

Institut de Formation en Soins Infirmiers Henry DUNANT

Boulevard du General de Lattre de Tassigny

65000 TARBES Cedex 09

Le soignant en prise avec les représentations sociales...



« Mémoire de Fin d'Etudes en vue de la validation des UE 3.4, 5.6 et 6.2 »

BOSC Nikolas

Promotion 2013-2016

Plan

Introduction	1
Partie 1 : De la situation d'appel à la question de départ	2
1. Description de la situation d'appel	2
2. Analyse et questionnement	3
3. Problématique et question de départ.....	5
Partie 2 : Cadre théorique	5
1. Les représentations sociales.....	5
1.1 Définition et introduction du concept.....	5
1.2 Structure et fonctionnement des représentations sociales	6
1.3 Représentation sociale de la psychiatrie	7
2. La psychiatrie	8
2.1 Définition	8
2.2 Historique de la psychiatrie depuis le moyen-âge	9
2.3 La psychiatrie moderne	13
3. Choix et motivation de l'exercice professionnel	14
3.1 Exercice professionnel infirmier	14
3.2 Le Choix	14
3.3 Les Motivations	15
Partie 3 : Phase exploratoire	16
1. Présentation du dispositif et des modalités d'enquête	16
1.1 Présentation	16
1.2 Choix et construction de l'outil d'enquête	16
1.3 Choix des lieux et des populations	17
1.4 Modalités de construction.....	17
1.5 Modalités de réalisation.....	17
2. Analyse des données recueillies	18
3. Synthèse, limites et apports	20
4. Problématique, question de recherche, hypothèse	21
Conclusion	22
Bibliographie	23
Liste des annexes	26
Remerciements	38

Introduction :

Mon entrée en formation infirmière, fut pour moi un tournant décisif, qui marquait le début d'une reconversion professionnelle dont j'étais très fier. En effet d'aussi loin que je me souviens, j'ai toujours eu le désir d'aider les personnes. Je voulais faire un métier utile, qui ait du sens. Cependant les aléas de la vie, ont fait que je réalise ce projet un peu plus tardivement que d'autres.

Ma première année s'est bien passée. Les enseignements théoriques reçus et les stages effectués concrétisaient mon envie d'être infirmier.

Puis en deuxième année, je me souviens alors que le plaisir que j'avais d'aller en stage, s'atténuait progressivement à l'approche du stage de psychiatrie. « Non je ne veux pas y aller ! », je ne saurais vous dire le nombre de fois que cette phrase a raisonné dans ma tête. Et maintenant, vous vous apprêtez à lire un travail de fin d'études sur la psychiatrie, devenue mon projet professionnel. Je me rends compte aujourd'hui du chemin parcouru...

Au cours de la formation, j'ai rencontré de nombreuses situations qui m'ont posé de nombreux questionnements. Cependant j'ai choisi de développer ici, dans ce travail d'initiation à la recherche, la situation qui m'a pour ainsi dire, interpellé plus que les autres et qui je crois me « questionnera » tout au long de ma carrière professionnelle d'infirmier.

Je me rappelle par exemple, des formateurs nous répétant sans cesse, être infirmier : c'est avoir une posture réflexive ! Je voyais alors en cela, une simple manière de nous dire de réfléchir avant d'agir. En élaborant ce travail, je réalise combien cette « réflexivité » est essentielle dans notre pratique infirmière. Elle m'a ouvert les yeux sur la prise en charge des patients, m'a amené à une remise en question régulière de ma pratique. Pour résumer cette réflexivité m'a conduit à adopter une posture professionnelle infirmière.

En première partie de ce travail d'initiation à la recherche, portant sur les représentations sociales de la psychiatrie, je vous ferai part de la situation d'appel vécue en stage ainsi que du questionnement qu'il a suscité. Puis dans une deuxième partie, j'aborderai le cadre théorique qui éclairera la situation et proposera des éléments de réponse. Enfin dans une dernière partie, une enquête exploratoire me permettra d'analyser plus finement cette situation pour proposer une conclusion.

Partie 1 : De la situation d'appel à la question de départ

1. Description de la situation d'appel

Lors de ma deuxième année de formation, je devais réaliser un stage en santé mentale au semestre 3. Peu avant le stage, je me suis interrogé et j'ai entrepris des recherches sur la psychiatrie. J'ai visionné quelques reportages relatant la vie de services de psychiatrie. Ayant déjà effectué 3 stages en 1^{ère} année, celui de psychiatrie a pour moi été une véritable source de questionnement quelque peu irrationnelle. Irrationnelle en effet puisque la seule idée de réaliser le stage de santé mentale, me faisait très peur !

Bon an, mal an, je me suis rendu sur mon lieu de stage, en service d'admission fermé. Le premier jour à 9H, accueilli par un responsable de l'intégration des étudiants infirmiers, dans une salle de conférence, j'assiste à une présentation de l'hôpital. Il m'accompagne ensuite dans le bureau du cadre supérieur de santé de mon pôle de référence. Celui-ci, me présente le secteur et le service dans lequel je vais réaliser mon stage, puis appelle la cadre de santé du service pour qu'elle vienne me chercher afin de me conduire dans le service et me présenter l'équipe.

Arrivé dans le service en fin de matinée, je commence à ressentir un certain mal-être que je ne sais pas vraiment expliquer. La cadre me présente à l'équipe soignante, puis me fait faire un tour du service. Elle me laisse seul quelques minutes pour répondre au téléphone. Je fixe du regard le couloir vétuste du service, puis je prends un bref moment pour observer les quelques patients que j'aperçois. Soudain un patient, Mr L, hospitalisé en soins sous contrainte, se place devant moi et répète avec insistance : « Je suis ici parce que je suis fou ! ». Je commence à paniquer « intérieurement », la peur se réinstalle rapidement, je commence à penser à ma sécurité. Je tremble un peu et commence à transpirer. J'ai peur que le patient devienne violent, j'ai peur de dire ou faire une chose qui pourrait envenimer la situation.

La cadre de santé me rejoint, celle-ci perçoit la peur que je ressens. Elle dit au patient en souriant « Soyez gentil, ne commencez pas à lui faire peur, sinon il ne reviendra pas demain ! ». Puis elle me reçoit dans son bureau. Nous avons un entretien, durant lequel elle m'explique les pathologies que je vais rencontrer dans le service. Elle me demande ensuite comment je me sens à l'approche de ce stage. Je lui fais part de mon sentiment, de mes

craintes. Elle me répond qu'il faut que je prenne le temps de m'intégrer au service, que j'apprenne à connaître les patients, les pathologies.

Elle me dit également qu'elle me recevra à la fin de la semaine pour faire un point. Puis elle m'accompagne vers la salle de soin et me laisse avec mon infirmière référente.

A 12H au moment du repas, le patient qui m'avait interpellé le matin, vient vers moi et me demande s'il peut me parler. Je lui réponds oui, et il commence par me présenter ses excuses. Il me dit : « Pardon si je t'ai fait peur tout à l'heure, c'était pour rigoler ! ». Je suis étonné et me détends, je me surprends même à rire avec le patient lors de ce bref entretien. Le reste du stage se passe très bien et pour reprendre la formule de la plupart des étudiants infirmier durant la formation : « j'ai une révélation », je me rends compte très rapidement que je souhaite exercer la profession d'infirmier en santé mentale.

Je m'attendais à effectuer un stage très difficile au regard de la peur que j'éprouvais, or, ce ne fut pas le cas, bien au contraire puisque ce stage a orienté mon avenir professionnel. Afin d'éclairer la situation et d'en comprendre mon interpellation et dans un souci de professionnalisation, j'ai construit ce travail en réfléchissant à la compétence 7 infirmière : Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle.

2. Analyse et questionnement

Ce qui m'a interpellé dans cette situation, est cette peur absolument irrationnelle que j'ai ressentie à l'approche du stage et qui s'est manifestée de manière incontrôlable et j'ose même dire « d'obsessionnelle », lors de cette confrontation avec ce patient. J'avais auparavant déjà réalisé trois stages en première année, pour lesquels je n'avais pas éprouvé de sentiments similaires. Je m'interroge donc sur les raisons de l'apparition de cette peur.

Pourquoi ai-je ressenti cette peur à l'approche du stage ?

Les reportages visionnés concernaient entre autres, des unités de malades difficiles (UMD), où sont pris en charge, des personnes qui : « *...présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique* ». (Code de la santé publique. Art L3222-3).

J'y ai découvert, une atmosphère que je qualifierai de « carcérale », puis cela m'a renvoyé une certaine agressivité, une violence de la part des patients, verbale surtout. **Ces reportages m'ont-ils en quelques sortes, conditionnés pour le stage ?**

Avant même cela, je me suis rendu compte qu'en évoquant la psychiatrie, le premier mot qui me venait à l'esprit était « fou ».

Je me rappelle également à mon plus jeune âge des remarques que j'entendais : « Celui-là est fou, il finira à l'asile ! ». **Etait-ce là, l'image ou la représentation que j'avais de la psychiatrie ?**

Cette peur s'est manifestée de manière incontrôlable lors de mon premier jour. En pleine réflexion sur le sujet, je me suis donc posé de nombreuses questions. En effet, j'ai reçu un accueil plutôt singulier. Contrairement à mes stages précédents, cet accueil fut long, environ deux heures et fut rythmé par des interventions successives de personnes. J'ai vécu cet accueil comme très protecteur et bienveillant, comme si les professionnels connaissaient le besoin de rassurer les étudiants infirmiers. **Cet accueil protocolaire et finalement « sécuritaire », n'a-t-il pas renforcé mes aprioris sur la psychiatrie ?**

En entrant dans le service, j'ai observé la cadre de santé qui, comme de façon automatique, s'est assurée de la bonne fermeture de la porte. En jetant un coup d'œil dans le couloir, je me suis retrouvé dans un service assez éloigné de ce que j'avais expérimenté auparavant comme lieu de soins, comme issu d'un autre temps. **Le travail en milieu fermé associé à la vétusté des locaux ont-ils renforcés mes craintes d'apprenant ? Les prises en soins des patients étaient-elles de qualité ?**

La peur s'est manifestée de manière très vive lorsque je me suis retrouvé face au patient, j'étais seul et le patient était un homme grand, costaud, la quarantaine et s'est positionné devant moi et m'a interpellé sans retenue. **Ces facteurs ont-ils contribué au sentiment d'insécurité que j'ai ressenti ?**

Face au patient, je suis demeuré passif, figé, incapable de répondre quoique ce soit ou d'instaurer une communication soignant/soigné. Principalement préoccupé par ma sécurité, la seule idée que le patient devienne violent me terrorisait davantage. **Ai-je fait un lien avec les reportages que j'avais vu et l'image négative qu'ils véhiculaient concernant l'agressivité des patients atteints de troubles psychiatriques ou encore avec certains faits divers dramatiques qui se sont produits dans la région ?**

Les professionnels qui m'avaient encadré lors de mes stages précédents, s'accordaient pour dire que j'avais de bonnes aptitudes relationnelles auprès des patients, en référence à la compétence 6 infirmière : Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins. J'ai cependant adopté un comportement très éloigné de la posture professionnelle infirmière et de mes valeurs de soignant lors de cette situation.

Je ne me suis même pas présenté. En effet, j'ai totalement négligé le patient, je n'ai pas été à l'écoute, je n'ai pas non plus fait preuve d'empathie et l'échange ne s'est donc pas fait.

Pourquoi n'ai-je pas observé une posture professionnelle ? En commençant ce stage, je n'avais eu pour seul apport théorique que les enseignements de l'unité 2.6 du semestre 2 : Processus psychopathologiques. **Le manque de connaissance des pathologies a-t-il influencé mon attitude dans cette situation ?**

3. Problématique et question de départ

Au regard de la situation et de ce questionnement a émergé une question de départ :

En quoi les représentations sociales de la psychiatrie influent-elles sur un choix d'exercice professionnel ?

De cette question de départ, quatre concepts principaux sont mis en lumière :

Les « représentations sociales », la « psychiatrie », le « choix » et l'« exercice professionnel ».

Partie 2 : Cadre théorique

Afin d'éclairer cette question de départ, je vous propose de traiter la partie théorique des concepts en débutant par le concept de représentations sociales, pour en comprendre le sens et les fonctions.

1. Les représentations sociales

1.1 Définition et introduction du concept :

Ce concept s'articule autour de deux mots, *représentation* et *social*.

La représentation, désigne étymologiquement : « ...*l'action de replacer devant les yeux de quelqu'un. La représentation apparaît d'abord comme une présentification : il s'agit de rendre quelque chose d'absent présent.*¹ ».

Le Larousse la définit comme une : « ...*perception, image mentale, dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet*². ».

Le mot social se définit comme : « *Se rapportant à une société, à une collectivité humaine considérée comme une entité propre*³. ».

Le concept de représentation sociale, est introduit en 1898, par Emile Durkheim, sociologue français, qui l'évoque d'abord en termes de « *représentations collectives*⁴ ». Il en donne la définition suivante : « *La représentation impose à l'individu des manières de*

¹ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Repr%C3%A9sentation>

² LAROUSSE. Représentations.

³ Ibid. Sociale.

⁴ DURKHEIM E. Représentations individuelles et représentations collectives. Revue de Métaphysique et de Morale. Tome VI, Mai 1898. p.1.

penser et d'agir, et se matérialise dans les institutions sociales au moyen de règles sociales, morales, juridiques⁵.».

Ce concept sera par la suite repris puis étudié par de nombreux auteurs dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle. J'en ai par conséquent sélectionné quelques uns qui font référence sur le sujet :

Pour Serge MOSCOVICI : « *Les représentations sont des formes de savoirs naïfs, destinées à organiser les conduites et orienter les communications⁶.*».

Selon Denise JODELET : « *La représentation sociale est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social⁷.*».

Enfin Jean-Claude ABRIC en précise le fonctionnement : « *La représentation sociale est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe, reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique⁸.*».

1.2- Structure et fonctionnement des représentations sociales :

Pour comprendre les représentations sociales, il faut en comprendre les fondements. Il me semble donc légitime de poser les questions suivantes : **Comment naissent et se développent les représentations sociales ? De quoi sont-elles constituées ? A quoi servent-elles ?**

Concernant leur origine, je retiens des sociologues qu'elles naissent au sein d'un groupe social. Il semblerait qu'elles soient issues, tantôt d'une image et tantôt d'un langage. MOSCOVICI ajoute : « *Les circonstances dans lesquelles naît une représentation sociale sont une affaire complexe, sans doute le plus souvent une image ou un nom propre servent-ils de déclencheur ou d'attracteur.* **Error! Bookmark not defined.**».

Quant à savoir de quoi elles sont constituées, les sociologues s'accordent sur la théorie du « *noyau central⁹* », introduite par ABRIC en 1976. « *Ce noyau est constitué de quelques éléments cognitifs (préjugés, stéréotypes, opinions, croyances, informations...), qui font l'objet de larges consensus dans le groupe porteur de la représentation. Les éléments du noyau sont ceux qui donnent à la représentation sa signification¹⁰.*» Ils sont qualifiés de stables, de non-négociables et d'organiseurs. Le noyau central définit donc

⁵ Cité par JOUET LE PORS M. La théorie des représentations sociales. 2006.

⁶ MOSCOVICI S. La psychanalyse, son image et son public. 1961. p. 39.

⁷ JODELET D. Les représentations sociales. Paris. PUF. 1989. p. 53.

⁸ Ibid. JODELET D. Les représentations sociales. Paris. PUF. 1989. p. 206.

⁹ www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=104&Itemid=28
¹⁰ http://geirso.uqam.ca/jirso/Vol2_Aout05/89Moliner.pdf

la représentation sociale. S'il se modifie de manière conséquente, la représentation sociale change complètement.

A ce noyau central, viennent ensuite se greffer des éléments dits « périphériques », à l'inverse, instables, négociables et qui n'organisent pas la représentation sociale. Ces éléments : « ...*absorbent les conflits entre la représentation et la réalité*¹¹ ». Pour résumer, plus ces éléments sont proches du noyau central, plus ils renforcent la représentation. Au contraire, s'ils s'en éloignent, ils ne seront pas retenus comme pertinents et seront apparentés à des stéréotypes ou images éphémères. Ces éléments ont donc une fonction de « tampon » puisqu'ils absorbent les différences nuisibles à la représentation sociale.

A propos des fonctions des représentations sociales, ABRIC, en retient quatre :

Une fonction de savoir : « *Elles vont permettre, de part leur contenus, à la fois de comprendre et d'expliquer la réalité*¹² ».

Une fonction identitaire : « *Les représentations sociales servent à définir l'identité sociale de chaque individu et ainsi préservent la spécificité des groupes sociaux*¹³ ».

Une fonction d'orientation des conduites et des comportements : « *Les représentations sociales vont permettre au sujet d'anticiper, de produire des attentes mais également de se fixer, ce qu'il est possible de faire dans un contexte social particulier*¹⁴ ».

Une fonction justificatrice : « *Elles peuvent aussi intervenir à posteriori et ainsi servir à justifier nos choix et attitudes*¹⁵ ».

Il résulte donc du concept, que la représentation sociale est un processus intellectuel qui permet de comprendre et de donner du sens à la réalité. De plus, elle constitue à elle seule, l'attachement social à un groupe, puisqu'elle est partagée. La représentation sociale est donc à la fois le produit du conscient issu de la « culture » du groupe au sens large, et de l'inconscient puisque qu'elle influence obligatoirement les comportements. Sur le point d'appartenir au groupe social des infirmiers, j'ai donc moi-même une représentation sociale de la psychiatrie commune aux infirmiers.

1.3- Représentation sociale de la psychiatrie :

Afin de connaître la représentation sociale de la psychiatrie, je me suis appuyé sur les résultats d'une étude, menée entre 1999 et 2003, par le CCOMS¹⁶ et la DREES¹⁷.

¹¹http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=104&Itemid=28

¹²Ibid.

¹³Ibid.

¹⁴Ibid.

¹⁵Ibid.

¹⁶ Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé

Cette recherche nommée : « *La santé mentale en population générale : image et réalité* ¹⁸ » portait sur un échantillon de 36 000 personnes âgées de 18 ans et plus en France. Les objectifs de cette recherche étaient d'évaluer la prévalence des troubles mentaux dans un premier temps et dans un deuxième temps, de cibler les représentations de la maladie mentale. Concernant mon travail de recherche, je me suis concentré sur le deuxième objectif.

Pour connaître la perception de la santé mentale de la population, les enquêteurs ont utilisé une méthode simple, basée sur 3 termes : « fou », « malade mental » et « dépressif ». Il s'agissait ensuite pour l'échantillon interrogé, d'associer ces termes avec des comportements sensés les représenter, comme par exemple : des comportements violents, bizarres, anxieux, suicidaires, négligés, tristes, délirants etc. ou des conduites addictives : toxiques, alcool etc.

Les enquêteurs souhaitaient savoir si la population associait ces comportements à un « fou », un « malade mental », un « dépressif » ou aucun des trois.

Les résultats, démontrent que le terme de « fou » est plus souvent employé que celui de « malade mental » en ce qui concerne le meurtre (environ 50%), tandis que le terme « malade mental » est davantage associé à la violence en général ou encore aux comportements bizarres, aux déficits intellectuels, aux délires, donc assimilé à des problèmes médicaux.

Bien que dans cette étude, les enquêteurs ont orienté les items de réponse, je l'ai trouvé très intéressante et je constate que les troubles mentaux ont une image négative qui demeure très associée à la violence auprès de la population et la psychiatrie s'en trouve de fait stigmatisée.

En deuxième partie, je développerai un historique de la psychiatrie, pour tenter de comprendre d'où sont issues les représentations sociales qui lui sont attachées.

2. La psychiatrie

2.1 Définition :

Le Larousse définit la psychiatrie comme une : « *Spécialité médicale dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales, des troubles psychologiques* ¹⁹ ».

¹⁷ Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation et des Statistique.

¹⁸ http://www.serpsy.org/actua_rapido/ER-347-Troub-ment-CCOMS-DREES.pdf

¹⁹ LAROUSSE. Psychiatrie

Selon l'OMS : « *Les troubles mentaux regroupent un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent. Ils comprennent par exemple la schizophrénie, la dépression, l'arriération mentale etc.*²⁰ ».

2.2 Historique de la psychiatrie depuis le Moyen-âge :

Rappelons tout d'abord, que dans le Moyen-âge chrétien, le terme de psychiatrie n'existe pas encore. On parle de « folie » qui définit un vaste ensemble de troubles dont souffrent des personnes. On distingue alors deux courants de pensée. Certains associent ces troubles avec une perception purement religieuse, tandis que d'autres, en ont une conception déjà médicale.

Le premier courant de pensée explique les troubles mentaux par : « *Une possession démoniaque, une manifestation du péché, de l'hérésie et envoie au bûcher*²¹ ». L'Eglise n'hésite donc pas à recourir à des exorcistes pour chasser le « diable au corps » des malades.

Le second, s'inscrit en opposition. Basé sur l'exclusion sociale, une prise en charge spécifique des malades s'esquisse : « *Le Moyen-âge organise l'incapacité civile du malade mental, mais oblige sa famille, si cela est possible, à en assurer la garde, le malade est parfois incarcéré dans les donjons. Il se retrouve aussi, comme les pauvres et les autres malades, dans les Hôtels Dieu*²¹ ».

Des moyens thérapeutiques se mettent en place pour prendre en charge les malades mentaux. La contention est utilisée de manière quotidienne pour éviter que les « fous » ne nuisent aux autres ou à eux-mêmes. A cela vient s'ajouter une pharmacologie de la folie divisée en calmants et toniques: « *...la manie, la mélancolie, l'épilepsie, la léthargie ont leurs médicaments à base de plantes (mandragore, belladone, absinthe, anis, ortie, coriandre, sauge etc.) sous forme de décoctions, infusions, sirops ainsi qu'huiles, onguents, cataplasmes, emplâtres sur le crâne préalablement rasé...*²² ». Bien que ces traitements médicamenteux soient opposés aux mesures « radicales » de l'Eglise, il va s'en dire que la prise en charge en était tout de même influencée, puisque les moyens employés sont souvent des « évacuants », pour extraire un certain mal entré dans le corps du malade.

Claude QUETEL, historien français du 20^{ème} siècle et spécialiste de la psychiatrie, en dresse une liste exhaustive dans son ouvrage intitulé : *Histoire de la folie, de l'antiquité*

²⁰ http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/

²¹ <http://www.ch-charcot56.fr/index.php/de-lantiquite-a-la-rennaissance.html>

²² QUETEL C. Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours. Paris. Texto. 2012. p.58

à nos jours : « ...des émétiques, tels que la noix vomique sont employés...des sternutatoires au poivre, des purgatifs en décoctions, les sangsues et les saignées entrent aussi dans l'arsenal des évacuants...²³ ». La folie, constitue donc un véritable paradoxe en ce sens, que le fou amuse (fête des fous, bouffons du roi) mais fait peur : « Il fascine mais il est aussi un objet de mépris, d'une main on le nourrit, tandis que de l'autre on le chasse²⁴ ».

La renaissance ne voit pas véritablement évoluer les pratiques thérapeutiques concernant la folie, contrairement à la médecine et à l'anatomie avec notamment la participation d'Ambroise PARE. L'exclusion et la contention des malades demeurent. Néanmoins, c'est toute l'idéologie autour de la folie qui est en pleine mutation : « Quelques grands médecins humanistes, Jean WIER (1515- 1588) et Juan VIVES (1492-1540), s'insurgent contre la pratique du bûcher appliquée aux Fous²⁵ ».

La folie devient davantage une : « méthode philosophique pour étudier le monde et ses paradoxes en s'affranchissant des convenances (Eloge de la folie – Erasme 1511) ²⁶ ».

Notons la création des premiers établissements destinés aux malades mentaux : « L'hospice St Jean de Dieu à Grenade (1537) et le monastère de Ste Marie de Bethléem à Londres (1547)²⁷ ».

Le 17^{ème} se veut, avec le concours du philosophe René DESCARTES et son fameux « Discours de la méthode », devenir celui de la raison. Le vaste concept de folie disparaît au profit de : « Déréason ». Michel FOUCAULT, philosophe, explique dans sa thèse en 1961 : *Histoire de la folie à l'âge classique*, les conditions d'exclusion et d'enfermement des fous. « Il s'agit d'un écart à la norme familiale, sociale, morale²⁸ ». Il n'est donc plus fait de distinguo entre la maladie purement mentale, et les conduites marginales : « La déraison regroupe tout ce qui contrevient aux bonnes mœurs : paresse, vice, débauche, libertinage²⁹ ». Le fou est donc « relâché » et se mêle à la population pendant près de 20 ans. Puis une augmentation croissante de personnes qualifiées d'« insensés », dépourvues de raison, mêlant aussi bien fous, mendiants que vagabonds, s'expliquant par un contexte de guerres, commence à effrayer les populations. Un plan dit de « grand Renferment » est alors proclamé en 1656 en France. L'hôpital général de Paris voit le jour. S'ensuit la

²³ Ibid. p.58.59

²⁴ Ibid. p.69

²⁵ <http://www.ch-charcot56.fr/index.php/de-lantiquite-a-la-renaissance.html>

²⁶ [http://www.uvp5.univ-](http://www.uvp5.univ-paris5.fr/wikinu/docvideos/Grenoble_1011/bougerol_thierry/bougerol_thierry_p01/bougerol_thierry_p01.pdf)

[paris5.fr/wikinu/docvideos/Grenoble_1011/bougerol_thierry/bougerol_thierry_p01/bougerol_thierry_p01.pdf](http://www.uvp5.univ-paris5.fr/wikinu/docvideos/Grenoble_1011/bougerol_thierry/bougerol_thierry_p01/bougerol_thierry_p01.pdf)

²⁷ Ibid.

²⁸ <http://culture.univ-lille1.fr/fileadmin/lina/lina60/lina60p08.pdf>

²⁹ Ibid.

création de nombreux autres dans les régions. Mais cette refonte hospitalière se base sur l'enfermement et le travail forcé, au détriment d'une véritable prise en charge des insensés.

Au 18^{ème}, la naissance de la médecine des aliénés, issue du courant philanthropique caractérisée par : « *Une répugnance innée à voir souffrir son semblable*³⁰ » modifie la prise en charge des insensés. NECKER en 1777, alors contrôleur des finances, découvre « *les insensés, leurs cachots et leurs chaînes*³¹ ». Le mauvais état des hôpitaux est partout dénoncé. En 1785, une circulaire instaure la prise en charge des insensés, dans des établissements spécifiques. Marquée des empreintes de la Révolution, la société dans un esprit de réformes et de progrès, engage un nouveau plan hospitalier sur les modèles européens. Se profile donc la création de ce que l'on appellera « asiles ».

Philippe PINEL, précurseur de la psychiatrie en France, est alors nommé en 1793 en tant que médecin des aliénés de Bicêtre puis de la Salpêtrière en 1795. Il réforme la prise en charge des aliénés en les libérant de leurs chaînes. PINEL sera reconnu comme le premier « aliéniste ». ESQUIROL qui fut son élève, le rejoint. Les maladies mentales sont désormais reconnues. On ne parle plus de « fous » mais de « malades ». PINEL, dans son *traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, explique et développe les pathologies : « *Le terme de manie indique plus particulièrement un délire général avec plus ou moins d'agitation ou un état de fureur...*³² ». Il préconise le traitement moral en lieu et place des moyens thérapeutiques d'alors. Selon lui : « *...le médecin devait comprendre la logique du délire de son patient, puis s'appuyer sur le reste de raison demeurant chez tout aliéné pour le forcer peu à peu à reconnaître ses erreurs, en usant du dialogue mais aussi, au besoin, de son autorité*³³ ». FOUCAULT critiquera cette méthode, en affirmant que PINEL a troqué une contention physique pour une contention morale : « *une exclusion par une autre*³³ ». Regard que ne partagera pas Gladys SWAIN, psychiatre, en voyant dans la création des asiles : « *... non pas une nouvelle manière d'enfermer les fous mais l'expression de la volonté de les soigner*³⁴ ».

Enfin, c'est à cette époque que l'on voit apparaître les premières psychothérapies avec MESMER et sa théorie du magnétisme animal en 1778, qui influencera plus tard l'hypnose.

³⁰ Cité par QUETEL C. p.177

³¹ Ibid. p.178

³² <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76576g>

³³ https://fr.wikipedia.org/wiki/Philippe_Pinel

³⁴ http://www.scienceshumaines.com/aux-origines-de-la-psychiatrie_fr_9724.html

Le 19^{ème} siècle est marqué par le travail d'ESQUIROL, dans la continuité du traitement moral de l'aliénation. Il souhaite que l'aliénation mentale soit considérée : « *comme un objet de la médecine clinique*³⁵ ». C'est chose faite en 1808, avec l'apparition du terme « psychiatrie », introduit par Johann Christian REIL, médecin allemand, qui l'érige en une spécialité médicale. Désormais, seuls les médecins pourront pratiquer la psychiatrie. Les réformes hospitalières se poursuivent. La loi du 30 juin 1838, portant sur l'internement des aliénés est promulguée : « *...chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés*³⁶ ».

Cette loi, qui organisait l'hospitalisation volontaire et sous contrainte du malade, restera en vigueur jusqu'en 1990.

Les malades internés dans les asiles bénéficient donc d'une prise en charge, essentiellement basée sur le traitement moral. La pharmacopée étant encore peu développée, les psychotropes opioïdes sont peu employés. ESQUIROL poursuit dans la compréhension de l'origine des troubles mentaux, en cherchant à connaître les capacités cognitives des malades : « *Dans les plus grandes douleurs, n'y a-t-il pas des intervalles de calme et même de jouissance ? Si dans les lésions physiques, il y a des moments de repos, pourquoi dans les lésions morales n'y aurait-il pas de temps de rémission ?*³⁷ ». L'isolement en asile est donc pour les aliénistes, la bonne prise en charge : « *Cela consiste à soustraire l'aliéné à toutes ses habitudes, en l'éloignant des lieux qu'il habite, en le séparant de sa famille, de ses amis ; en changeant toute sa manière de vivre, c'est le moyen le plus énergique et utile pour combattre les maladies mentales*³⁸ ».

Les recherches scientifiques se multiplient, notamment avec les travaux de BROCA sur les psychophysiologies des localisations cérébrales, ou encore ceux de CHARCOT sur l'hystérie.

La première moitié du 20^{ème} siècle, multiplie les essais dans la prise en charge des malades. C'est l'essor des psychothérapies, avec la naissance de la psychanalyse (FREUD), ou encore les théories cognitivo-comportementales (PAVLOV et WATSON). Concernant les thérapeutiques, les méthodes coercitives demeurent (camisole de force), mais s'est surtout l'époque des thérapeutiques de chocs : « *Malariathérapie (Von JAUREGG, 1917), Choc Insulinique (SAKEL, 1932), Choc Convulsivant au Cardiazol*

³⁵ Op.cit. QUETEL C. p.260.

³⁶ <http://www.cnle.gouv.fr/Le-XIXe-siecle-la-loi-de-1838-et-l.html>

³⁷ Op.cit. QUETEL C. p.262.

³⁸ Op.cit. QUETEL C. p.266.

(Von MEDUNA, 1936) ou encore Electrochocs (CERLETTI et BINI, 1938)³⁹ ». Enfin, c'est aussi l'époque où les nosologies et les nosographies se développent : « ...Nosographie Kraepelinienne précisant les psychoses maniaco-dépressives, description des démences, maladie d'Alzheimer, description de la schizophrénie⁴⁰ ». Mais la seconde guerre mondiale marquera une orientation différente de la psychiatrie.

2.3 La psychiatrie moderne :

Les horreurs de la guerre, notamment dans les camps nazis marquent au fer rouge la population mondiale. De plus : « On retiendra notamment qu'en France, durant la Seconde Guerre mondiale, dans les hôpitaux psychiatriques, 40 000 patients sont morts parce qu'ils avaient été négligés, oubliés et parfois tout bonnement privés de nourriture⁴¹ ». La population française est choquée. Un vent d'humanisme souffle alors à cette époque et la situation de l'hôpital psychiatrique est incompatible avec cette philosophie. Grâce à la découverte des neuroleptiques, antidépresseurs et anxiolytiques par LABORIT, DELAY et DENIKER dans les années 50, la prise en charge du malade est radicalement transformée. Tandis que « psychiatrie » était synonyme d'enfermement et d'isolement social, une réforme : « d'externalisation et de désinstitutionalisation a été entreprise⁴¹ ».

La circulaire du 15 mars 1960, crée le secteur psychiatrique. Cela marque la fin de « l'hospitalo-centrisme ». Mais, c'est seulement 10 ans après, que se concrétiseront les réalisations extrahospitalières. La sectorisation est donc un découpage territorial et consiste en ce que : « ...la prise en charge d'un malade est assurée par une équipe pluridisciplinaire placée sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier exerçant au sein d'un établissement tête de secteur. Elle associe différentes structures intra et extra-hospitalières avec ou sans hébergement...⁴² ». Cette prise en charge « hors les murs » représente 80%.

La loi du 27 juin 1990, détermine les conditions de la prise en charge de certains patients sans leur consentement. Le 11 février 2005, la loi reconnaît le handicap psychique. Le 5 juillet 2011 est promulguée la loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

³⁹ http://www.uvp5.univ-paris5.fr/wikinu/docvideos/Grenoble_1011/bougerol_thierry/bougerol_thierry_p01/bougerol_thierry_p01.pdf

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ http://www.psychanalyse.com/pdf/definition_wikipedia.pdf

⁴² http://affairesjuridiques.aphp.fr/IMG/pdf/Sectorisation_psychiatrique.pdf

La psychiatrie d'aujourd'hui est basée sur un développement international, les pathologies mentales sont inscrites dans la CIM⁴³. Située dans le médical et le social, la psychiatrie tant à se développer dans le champ des neurosciences.

Il apparaît donc au regard de cet exposé historique, que la psychiatrie a considérablement évolué au cours des siècles, tant sur les moyens thérapeutiques que sur la prise en charge du patient et sa reconnaissance sociale.

Enfin je terminerai ce cadre théorique en précisant l'exercice professionnel infirmier d'aujourd'hui. Puis je développerai de manière brève, le concept de choix et à travers lui, celui de motivations, qui nous intéresse davantage dans ce travail de recherche.

3. Choix et motivation de l'exercice professionnel

3.1 Exercice professionnel infirmier :

La formation infirmière a connu au fil des ans, de nombreux remaniements. Il existait avant 1992, deux formations bien distinctes, la formation au diplôme d'état d'infirmier (DEI) et la formation au diplôme d'infirmier en secteur psychiatrique (DISP). Le choix d'exercice infirmier se faisait donc en amont de la formation. Aujourd'hui, le diplôme d'état infirmier est polyvalent, il est régi par l'arrêté du 31 juillet 2009. Quant à l'exercice professionnel, c'est le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 qui en fixe les modalités. Ainsi, le choix d'exercice se fait après le diplôme.

L'exercice professionnel infirmier est vaste, l'infirmier peut en effet choisir de travailler en : « secteur hospitalier public ou privé, psychiatrie, cabinet libéral, maison de retraite, entreprise, établissement scolaire, humanitaire etc.⁴⁴».

Face à cette mosaïque de possibilités, je m'interroge sur le choix professionnel, à l'issue du diplôme d'état. C'est pourquoi je développe ce concept.

3.2 Le choix :

Le Larousse définit le choix comme : « *l'action de choisir quelque chose, de le prendre de préférence aux autres*⁴⁵ ».

Au fil de mes recherches, il apparaît que ce terme soit tout de même associé à celui de « libre-choix », qui exprime une « volonté non contrainte⁴⁶ » et par conséquent fait du

⁴³ Classification internationale des maladies

⁴⁴ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1290959/fr/le-dpc-des-infirmiers-demographie-competences-et-exercice-professionnel

⁴⁵ LAROUSSE. Choix.

⁴⁶ LAROUSSE. Libre arbitre

choix, une décision rationnelle et consciente. « *Si nos choix sont déterminés par quelque chose que nous n'avons pas choisi (nos goûts, notre personnalité...) alors ils ne sont pas vraiment des choix mais des illusions de choix*⁴⁷ ». A première vue, il s'apparente donc à la décision. Charles PEPIN, agrégé de philosophie y voit une différence : « *...un choix est rationnel, explicable, tandis qu'une décision se joue toujours quelque part dans l'au-delà de notre raison, dans une sorte de folie de l'instant...*⁴⁸ ».

Cependant je me rends compte qu'une question majeure reste en suspens : **Comment choisit-on un secteur d'activité infirmier plutôt qu'un autre ?**

J'ai donc essayé de transposer cette question en mise en situation professionnelle, par exemple lors d'un entretien d'embauche qui me concernera bientôt. Pour expliquer ce choix, le premier mot qui m'est venu à l'esprit fut « motivations ». C'est pourquoi, je vous présente ce concept pour clôturer ce cadre théorique.

3.3 La motivation :

Le Larousse définit la motivation comme : « *Ce qui motive, explique, justifie une action quelconque ; cause*⁴⁹ » ou encore par des : « *Raisons, intérêts, éléments qui poussent quelqu'un dans son action*⁵⁰ ».

Autre définition : « *Vaste ensemble de processus dynamiques, conscients ou inconscients, comportant en particulier les émotions, qui orientent l'action d'un individu vers un but donné*⁵¹ ».

Ce concept est connu depuis les années 1930, il s'est depuis largement diffusé et s'emploie dans de nombreux domaines. Pour ce travail, je m'intéresserai davantage au concept de motivation professionnelle.

Pour ce faire, je m'appuierai entre autres sur l'ouvrage « *Les motivations* » d'Alex MUCCHIELLI, ancien professeur d'université. Il nous rappelle d'abord que le terme de motivation provient de la publicité qui voyait en cela un moyen d'orienter les conduites, en matière d'achats. Puis il en donne une définition : « *Les motivations sont des facteurs inconscients et non rationnels de la conduite*⁵² ». L'auteur pense que chacun se construit de manière inconsciente, avec des stigmates d'expériences passées, qui l'orientent à faire des choix : « *Tout individu rencontre des situations qui vont le marquer (postulat*

⁴⁷ <http://philo.pourtous.free.fr/Atelier/Textes/choix.htm>

⁴⁸ <http://www.philomag.com/lepoque/decider-et-choisir-est-ce-la-meme-chose-1212>

⁴⁹ LAROUSSE. Motivations.

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=motivation>

⁵² MUCCHIELLI Alex. Les motivations. PUF. Octobre 2015. p. 4

d'empreintes)⁵³ ». Il y trouve tout de même un phénomène conscient : « *Au niveau conscient, sans la possibilité d'attribuer un sens à son action, l'individu est démotivé. Etre motivé, c'est d'abord pouvoir trouver un sens à son action*⁵⁴ ».

Concernant le travail : « *Au travail, l'homme fait intervenir ses projets personnels et/ou professionnels*⁵⁵ » MUCCHIELLI voit en cela une conduite volontaire engagée et donc consciente, qui s'apparente au choix.

Il semble que les motivations, tout comme les représentations sociales, soient le fruit de phénomènes conscients et inconscients qui orientent les conduites humaines. Je retiens également que le concept est relativement plus complexe que le sens commun qui lui est attribué à savoir : la satisfaction des besoins (MASLOW).

Je vous propose maintenant de confronter ce cadre théorique avec l'enquête de terrain que j'ai mené auprès de professionnels.

Partie 3 : Phase exploratoire

1. Présentation du dispositif et des modalités d'enquête

1.1 Présentation :

Afin de confronter mes recherches théoriques et ainsi enrichir mon travail de recherche, j'ai mené une enquête auprès de professionnels de terrain.

J'avais pour objectif de confronter la conception de la psychiatrie que peuvent avoir les soignants avec la représentation sociale de la psychiatrie ancrée dans notre culture. Je souhaitais également connaître les éléments déterminants dans le choix de cette spécialité. Enfin à travers cette enquête, je voulais savoir si le sentiment de peur que j'avais ressenti était partagé par les professionnels : donc influencé par la représentation sociale, ou bien si l'expérience infirmière permettait un regard différent.

1.2 Choix et construction de l'outil d'enquête :

Concernant le recueil d'informations auprès des professionnels, deux outils nous étaient proposés par les formateurs : le questionnaire et l'entretien.

J'ai pour ce travail de recherche, choisi de réaliser des entretiens basés sur une méthode qualitative. J'ai en effet privilégié la qualité des informations recueillies plutôt que le nombre de personnes interrogées. J'ai souhaité favoriser l'échange autour du thème central

⁵³ Ibid. p.49

⁵⁴ Ibid. p. 89.

⁵⁵ Ibid.

de ce travail de recherche sur les représentations sociales de la psychiatrie, qui m'était très personnel.

De plus, je ne souhaitais pas imposer un questionnaire aux professionnels, l'écrit pouvant freiner la pensée, je voulais recueillir des témoignages authentiques. C'est pourquoi j'ai opté pour l'entretien directif à questions ouvertes. Un entretien directif à questions fermées, n'aurait, à mon sens, pas laissé assez de liberté de réponses aux professionnels et ne me paraissait pas plus judicieux qu'un questionnaire.

1.3 Choix des lieux et des populations :

J'ai souhaité réaliser mon enquête auprès d'un public à la fois issu de la psychiatrie mais également des soins généraux afin d'avoir une vision objective quant aux représentations sociales de la psychiatrie. Je pense que si j'avais seulement interrogé des personnes exerçant en santé mentale, les réponses pour ce travail, auraient été orientées. J'ai décidé de m'entretenir avec des professionnels diplômés après 1992, date qui marque une refonte de formation infirmière et qui instaure un diplôme commun.

C'est pourquoi j'ai choisi de m'entretenir avec :

- Un IDE de service ouvert de psychiatrie et un IDE de service fermé de psychiatrie, afin de mesurer des différences de réponses suivant le secteur d'activité.
- Une IDE des urgences qui était infirmière d'orientation et accueil (IOA). Les urgences reçoivent en effet aussi bien des patients en situations d'urgences avec des pathologies somatiques et/ou psychiatriques. Les IOA sont donc amenés à prendre en charge les patients qui m'intéressent dans ce travail de recherche.
- Une IDE de cardiologie. J'ai choisi ce service de médecine, car de nombreuses études démontrent que les patients atteints de troubles psychiatriques, connaissent également des problématiques cardiaques, souvent associées à des polytoxicomanies.

1.4 Modalités de construction :

Pour construire cette grille d'entretien, je me suis aidé d'un support : la matrice conceptuelle (cf. annexe 1). Elle nous a été présentée par un formateur référent de l'unité d'enseignement 3.4. C'est un outil aidant, qui classe les concepts et les indicateurs de réponse attendus. Ensuite j'ai présenté cette matrice conceptuelle à ma guidante pour validation.

1.5 Modalités de réalisation :

L'outil d'enquête finalisé, j'ai demandé par écrit l'autorisation (cf. annexe 2) de mener ces entretiens aux différentes directions des soins des services concernés. Puis après accord, j'ai contacté les services respectifs pour planifier les rendez-vous.

Enfin le jour des entretiens avec les infirmier(e)s, je me suis présenté, puis nous sommes installés dans une pièce au calme. J'ai commencé chaque entretien par une petite introduction : « Dans le cadre de mon travail de fin d'études, je me questionne sur la psychiatrie ». Je suis resté très général et je ne souhaitais pas leur expliciter ma question de départ dans un souci d'objectivité.

J'ai demandé l'autorisation de les enregistrer pour faciliter la retranscription (cf. annexes 3 à 6), en leur garantissant l'anonymat. Tous les professionnels ont accepté. Les entretiens ont duré environ 10 min chacun.

2. Analyse des données recueillies

Pour faciliter l'analyse des entretiens, j'ai au préalable synthétisé les informations recueillies dans un tableau (cf. annexe 7). Cela m'a permis de croiser tant les éléments communs, que les éléments différents de réponses. Dans un souci d'anonymat :

- L'infirmier de secteur psychiatrique fermé sera appelé IDE 1 ;
- L'infirmière de secteur psychiatrique ouvert sera appelée IDE 2 ;
- L'infirmière des urgences sera appelée IDE 3 ;
- L'infirmière de cardiologie sera appelée IDE 4.

1- Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?

Concernant les professionnels avec qui je me suis entretenu, 2 ont 10 ans et plus d'expérience professionnelle infirmière et 2 ont environ 5 ans.

2- Depuis combien de temps exercez-vous dans le service ?

Concernant leur ancienneté dans les services, je constate une certaine homogénéité, à savoir entre 4 et 6 ans.

3- Selon vous, quelle image la psychiatrie véhicule-t-elle ? Pourquoi ?

A la lecture des différents entretiens, je constate que la psychiatrie a une image négative. Image que je retrouve dans les 4 entretiens. Les professionnels s'accordent en effet sur des termes communs, de « violence » et de « peur ». Je constate cependant une précision différente, dans les réponses des professionnels issus de la psychiatrie.

En effet les IDE 1 et 2 évoquent des termes comme « fous » et « asile » qui sont absents des propos recueillis des IDE 3 et 4 exerçant en milieux somatiques.

Quant aux raisons relatives à l'image de la psychiatrie qu'ils m'apportent, là encore une différence apparaît. Les IDE 1 et 2 donnent pour première raison, le passé historique de la psychiatrie. En effet, l'IDE 1 évoque des expériences thérapeutiques et des méthodes coercitives et l'IDE 2 parle de système asilaire. La seconde raison, dont ils font communément part, est le rôle des médias et l'image négative qu'ils véhiculent.

Les IDE 3 et 4 voient comme explication principale, une méconnaissance des pathologies. Elles évoquent également les termes de secteurs ou milieux « fermés ».

4- Comment me définiriez-vous la psychiatrie au regard de votre expérience professionnelle ?

Pour ce qui est de la représentation soignante de la psychiatrie, un élément commun aux IDE se distingue, ils évoquent des « troubles » ou « pathologies ». Cependant des différences s'observent, s'il s'agit des éléments apportés par les professionnels issus de la psychiatrie ou du somatique. Les IDE 1 et 2 associent à la psychiatrie, l'entourage de la personne soignée. L'IDE 1 cite la thérapie systémique tandis que l'IDE 2 évoque un accompagnement du patient et de la famille. Ils se rejoignent aussi sur le terme de « pluridisciplinarité » dans leur vision de la psychiatrie. Ils la définissent comme un travail conjoint avec des médecins, assistants sociaux... Enfin ils s'entendent également sur une richesse professionnelle.

Les IDE 3 et 4 expriment quant à elles, dans leur réponse un autre aspect de la psychiatrie : une prise en charge difficile. L'IDE 3 dit : « ce n'est pas facile tous les jours » quand l'IDE 4 parle « d'une gestion des comportements et des thérapeutiques difficiles ». Puis elles font part de leur interpellation en ces termes : « Intrigante ou source d'inquiétude ». De plus, on pourrait percevoir une certaine conjonction quand l'IDE 3 parle de « patient en crise », lorsque l'IDE 4 fait référence au terme d' « agressivité ».

5- Selon vous quels sont les éléments, facteurs qui peuvent conduire un infirmier à travailler dans cette spécialité ?

Dans les réponses concernant des éléments ou facteurs qui seraient déterminant dans le choix de cette spécialité, l'ensemble des professionnels évoquent les soins relationnels ou la communication (compétence infirmière n°6). Cette compétence est explicitée à travers une autre notion, celle de « temporalité ». Les IDE voient en effet dans la psychiatrie, un

secteur d'activité, où les infirmiers ont d'avantage de temps à consacrer au patient. Et de ce fait, font de la psychiatrie une discipline plus propice à la communication. L'IDE 4, en donne pour raison le fait qu'il y ait moins de soins dits « techniques ». Les IDE 1 et 2 rappellent le travail en équipe, qui pourrait être déterminant.

Enfin je constate que les éléments de réponses pour cette question, sont relativement hétérogènes.

L'IDE 1 évoque un intérêt pour les pathologies mentales ou encore l'éventail de structures psychiatriques, laissant une grande possibilité d'exercice professionnel.

L'IDE 2 précise la fonction d'infirmière en secteur psychiatrique, en explicitant que le rôle au large spectre peut conduire un infirmier à travailler dans cette spécialité. Elle donne également pour raison de choix, un facteur inconscient : « *On vient tous régler quelque chose, quoi on ne sait pas au final* ».

L'IDE 3 quant à elle, cite des qualités professionnelles telles que : l'empathie et la patience, ou encore un vécu personnel, en donnant pour exemple un membre de l'entourage confronté à la maladie mentale.

3. Synthèse, apports et limites

Ces entretiens ont pour moi été très riches dans la mesure où je retrouve énormément d'informations que j'ai analysé dans mon cadre théorique. Les concepts développés dans cette initiation à la recherche se sont avérés très utiles pour la compréhension de ma question de départ. Ils m'ont également permis de comprendre les éléments de réponses des professionnels qui auraient parfois été un peu obscurs sans cet éclairage conceptuel.

J'en cite pour exemple les représentations soignantes de la psychiatrie. Je retiens de l'analyse de ces entretiens qu'ils diffèrent, dès lors qu'il s'agit de confronter les propos des IDE exerçant en psychiatrie avec ceux des milieux somatiques.

Les soignants exerçant en secteur psychiatrique ont en effet une représentation qui correspond d'avantage à la psychiatrie moderne telle que nous l'avons vu précédemment dans le cadre théorique, à savoir une prise en charge pluridisciplinaire, développée par la sectorisation psychiatrique. Alors que les infirmières exerçant aux urgences ou en cardiologie ont une représentation qui paraît influencée par les représentations sociales dans notre culture, avec des notions de peur et de violence par exemple.

Cependant aucun professionnel interrogé ne définit la psychiatrie en des termes qui sont aujourd'hui considérés comme péjoratifs, comme « fou » ou « asiles » que l'on peut considérer comme noyaux centraux de la représentation.

Je constate aussi que les éléments cités sont en corrélation avec les concepts de choix et de motivations. En effet j'ai bien recueilli des éléments conscients qui déterminent le choix comme les soins relationnels ou encore des qualités infirmières (patience, empathie) et des éléments inconscients, presque psychanalytiques lorsque deux soignants évoquent un possible transfert (personne de l'entourage atteint de troubles mentaux) ou encore un besoin de régler quelque chose.

Enfin pour terminer cette analyse, je souhaitais éclairer quelques points dont j'ai pris conscience lors de la construction de ce travail. La réalité de l'activité infirmière m'a rattrapé dans l'élaboration de ce travail, puisque par exemple, l'infirmière des urgences qui m'a répondu était en service. L'entretien a donc été souvent interrompu par son activité. Avec du recul, j'opterai pour une prise de rendez-vous hors temps de travail pour favoriser l'échange. Aussi, je pense être resté trop vague en introduisant le thème de la psychiatrie lors des entretiens, je me rends compte que les professionnels ont été pris au dépourvu et cela a peut-être freiné certaines réponses, en particulier pour les soignants en milieu somatiques. Enfin, la principale difficulté pour moi dans ce travail de fin d'études résulte des modalités de construction et plus particulièrement le nombre de pages imposées. D'un tempérament plutôt littéraire j'ai eu beaucoup de mal à synthétiser ce que j'avais envie d'exploiter.

4. Problématique, hypothèse et question de recherche

Lors de l'analyse des entretiens je me suis rendu compte que cette recherche prenait, ou allait prendre une direction différente. Je m'attendais en effet surtout de la part des soignants issus des soins généraux, à avoir des éléments très caricaturaux concernant la psychiatrie. Sans doute là, encore une de mes représentations ! Or, ce ne fut pas le cas, au regard du cadre conceptuel et de la pertinence des réponses. Je m'interroge donc sur le rôle de l'expérience professionnelle infirmière sur les représentations sociales. C'est pourquoi je souhaite poursuivre et élargir ce travail, hors la psychiatrie, sur la base de la question de recherche provisoire suivante : **Dans quelles mesures, l'expérience professionnelle du soignant influe-t-elle sur les représentations sociales d'un secteur d'activité professionnel ?**

Conclusion :

En réalisant ce travail d'initiation à la recherche, je crois être passé par toutes les couleurs du spectre lumineux. Effectivement la construction d'un tel travail, prend du temps, qui laisse la place à l'interrogation, au doute, à l'angoisse, à la panique et j'ose même dire à l'énervement ! Mais ce travail m'a aussi donné de nombreuses satisfactions, à commencer par le goût de la recherche et la volonté d'apprendre.

Bien qu'il concrétise l'aboutissement de ma formation infirmière, ce mémoire représente toute cette réflexivité infirmière, dont les formateurs nous faisaient l'apologie. Je me rends compte combien elle est nécessaire dans notre métier. Car c'est bien de cela qu'il s'agit dans ce travail : de réflexivité et de raisonnement clinique qui m'ont fait défaut lors de cette situation interpellante, où je n'ai pas su adopter une posture professionnelle.

Les ouvrages que j'ai consultés pour l'élaboration du cadre conceptuel de ce travail, ont énormément enrichi mon projet professionnel. Mais pas seulement, ils m'ont permis d'affiner ma réflexivité infirmière et par la même, ma posture professionnelle.

J'ai pris conscience que mes attitudes, mes actions soignantes pouvaient être influencées par les représentations sociales, j'ai maintenant fini par l'accepter ! C'est pourquoi je tâcherai de rester vigilant tout au long de ma carrière, en particulier dans ma relation au patient, dont j'aurai la prise en soins afin d'être toujours dans la bienveillance.

Cette prise de conscience s'est également révélée lors des entretiens réalisés auprès des professionnels. La richesse de ces échanges, tant dans les opinions exprimées que dans leur posture professionnelle, m'ont donné un aperçu du professionnel que je souhaite devenir.

Tout ce travail m'a donc amené à réinterroger ma pratique infirmière, particulièrement dans ma façon d'être ou d'agir face au patient, quelque soit la pathologie qu'il présente. En bref cela m'a conduit à me remettre en question. Je garderai de ce travail cette remise en question continue, qui je crois est essentielle au quotidien. Je m'aperçois maintenant à l'issue de la formation que le diplôme d'état, n'est pas une fin en soi, mais bien le commencement d'une longue et durable réflexion professionnelle.

Aussi c'est pourquoi je souhaite vivement poursuivre ce travail, en explorant cette question de recherche, de façon plus étendue. Cela me permettra d'améliorer ma pratique, quelque soit le secteur d'activité dans lequel je serai amené à travailler dans l'avenir, puisque nous l'avons vu, le choix d'exercice professionnel infirmier est vaste...

BIBLIOGRAPHE

Ouvrages :

- HOCHMANN J. *Histoire de la psychiatrie*. Paris : Presse Universitaire de France, 4^{ème} édition, 2015. Collection Que sais-je ? 127 p.
- JODELET D. *Les représentations sociales*. Paris : Presse Universitaire de France, 1989. Collection Sociologie d'aujourd'hui. 447 p.
- MOSCOVICI S. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris : Presse Universitaire de France, 1961. 3^{ème} édition. 16 novembre 2004. 506 p.
- MUCCHIELLI A. *Les motivations*. Paris : Presse Universitaire de France, 10^{ème} édition, 2015. Collection Que sais-je ? 128 p.
- QUETEL C. *Histoire de la folie : De l'Antiquité à nos jours*. Paris : Editions Tallandier. 2012. 618 p.

Ouvrages internet :

- DURKHEIM E. *Représentations individuelles et représentations collectives*. [en ligne]. Revue de Métaphysique et de Morale. Tome VI, Mai 1898. Disponibilité : <http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/Socio_et_philo/ch_1_representations/representations.html>
- PINEL P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. [en ligne] [consulté le 04/05/2016]. Disponibilité : <<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76576g>>

Articles de revue internet :

- BELLAMY V. et ROELANDT J-L. *La santé mentale en population générale : image et réalité*. N°347. Octobre 2004. [en ligne] [consulté le 15/04/2016]. Disponibilité : <http://www.serpsy.org/actua_rapido/ER-347-Troub-ment-CCOMS-DREES.pdf>
- LECOMTE J. Aux origines de la psychiatrie. *Sciences Humaines*. N°80. Février 1998. [en ligne] [consulté le 04/05/2016]. Disponibilité : <http://www.scienceshumaines.com/aux-origines-de-la-psychiatrie_fr_9724.html>
- MOLINER P. et MARTOS A. *Une redéfinition des fonctions du noyau des représentations sociales*. JIRSO. Aout 2005, N°1, Volume 2. [consulté le 15/03/2016]. Disponibilité : <http://geirso.uqam.ca/jirso/05_08.php>.
- MOSCOVICI S. *Comment voit-on le monde ? Représentations sociales et réalité*. [en ligne]. SCIENCES HUMAINES. Juin/Juillet 1998, Hors série N°21, [consulté le 19 mars 2016]. Disponibilité : <http://www.scienceshumaines.com/comment-voit-on-le-monde-representations-sociales-et-realite_fr_11718.html>
- PEPIN C. Décider et choisir est-ce la même chose ? *Philosophie magazine*. N°56. Février 2012. [en ligne][consulté le 16/05/2016]. Disponibilité :

- <<http://www.philomag.com/lepoque/decider-et-choisir-est-ce-la-meme-chose-1212>>
- Revue française des affaires sociales. L'organisation des soins en psychiatrie. mars-juin 2016. [en ligne] [consulté le 09/04/2016]. Disponibilité : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rfas_2016-2.ac_organisation_des_soins_en_psychiatrie.pdf>
- REY J-F. *Folie et déraison : place de l'Histoire de la folie à l'âge classique dans l'œuvre de Michel Foucault*. LNA#60. [en ligne] [consulté le 16/04/2016]. Disponibilité : <<http://culture.univ-lille1.fr/fileadmin/lna/lna60/lna60p08.pdf>>

Cours internet :

- BOUGEROL T. *Histoire de la psychiatrie*, chapitre 1. [en ligne] [consulté le 10/04/2016]. Disponible sur Internet : <http://www.uvp5.univ-paris5.fr/wikinu/docvideos/Grenoble_1011/bougerol_thierry/bougerol_thierry_p01/bougerol_thierry_p01.pdf>
- DELOUVEE S. *La théorie des représentations sociales*. Cours vidéo 108 min.[en ligne] 18 Janvier 2012, [consulté le 10/03/2016]. Disponible sur Internet : <https://www.canal-u.tv/video/universite_rennes_2_crea_cim/la_theorie_des_representations_sociales.11585>

Sources internet :

- Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. [en ligne] [consulté le 09/04/2016]. Disponible sur Internet : <<http://www.cnle.gouv.fr/Le-XIXe-siecle-la-loi-de-1838-et-l.html>>
- Dictionnaire médical de l'académie de médecine. Motivations [en ligne] [consulté le 09/04/2016]. Disponible sur Internet : <<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=motivation>>
- Etablissement public de Santé Mentale J-M CHARCOT. Histoire de la psychiatrie, de l'antiquité à la Renaissance. [en ligne] [consulté le 10/05/2016]. Disponible sur Internet : <<http://www.ch-charcot56.fr/index.php/de-lantiquite-a-la-rennaissance.html>>
- Infirmier.com. [en ligne]. 26 juin 2014. [consultée le 8/12/2015]. Disponible sur Internet : <<http://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/infirmiers-en-psychiatrie.html>>
- Légifrance.[en ligne] [consulté le 09/04/2016]. Disponible sur Internet: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=8D3506FEC9E2C45898ED7BB78609184B.tpdjo06v_2?cidTexte=JORFTEXT000028601030&idArticle=JORFARTI000028601031&dateTexte=20140216&categorieLien=cid>
- Ministère de la Santé, [en ligne]. 6 avril 2012. [consulté le 8/12/2015]. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015.html>>

- Organisation Mondiale de la Santé [en ligne] (consulté le 09/04/2016). Disponible sur Internet : < http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/>
- Psychiatrie infirmière, [en ligne]. 18 mars 2012. [consulté le 12/12/2015]. Disponible sur Internet : <<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/hospitalisation-psychiatrie/travail-infirmiere-psychiatrique.htm>>
- Psychologie-Sociale.com. Les représentations sociales. [en ligne] [consulté le 09/04/2016]. Disponible sur Internet : <http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=104&Itemid=28>
- Webzine de la HAS. Le DPC des infirmiers – Démographie, compétences et exercice professionnel. Lettre DPC & Pratiques n° 67 – Septembre 2012. [en ligne] [consulté le 23/04/2016]. Disponible sur Internet: <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1290959/fr/le-dpc-des-infirmiers-demographie-competences-et-exercice-professionnel>

Autres documents :

- TFE DESCHAMPS A. Mémoire de fin d'études. *Urgence : venez comme vous êtes*. IFSI CCM. 2015.
- TFE DUPUIS M. Mémoire de fin d'études. *La médiation « thérap'équipe » avec l'ado : l'essence ou l'alliance*. IFSI Poitiers. Promotion 2013-2016.
- TFE FERRER M. Mémoire de fin d'études. *La juste distance en psychiatrie*. IFSI CH de Roanne. Promotion 2010-2013.

Annexes

Annexe 1 : Matrice conceptuelle

Théorie / auteur	Dimension du concept	Indicateurs	Objectifs	Questions
Représentations sociales D.Jodelet	La représentation sociale est 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.	<ul style="list-style-type: none"> - Opposition au savoir scientifique - Phénomène inconscient - Manière de pensée - Orientent les comportements 	Connaître l'impact des représentations sociales de la psychiatrie sur le choix professionnel d'un infirmier	1 Selon vous, quelle image la psychiatrie véhicule-t-elle ? et pourquoi ? Relance : Qu'évoque pour vous la psychiatrie dans les mentalités collectives ?
Psychiatrie C. Quétel	Discipline médicale dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales, des troubles psychologiques.	Image réelle <ul style="list-style-type: none"> - Maladie mentale - Troubles psychologiques - Souffrance psychologique Image négative <ul style="list-style-type: none"> - Folie - Exclusion - Violence 	Connaître l'image de la psychiatrie chez les soignants.	2 Comment me définiriez-vous la psychiatrie au regard de votre expérience professionnelle ?
Choix et Motivations A.Mucchielli	Décision d'un individu ou d'un groupe confronté à une situation ou à un système offrant une ou plusieurs options.	<ul style="list-style-type: none"> - Libre - Déterminé 	Connaître les déterminants de choix.	3 Selon vous quels sont les éléments, facteurs qui peuvent conduire un infirmier à travailler dans cette spécialité ?

Annexe 2 : Demande d'autorisation d'entretien

Nikolas Bosc

ESI 3^{ème} année à l'IFSI de Tarbes

@ : nikolas.bosc@laposte.net

Tel : 06 89 92 61 68

Objet : Demande d'enquête

Madame, Monsieur

Actuellement étudiant en 3^{ème} année à l'IFSI de Tarbes, dans le cadre de mon travail de fin d'études, je sollicite votre bienveillance pour interroger une infirmière du service de....., diplômée après 1992.

Suite à une situation vécue en stage, je réalise mon mémoire sur le thème de la psychiatrie et de ses représentations sociales.

Cet entretien viendra compléter mes recherches théoriques effectuées en amont.

Je vous remercie de l'attention que vous portez à ma demande et vous joint ma grille d'entretien, validée par Mme....., ma guidante.

En accord avec la procédure validée par votre direction des soins, je vous remercie de me répondre par messagerie électronique.

Veuillez recevoir, Madame, Monsieur l'expression de mes salutations distinguées.

Nikolas Bosc

PS : Pour tout renseignement complémentaire, je vous prie de bien vouloir prendre contact avec les référents de cette unité d'enseignement :

.....
.....

Annexe 3

Entretien n°1 : Service d'admission fermé de psychiatrie.

1- Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?

Réponse : « Depuis le 10 septembre 2012 ».

2- Depuis combien de temps exercez-vous dans le service ?

Réponse : « Depuis décembre 2012 ».

3- Selon vous, quelle image la psychiatrie véhicule-t-elle ?

Réponse : « C'est effrayant, déjà ! Il y a toujours des appréhensions, on parle toujours de folie. Pour moi les termes voilà, c'est du style asile, fous, c'est encore bien ancré. On ne parle pas encore de patients, de services psychiatriques. C'est toujours voilà de la peur encore des gens. Ils ne connaissent pas trop, parce qu'ils regardent la télé, bien sûr on nous montre le plus extrême, c'est-à-dire les UMD, unités de malades difficiles. On ne montre pas de pavillons de chroniques ou de réhabilitations, donc on nous montre toujours la version extrême, donc ça n'aide pas à faire changer les points de vue et les mentalités, vers une psychiatrie qui est moderne maintenant où on travaille avec de la psychothérapie, dans des blocs opératoires où c'est bien encadré, où c'est des pathologies bien ciblées avec des suivis comme en intra où tu as vu avec des pavillons d'entrants, de réhabilitations et de suivis dans les structures externes avec des CMP, des postcures, des hôpitaux de jour enfin... C'est une aide en intra et en extra. Tout ça je trouve que ça a bien évolué et ça ne fait pas peur quand on connaît bien ».

Et pourquoi elle a cette image là, la psychiatrie selon vous ?

Réponse : « Bien parce qu'on reste sur, je te dis, sur des valeurs anciennes avec voilà... les premiers essais en psychiatrie, c'était des expériences donc, tout ce qui est trépanations, tout ce qui est cure de Sakel, je ne sais pas si tu connais enfin voilà toutes ces thérapeutiques qui étaient un peu anciennes qui n'étaient pas forcément très (rires), pas en tout cas soignantes tout le temps. On l'a vu, suite à l'évolution que c'était un peu dangereux aussi pour l'organisme. On reste voilà sur ces, cette vision là avec les camisoles de force, des moyens qui étaient dits thérapeutiques à l'époque et qui ne le sont plus maintenant voilà. On le voit dans le DSM, il y a plein de choses qui ont évolué, l'homosexualité était considérée comme une pathologie psychiatrique, ça ne l'est plus maintenant, enfin il y a plein de choses qui ont évolué. Ce qui fait qu'aujourd'hui on n'est plus sur quelque chose qui fait peur, pour nous soignants en tout cas, quand on le voit, quand on connaît

l'établissement. Mais pour des personnes extérieures, avec ce qu'on montre à la télé, dans les séries et dans les documentaires, ça peut toujours faire peur ».

4- Comment me définiriez-vous la psychiatrie au regard de votre expérience professionnelle ?

Réponse : « Ah bon, c'est ce que j'avais dit un peu donc... Bien la psychiatrie pour moi, c'est donc euh déjà beaucoup d'échanges et de communication. Une prise en charge qui est pluridisciplinaire, qui prend la personne dans son ensemble, c'est-à-dire qu'on ne prend pas juste en compte juste le soin, tel qu'on peut le voir dans les soins généraux des fois un petit peu par manque de moyens, voilà ce genre de choses. Nous on va quand même voir, on va élargir, on va faire de la thérapeutique systémique, c'est-à-dire qu'on prend, on englobe un peu tout, la famille, les aidants. On a le temps pour faire ça ! Il faut faire ça parce que c'est ce qui permet justement après, d'étayer la prise en charge du patient à l'extérieur donc heu... alors attend la question c'est : comment je vois la psychiatrie voilà ! donc c'est un étayage systémique, c'est de la communication, c'est une prise en charge qui peut être de courte durée, mais comme on le connaît avec la pathologie psychiatrique, c'est quand même aussi beaucoup de réhospitalisations, donc c'est du maintien, de l'aide à l'extérieur et ensuite qu'est ce que c'est la psychiatrie ? Pour moi c'est voilà, du travail en équipe aussi également, on travaille avec les assistants sociaux, les médecins... c'est complet pour moi voilà ! On prend en charge toutes les composantes de la personne, on a le temps de le faire et on ne peut pas le faire partout ça je pense. C'est ce que moi j'aime de la psychiatrie moderne ! »

5- Selon vous quels sont les éléments, facteurs qui peuvent conduire un infirmier à travailler dans cette spécialité ?

Réponse : « Donc voilà, moi ce qui m'a conduit à travailler, c'est le travail en équipe. Voilà le fait qu'on ne soit pas tout seul à travailler, le fait qu'on soit toujours 3. Alors je trouve que c'est enrichissant parce que du coup, on dit souvent que quand avec le patient on est en difficulté il faut réussir voilà, à passer la main, à aller voir un autre soignant, donc déjà la richesse d'être 3, c'est 3 expériences différentes donc c'est beaucoup plus de solutions pour prendre quelqu'un en charge pour moi. Donc déjà c'est enrichissant et ensuite le temps qu'on a, le temps qu'on peut accorder au patient, le temps ce n'est pas juste le soin, c'est aussi la communication, donc là on est quand même beaucoup plus tranquille que dans les soins généraux euh... Les projets, on a plus de temps pour les travailler et ensuite la pathologie psy en elle-même, qui voilà est intéressante, qui n'est pas... si même elle a une classification dans le DSM, voilà je trouve que c'est quand même un petit peu moins évident qu'une pathologie voilà somatique donc on tâtonne plus que dans les soins généraux et bon c'est ce qui est intéressant. On se pose des questions, des fois on a des échecs,

mais c'est pas grave, voilà le patient revient et on retravaille, on essaie de trouver une solution c'est... tous ces échanges qui font que c'est riche ».

Vous voyez d'autres éléments ou facteurs ?

Réponse : « Ensuite le fait que ce soit riche c'est-à-dire qu'il n'y ait pas qu'une seule prise en charge. C'est-à-dire qu'on peut travailler en pavillon d'entrants, de chroniques, de réhabilitation, on peut travailler sur des structures externes, donc les hôpitaux de jour, la postcure, voilà tout ça qui fait que dès qu'on ne se sent plus bien dans une prise en charge, on peut évoluer vers une autre, donc ça aussi c'est la diversification des prises en charges. Le mieux c'est de faire des stages d'observations, de venir voir sur le terrain réellement comment ça se passe. Après voilà il y a quand même des situations qui font peur en psychiatrie ! Ça il ne faut pas se leurrer, il y a des situations de crises voilà ! Ce n'est pas pour rien que l'on a des PTI (boitiers d'urgences), donc c'est quand même qu'il y a aussi un réel danger. Mais bon depuis que je suis ici, il n'y a pas eu trop de situations d'urgences, la cadre me disait que si elle devait me donner un pourcentage de ce genre de crise, c'est 2% sur une carrière. Il faut savoir, il faut garder à l'esprit quand tu es soignant que tu peux prendre en charge ce type de personnes donc il faut toujours être prudent, faut quand même pas se relâcher, il faut toujours garder la bonne distance professionnelle avec tout type de patient mais voilà... Cela peut arriver aussi bien dans les services somatiques parce que les patients psychiatriques vont aussi dans les pavillons somatiques, faut pas l'oublier ça ! Donc pour moi si un patient peut être dangereux il peut l'être en psychiatrie, il peut l'être aussi à l'extérieur, donc on n'est protégé ni en psychiatrie... au contraire je trouve qu'on même plus protégé en psychiatrie parce que l'on sait qu'il peut y avoir cette violence donc nous, on a les moyens ici en tous cas matériels et humains qu'il faut justement pour gérer ce genre de situations. Dans les pavillons somatiques ils ne l'ont pas ça ! Ils n'ont pas de formation la dessus, ils ont peur, ils ont déjà l'appréhension et ils n'ont pas voilà les moyens matériels que l'on a, ici en psychiatrie ».

Annexe 4

Entretien n°2 : Service d'admission ouvert de psychiatrie.

1- Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?

Réponse : « Février ou mars 2006 ».

2- Depuis combien de temps exercez-vous dans le service ?

Réponse : « Depuis novembre 2009 ».

3- Selon vous, quelle image la psychiatrie véhicule-t-elle ?

Réponse : « Alors en général ? Ce n'est pas forcément bien vu, souvent on est assimilé, enfin ici quand il y a des gens qui viennent pour une première hospitalisation, quand on parle de cet hôpital : mais c'est l'asile, c'est les fous (rires), voilà c'est tout ce qui est système asilaire d'autrefois pour lequel nous on travaille, pour lequel nous on dit non, ce n'est plus l'asile c'est l'hôpital psychiatrique, voilà pour lequel on explique notre quotidien, notre travail, ce que l'on traite, les polyopathologies et après c'est pas forcément bien véhiculé par la presse, par les média enfin il y a de grosses situations : actuellement il y a le jugement du cannibale de... voilà donc forcément les gens, ils se disent... Donc voilà c'a n'a pas forcément euh... C'est : ah tu travailles en psychiatrie, t'as pas peur, la violence ? Ça n'a pas bonne connotation donc on est obligé d'expliquer ».

4- Comment me définiriez-vous la psychiatrie au regard de votre expérience professionnelle ?

Réponse : « C'est un accompagnement de patients atteints de maladies ou de troubles mentaux, alors quand je dis mentaux on va parler de pathologies psychiatriques pures et dures : de la psychose, de troubles bipolaires, de dépression, d'addictions, quand je dis addictions, d'alcool, jeux, toxiques. Ça va également du polyhandicap, c'est un accompagnement de la personne, de sa famille et dans le quotidien, à l'hôpital et à la maison, au domicile puisqu'on intervient également sur le domicile. Moi je parle de l'intra mais on a aussi accompagnement pluridisciplinaire, du médecin à l'infirmière.»

5- Selon vous quels sont les éléments, facteurs qui peuvent conduire un infirmier à travailler dans cette spécialité ?

Réponse : « Bien un choix, déjà que cela soit son choix d'y travailler, j'espère, pour moi c'était mon cas. Pas par défaut parce que c'est un travail qui est prenant, qui est usant qui est fatiguant. Je

ne dis pas que les autres postes, les autres services ce n'est pas fatigant ! Mais après c'est hyper prenant, c'est enrichissant malgré le côté intrusif, parce qu'on a quand même un côté intrusif, par moment un peu inquisiteur, quand on doit rentrer dans certaines familles, dans certaines situations sociales difficiles...».

Relance : Et vous pouvez me dire comment on choisit la psychiatrie plutôt que la cardiologie par exemple ?

Réponse : « Peut-être pour le relationnel, on est un peu poly taches on va dire (rires) ce n'est pas bien, ce n'est pas un mot correct, mais on a un peu le rôle d'infirmière, d'aide-soignante. Ici déjà on est que des infirmiers, c'est rare quand il y a un aide-soignant et après on a un côté assistante sociale, éducateur, un côté conseillère familiale, on a petit peu un rôle au large spectre, plus que si l'on était cantonné à de la chirurgie, du redon, du pansement. Aussi le fait de l'équipe, de l'environnement, c'est vrai qu'on communique beaucoup entre nous, on échange énormément sur les situations, on déborde énormément dans nos transmissions, on a quelque chose c'est... on va parler du pansement mais on va également parler de la sœur du patient et pourquoi elle interfère voilà, on a des échanges très variés c'est... peut-être que c'est ça au final et peut-être aussi pour régler des choses aussi au final. On dit toujours, on ne part pas pour rien en psychiatrie, on vient tous régler quelque chose, quoi on ne sait pas au final. Ou c'est bien ancré dans notre inconscient, ou c'est bien masqué... je ne sais pas si j'ai bien répondu (rires) ».

Annexe 5

Entretien n°3 : Service d'admission d'urgences.

1- Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?

Réponse : « Je suis diplômée depuis décembre 2011 ».

2- Depuis combien de temps exercez-vous dans le service ?

Réponse : « J'ai été embauché juste après mes études donc décembre 2011 ».

3- Selon vous, quelle image la psychiatrie véhicule-t-elle ?

Réponse : « Alors selon moi, je pense que la psychiatrie c'est quelque chose quand même qui fait relativement peur. On le ressent généralement quand on reçoit des patients ou l'entourage, quand on a des patients qu'on installe, qui sont en crises qu'on installe temporairement avec d'autres patients, on remarque qu'il y a un éloignement envers ses patients donc... et de l'incompréhension aussi parfois ».

Relance : et dans les mentalités collectives, comment pensez-vous que la psychiatrie est perçue ?

Réponse : « Pour tout le monde ? Je pense que je dirai à peu près pareil, de la peur, de l'incompréhension, le fait de ne pas connaître comme c'est des milieux assez fermés. Le fait de pas connaître ses maladies, de mal les connaître peuvent engendrer ses comportements là. »

4- Comment me définiriez-vous la psychiatrie au regard de votre expérience professionnelle ?

Réponse : « Alors au regard de mon expérience professionnelle, la psychiatrie je le verrai comme intrigante on va dire ça comme ça ! (rires) Ce n'est pas facile tous les jours parce que nous quand on les voit ici, quand on les a ici, ils sont souvent en crise donc avec le flot de personnes qui arrivent, à des moments c'est difficile de pouvoir les gérer en temps réel, on est toujours... on les installe en salle en attendant que l'équipe psy puisse les voir. Donc c'est pas toujours facile mais bon voilà, c'est des personnes qui nous demandent toujours beaucoup de temps donc on essaie, enfin moi j'essaie de les prendre en charge le plus vite possible, de leur accorder le temps et de faire en sorte qu'ils soient pris en charge le plus rapidement possible pour éviter justement que ça s'empire ! »

Relance : Vous me disiez que dans les mentalités collectives, la psychiatrie faisait peur par exemple, au regard de votre expérience est-ce aussi le cas ? Pouvez-vous me la définir ?

Réponse : « Ah d'accord ! Non moi ça ne me fait pas peur, je considère le patient dans sa globalité. Alors la psychiatrie je la définie comme un trouble, une pathologie qui touche une personne, qu'il faut prendre en charge dans sa globalité, c'est-à-dire prendre en compte ce qu'il est et sa pathologie en même temps ».

5- Selon vous quels sont les éléments, facteurs qui peuvent conduire un infirmier à travailler dans cette spécialité ?

Réponse : « C'est une question que je ne me suis jamais posé (rires). Pourquoi choisir cette spécialité ? Je ne sais pas, ça peut-être le relationnel par exemple. Moi je pense que ce qui peut pousser quelqu'un à travailler en psychiatrie, c'est surtout le travail relationnel. Parce que nous c'est vrai qu'ici, moi je travaille dans un service d'urgences, le relationnel on essaie de le mettre en place, mais c'est vrai qu'à des moments quand on a plusieurs patients, c'est compliqué de le mettre en place, ou alors c'est sur très court terme donc... Moi ce qui me ferai travailler en psychiatrie, c'est surtout l'aspect relationnel, pouvoir prendre le temps avec les gens, de discuter voilà de travailler avec des entretiens. Voilà vraiment prendre le temps d'être posé, de prendre en compte le patient dans sa globalité. Je pense que c'est ça après en psychiatrie je pense qu'il faut avoir certaines qualités comme, déjà un bon relationnel, de la patience, beaucoup d'empathie, enfin des caractéristiques que l'on demande à tout soignant mais qui s'expriment davantage en psychiatrie, enfin je pense.

Relance : Vous voyez d'autres éléments ?

Réponse : «Après je ne sais pas, peut-être que dans l'entourage si des personnes ont été confrontés à des maladies psychiatriques, peut-être que ça pousse à travailler dans cette filière là aussi. De la curiosité aussi... ».

Annexe 6

Entretien n°4 : Service de cardiologie

1- Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?

Réponse : « Je suis dans ma 16^{ème} année ».

2- Depuis combien de temps exercez-vous dans le service ?

Réponse : « 6 ans ».

3- Selon vous, quelle image la psychiatrie véhicule-t-elle ? et pourquoi ?

Réponse : « Je pense qu'il y a une image quand même plutôt négative, de part la pathologie des patients, de part les troubles du comportement, la violence ». Pourquoi ? Enfin je ne sais pas si j'ai une explication, je pense qu'il y a la méconnaissance de la pathologie

4- Comment me définiriez-vous la psychiatrie au regard de votre expérience professionnelle ?

Réponse : « Alors moi je n'ai pas énormément d'expérience en psychiatrie, j'ai juste la formation du diplôme. La gestion du comportement difficile je mettrai, difficultés de gérer les thérapeutiques. Ici quand ces patients sont hospitalisés, c'est qu'ils ont un problème médical, qu'il y a d'autres choses qui influent, ils ont un problème de santé et il y a ça à gérer en plus. Donc pour nous c'est difficile parce que nous on s'occupe du côté médical et de la raison, pour laquelle ils sont hospitalisés. Pas forcément... c'est un peu occulté parfois. Et puis des fois on est obligé d'arrêter les médicaments, on arrête tout, donc on se retrouve sur le côté un peu inverse quoi, c'est-à-dire avec des patients qui ne sont pas bien psychologiquement et voilà mais ce n'est pas forcément la priorité quand ils sont ici, donc ça c'est un problème. Après mon expérience, je ne sais pas trop, en secteur fermé, c'est un peu angoissant pour les infirmières du service, c'est ce qui me revient de l'école infirmière ».

Relance : Si je vous demande, donnez-moi une définition de la psychiatrie ?

Réponse : « Euh, troubles du comportement, trouble de la psyché enfin voilà, c'est difficile parce que c'est pas du tout notre partie quoi (rires). Alors nous c'est tout le côté négatif, c'est vrai que moi j'aborde voilà les troubles du comportement, l'agressivité, des choses qui nous posent problème. Après on a des patients qui sont stabilisés, qui sont très bien équilibrés avec leur traitement et on s'en préoccupe absolument pas. Enfin moi je vois que le côté négatif c'est-à-dire la gestion de... un peu leur décompensation au niveau psychiatrique, j'ai envie de dire ».

5- Selon vous quels sont les éléments, facteurs qui peuvent conduire un infirmier à travailler dans cette spécialité ?

Réponse : « Le relationnel euh, parce que je pense qu'il faut être intéressé par le côté relationnel, l'entretien, l'échange, connaître un peu la personne, rentrer un petit peu dans sa sphère. Et je pense qu'on a euh, que chacun a un profil, il y en a qui l'on plus que d'autres, mais je pense que c'est ça qui doit attirer. Mais ça c'est mon point de vu. Et puis sachant qu'il y a moins de soins, donc moins de technique, donc il faut aborder tout ce côté psychologique et prise en charge, donc du temps ! Voilà ce qui pour moi euh ce qui me vient en premier ».

Annexe 7

	Diplôme	Ancienneté dans le service	Représentation de la psychiatrie	Raisons, explications possibles	Représentation soignante de la psychiatre	Eléments, critères de choix de la spécialité
IDE 1	2012	4	<ul style="list-style-type: none"> - Peur - Effrayant. - Compréhension. - Folie - Asile 	<ul style="list-style-type: none"> - Anciennes valeurs (expériences, camisolé de force). - Image véhiculée par les média. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologies psychiatriques. - Prise en charge pluridisciplinaire. - Echanges, communication. - Thérapeutique systémique. - Hospitalisations de courtes et longues durées. - Différentes structures de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> - Communication. - Travail en équipe. - Prendre le temps. - Projet de soin. - Pathologies intéressantes. - Possibilités de travailler dans de multiples structures.
IDE 2	2006	6	<ul style="list-style-type: none"> - Peur. - Violence - Fous - Asile - Image négative 	<ul style="list-style-type: none"> - Système asilaire d'autrefois. - Image négative de la presse et média. 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles mentaux, polyopathologies. - Accompagnement pluridisciplinaire des personnes et de l'entourage. 	<ul style="list-style-type: none"> - Soins relationnels. - Choix personnel. - Travail en équipe. - Fonction au large spectre. - Prendre le temps.
IDE 3	2011	4	<ul style="list-style-type: none"> - Peur - Compréhension - Méconnaissance 	<ul style="list-style-type: none"> - Compréhension. - Méconnaissance des pathologies. - Milieux fermés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles ou pathologies qui touchent la personne. - Intrigante. - Pas facile. - Patients en crise. 	<ul style="list-style-type: none"> - Soins relationnels. - Prendre le temps. - Patient. - Empathie. - Vécu personnel - Notion de temporalité dans la prise en charge.
IDE 4	2000	6	<ul style="list-style-type: none"> - Image négative - Violence 	<ul style="list-style-type: none"> - Méconnaissance des pathologies. Secteur fermé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles du comportement et de la psyché. - Gestion du comportement et des thérapeutiques difficile. - Sources d'inquiétudes. - Agressivité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Soins relationnels, échange. - Moins de soins techniques. - Temps.

REMERCIEMENTS

Je remercie chaleureusement les formatrices référentes de la promotion de m'avoir guidé et fait grandir pendant ces trois années.

Je remercie particulièrement, ma référente pédagogique pour sa bienveillance et sa patience.

Un très grand merci à ma guidante pour sa disponibilité et ses précieux conseils dans la construction de ce travail de fin d'études.

Je remercie également tous les formateurs de l'IFSI pour tout ce qu'ils m'ont apporté dans cette formation.

Je remercie sincèrement les professionnels qui ont participé à ces entretiens et qui m'ont éclairé dans ce travail avec la plus grande authenticité.

Je tiens également à remercier tous les professionnels que j'ai eu la chance de croiser sur les terrains de stage et qui m'ont formé tout au long de mon parcours.

Merci enfin à mes collègues de promotions qui se reconnaîtront, pour avoir toujours été à mes côtés.

« Les hommes sont si nécessairement fous
que ce serait être fou par un autre tour de folie de
n'être pas fou. »

PASCAL