre unité. Celle-ci est suivie d'une petite présentation sur les pathologies mentales rencontrées ainsi que sur les différents modes de prise en charge de celles-ci. Nous avons observé qu'ainsi informés, les étudiants abordaient leur stage dans notre service avec beaucoup moins d'appréhension. Nous participons également à un groupe de travail et de réflexion, intégrant des cadres formateurs, des infirmiers et des cadres de terrain ainsi que des enseignants de l'école d'infirmière afin d'élaborer ensemble des objectifs de stage communs formulant des attentes en termes de connaissances théoriques, de capacités à développer et de compétences à mettre en œuvre. Sur le plan institutionnel, nous pensons que toutes ces initiatives amélioreront à terme la communication entre partenaires et secondairement la perception de notre service, grâce notamment aux différents réseaux d'échanges ainsi créés. Cependant, nous sommes conscients que des actions restent à imaginer et à mettre en œuvre pour faire connaître et surtout reconnaître de tous à la fois les pathologies mentales, les humains qui en sont porteurs et ensuite la spécificité du travail accompli quotidiennement par du personnel soignant qualifié et motivé, en quête de la juste reconnaissance qu'ils méritent.

### III. CONCLUSION GENERALE

La psychiatrie est un domaine où les représentations sociales sont fortes et multiples. Comme nous avons pu le constater au travers de notre recherche, l'image de la maladie mentale, de ses lieux de soins et de ses acteurs demeure fortement négative. Elle reste solidement liée à l'histoire de la folie ainsi qu'à l'existence de l'hôpital psychiatrique et des notions d'enfermement qui l'entourent. Mais à ces visions archaïques, qui font encore peur, d'une psychiatrie asilaire qui interne, enferme et drogue des individus dangereux, est venu s'ajouter celle d'une psychiatrie susceptible d'apporter un soulagement au mal-être social. C'est ainsi qu'elle se trouve de plus en plus souvent confrontée à des situations qui vont bien au-delà de la maladie mentale grave et confirmée, et qu'elle est amenée à apporter de façon croissante des réponses dans le vaste domaine de la santé mentale du citoyen. Cependant, alors que la souffrance force traditionnellement le respect d'autrui, la souffrance psychique engendre plutôt rejet, crainte et exclusion. Le malade mental est considéré en quelque sorte comme un malade de « seconde zone », un sous-malade ne dépendant pas vraiment du domaine médical mais faisant davantage référence au champ social. Nous en voulons pour preuve les différences de considération observées entre les patients relevant des soins généraux et ceux relevant de la psychiatrie. Quant aux soignants, ils sont également victimes de cette même discrimination, leur activité, jugée peu pénible, étant assimilée à un simple travail de surveillance demandant peu de compétence technique, donc peu valorisante. Tout au long de son histoire, la psychiatrie a assuré une fonction protectrice vis-à-vis de la société en éloignant de celle-ci tous les individus ne correspondant pas à la norme de l'époque. Au sein même de l'hôpital général, nous avons pu observer que le service de psychiatrie continue à jouer un rôle identique. On lui demande en effet de prendre en charge mais surtout de tenir enfermés à l'écart du reste de l'institution les patients psychiatriques perçus comme potentiellement dangereux et perturbateurs pour les autres services. A partir de ce constat, nous comptons développer toute une série d'initiatives visant à dé-stigmatiser la maladie mentale et à promouvoir une autre image de la psychiatrie et de ses soignants, plus conforme à la réalité et la spécificité de ce domaine. Ce n'est qu'à ce prix qu'ils pourront enfin se débarrasser de cette mauvaise réputation qu'ils traînent derrière eux depuis de bien trop longues années.

## IV. BIBLIOGRAPHIE

### Livres :

Abric J-C, *Pratiques sociales et représentations*, Paris, édition PUF, 1994, 249 pages.

Beauvue-Forgeyrollas C., *Les infirmiers en psychiatrie et la folie*, Paris, édition Lamarre, 1991, 238 pages.

Foucault M, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, édition Plon, 1961, 672 pages.

Foucault M, *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974*, Paris, édition Gallimard, 2003, 393 pages.

Goffman E, *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, édition de Minuit, 1968, 447 pages.

Goffman E, *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Paris, édition de Minuit, 1976, 175 pages.

Jodelet D, *Les représentations sociales*, Paris, édition PUF, 1991, 358 pages.

Merkling J, *Le métier d'infirmier en santé mentale*, Paris, édition Seli Arslan, 2007, 318 pages.

Moscovici S, *Psychologie sociale*, Paris, édition PUF, 1984, 335 pages.

Petit Robert, *Dictionnaire de la langue française*, Paris, Dictionnaires Le Robert, 2000, 2175 pages.

### Reuves :

Araque W, « Une histoire de la santé mentale », Ligue Wallonne pour la santé mentale, Namur, 2001, 99 pages.

Barbier D, « Le plus beau métier du monde », in Santé mentale, n°66, avril 2002, pp 30-33.

Lanteri-Laura G, « Evolution des représentations de la folie dans la société contemporaine », in Revue pratique de Psychiatrie, n° 1, 1991, pp 21-30.

Merkling J, « Le rôle propre fait-il autorité ? », in Soins Psychiatrie, n° 234, septembre-octobre 2004, pp 16-19.

Moreau D, « Peur et folie », in Soins Psychiatrie, juin-juillet 1998, n° 92, pp 9-14.

**Internet :**

Lagler C, « Description de la fonction infirmière en psychiatrie dans sa généralité », <http://www.infirmier.com/carr/psychiatrie/infirmiere-psychiatrie.php>, consulté le 12/05/2008, 5p.