

Université Lille 2
Université Paris 13
APHM/CHU Sainte Marguerite, Marseille
CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire
« Santé mentale dans la communauté »

Année 2015

Stigmatisation en santé mentale

**Les représentations de la psychiatrie chez de futurs professionnels
de santé – une enquête participative**

Alexandre BIRY

Tutorat : Mme Aude Caria

« Si je diffère de toi, loin de te léser, je t'augmente »

*Antoine de Saint-Exupéry
Lettre à un otage (1944)*

Remerciements

Il n'est jamais aisé de rédiger des remerciements, d'abord parce qu'il serait inconvenant d'oublier une personne ou un acteur important dans la réalisation de ce mémoire, mais aussi et surtout parce que les mots manquent souvent pour exprimer sa reconnaissance. Je vais toutefois me risquer à cet exercice...

En premier lieu, je pense qu'il convient de remercier les organisateurs du DIU « Santé mentale dans la communauté », ainsi que tous ses intervenants, pour la richesse et la qualité de leurs interventions.

Je remercie tout particulièrement ma directrice de mémoire, Mme Caria, pour sa patience et ses encouragements, qui m'ont permis de poursuivre et finaliser ce travail.

Sur le plan professionnel, je remercie tous les acteurs rencontrés au fil du temps qui m'ont permis de progresser et évoluer tout au long de ma jeune carrière.

Une pensée particulière pour Jean-Marie, jeune retraité, dont l'humilité et les valeurs humaines et professionnelles sont pour moi un exemple, qui m'a accompagné au cours de mes premiers pas de soignant en psychiatrie.

Je tiens également à remercier les adhérents du GEM Aube à Strasbourg, pour leur aide précieuse et la richesse de leur parole ; je pense que la rencontre avec cette association m'a aidé à me remettre en question à un moment important de ma carrière.

Merci aux patients de réhabilitation et aux usagers qui ont participé à l'enquête.

Merci aux formateurs qui m'ont ouvert les portes de leurs IFSI, merci aux étudiants infirmiers, pour l'enthousiasme de leur participation à l'enquête.

Merci à Aurore, Frédérique, Bruno et David, pour les moments partagés au cours de cette formation.

Merci à mes collègues de l'ERIA pour leur soutien et leurs (nombreuses) relectures !

Enfin, sur un plan plus personnel, je tiens à remercier mon frère Guillaume, qui a permis mon éveil au monde du handicap, et qui reste pour moi un phare qui guide mes valeurs et projets.

Sommaire

Introduction	p. 1
--------------	------

La stigmatisation

I.	Aux origines...	p. 4
II.	La stigmatisation et la discrimination	p. 5
III.	Les représentations sociales de la maladie mentale	p. 6
IV.	Un exemple d'évaluation de la stigmatisation : l'enquête SMPG	p. 8
	1. L'image du fou	p. 9
	2. L'image du malade mental	p. 9
	3. L'image du dépressif	p. 9
V.	Conséquences de la stigmatisation	p. 10
VI.	La lutte contre la stigmatisation	p. 11

Stigmatisation et réhabilitation psycho-sociale

I.	La réhabilitation psycho-sociale	p. 14
II.	Le rétablissement	p. 14
III.	L'inclusion sociale	p. 16
IV.	L'empowerment	p. 16

Contexte : l'EPSAN et son dispositif de réhabilitation

I.	Présentation de l'établissement	p. 18
II.	Le projet d'établissement	p. 19
III.	Le dispositif de réhabilitation	p. 20
	1. Richard B	p. 21
	2. Le Centre Psychothérapique Intersectoriel (CPI)	p. 21
	3. L'association ARIANE	p. 22
	4. L'Equipe de Réhabilitation Intersectorielle Ambulatoire (ERIA)	p. 23

L'enquête

I.	L'enquête auprès des usagers	p. 25
	1. Méthode	p. 25
	2. Résultats	p. 26
	A. La stigmatisation	p. 26
	B. Expérience des usagers dans le domaine du travail	p. 26
	C. Expérience des usagers dans le domaine amical ou familial	p. 27
	D. Expérience de la psychiatrie	p. 27
	3. Conclusion	p. 28
II.	L'enquête auprès des étudiants infirmiers	p. 28
	1. Méthode	p. 28
	2. Résultats	p. 30
	A. Les représentations des soins psychiatriques	p. 30
	B. L'expérience de stage	p. 32
	C. Le devenir des patients	p. 33
	D. La formation infirmière en psychiatrie	p. 36
	E. Le devenir professionnel envisagé	p. 36
III.	Discussions et perspectives	p. 37
	Conclusion	p. 40
	Bibliographie	
	Annexes	

Introduction

« Tu vas gâcher ta carrière... »

Cette phrase résonne encore dans ma tête... Il s'agit des mots d'encouragements des infirmiers qui m'encadraient au cours de mon stage pré-professionnel, en soins intensifs de médecine générale (le dernier stage de ma formation d'infirmier), lorsque je leur ai annoncé que j'avais obtenu l'affectation que je souhaitais... en psychiatrie. Lors de ma formation, puis progressivement au cours de ma jeune carrière, j'ai souvent été témoin de visions réductrices des soins et des soignants en psychiatrie de la part d'infirmiers en soins généraux : les infirmiers en psychiatrie seraient en quelque sorte des gardiens, garants de l'enfermement de malades dangereux ou déficitaires, et les soins dispensés se résumeraient à du nursing, des jeux de cartes, et une ingestion massive de café et cigarettes... Malheureusement mes expériences personnelles et professionnelles me montrent que ces représentations négatives de la psychiatrie sont encore plus dures à l'encontre des patients que l'on y soigne...

Une expérience désagréable que j'ai vécue est assez évocatrice de ces représentations. Il s'agissait d'un patient d'une quarantaine d'années, certes porteur d'un passé psychiatrique assez « lourd », donc d'une « étiquette psy ». Cet homme était hospitalisé en soins généraux pour de graves troubles digestifs, son pronostic vital était engagé, nécessitant une prise en charge en service de soins intensifs ; afin de favoriser les soins pour lesquels l'adhésion de ce patient était assez précaire au départ, nous avons mis en place un dispositif important pour l'accompagner au mieux dans ses soins, un soignant du secteur était présent 24h/24h dans les premiers temps de cette hospitalisation. Puis le dispositif s'est allégé, étant donné que les soins et l'adhésion s'amélioraient. Un jour, alors que je m'apprêtais à finir ma journée auprès de ce patient, quelle ne fut pas ma surprise de trouver, cachées sous des couvertures, des sangles de contention... Cet homme, sous prétexte d'antécédents psychiatriques, était attaché le soir à notre départ, puis détaché le matin avant notre arrivée ! L'état clinique de ce patient ne le nécessitait clairement pas, et il apparut que les représentations négatives des soignants vis-à-vis de ce patient étaient à l'origine de ce mauvais traitement. En effet, malgré l'amélioration des troubles et le bon contact qu'il semblait avoir noué avec certains soignants, il semblerait qu'il était toujours perçu comme *fou, imprévisible, voir potentiellement dangereux...*

J'exerce le métier d'Infirmier Diplômé d'Etat, au sein de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN) de Brumath. Diplômé en 2008, j'ai choisi d'orienter ma carrière en psychiatrie et j'ai effectué mes débuts en service d'admission fermé pour adultes. J'y ai exercé pendant six ans, avant d'être sollicité pour travailler à la genèse d'une équipe mobile de réhabilitation, l'Equipe de Réhabilitation Intersectorielle Ambulatoire (ERIA), faisant partie intégrante d'un dispositif de réhabilitation que je présenterai au cours de ce travail. Ayant ressenti le besoin de travailler différemment, d'aborder la question du soin autrement qu'au sein de l'institution, j'avais besoin de faire évoluer ma pratique soignante et le regard que je portais sur les patients. J'ai accepté non seulement parce que je portais un grand intérêt à ce projet novateur, mais aussi et surtout parce qu'un des axes de travail de cette équipe mobile serait de développer ou soutenir des actions de sensibilisation du public à la santé mentale.

L'intérêt que je porte à la question de la stigmatisation est assez ancien. Je « baigne » dans le milieu du handicap depuis mon enfance, du fait de la proximité avec un membre de ma famille, trisomique. C'est au travers de cette expérience personnelle que je me suis confronté et sensibilisé à la question de la différence et de l'intégration de cette différence au sein de la société dans laquelle nous évoluons. De par mes expériences dans le bénévolat pour différentes associations, j'ai pris conscience que la sensibilisation du public est un facteur clé pour combattre les discriminations et permettre de changer les mentalités, et ainsi favoriser l'intégration des personnes présumées différentes. Persuadé qu'il en va de même pour les troubles psychiatriques, et au vu du niveau de stigmatisation que j'ai perçu, à la fois dans ma vie personnelle et professionnelle, à la fois hors et à l'intérieur des murs de l'hôpital, pourtant censé représenter un lieu d'asile et de protection, j'ai donc investi pleinement cette question de la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Entre 2011 et 2014, au travers d'une expérience de tutorat, j'ai été amené à accueillir et accompagner des étudiants infirmiers tout au long de leurs dix semaines de stage de psychiatrie. Bien souvent, ce stage était facteur de stress et d'appréhension. Intervenant régulièrement en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), et travaillant en partenariat avec des cadres de santé formateurs en IFSI, des étudiants infirmiers et des usagers du Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) Aube situé à Strasbourg, à l'élaboration d'une journée de promotion de la santé mentale, c'est tout naturellement que je me suis intéressé aux interrogations des usagers : comment sont-ils perçus par les étudiants infirmiers,

professionnels en formation et soignants de demain ? Cette préoccupation a clairement inspiré le sujet de mon mémoire, consacré à une réflexion sur la stigmatisation en santé mentale et une enquête sur les représentations des étudiants infirmiers.

Les préjugés négatifs et idées reçues sur les personnes souffrant de troubles psychiques sont véhiculés au sein de la communauté, partagés ou transmis par ses membres, relayés par les médias ; nous pouvons en conclure que les représentations négatives de la psychiatrie et des personnes vivant avec un trouble psychique peuvent potentiellement être partagées par tous. Les étudiants infirmiers pourraient donc également avoir des représentations négatives de la santé mentale et des personnes souffrant de troubles psychiques. En tant que futurs professionnels de santé, ces représentations peuvent avoir un impact sur leur conception du soin en psychiatrie, leur perception des capacités des patients et leur orientation thérapeutique et, au bout du compte, sur la possibilité pour les patients d'être considérés comme des citoyens à part entière, et être accompagnés dans un parcours de rétablissement.

Afin de vérifier cette hypothèse, j'ai choisi de mener une enquête auprès d'étudiants de plusieurs IFSI de la région strasbourgeoise, afin d'étudier leurs représentations. Le questionnaire d'enquête a été construit à partir des thématiques recueillies auprès de focus groupes de personnes vivant avec des troubles psychiques, interrogées sur leur perception de la stigmatisation dont elles ont pu être victimes.

Dans une première partie je vais apporter un éclairage théorique sur la stigmatisation en santé mentale, pour mieux comprendre ses mécanismes et les conséquences qu'elle engendre auprès des usagers de la santé mentale. Puis dans une seconde partie j'introduirai succinctement les différentes notions clé en réhabilitation psycho-sociale, ce qui permettra de mieux comprendre l'intérêt de lutter contre la stigmatisation. Dans une troisième partie je présenterai l'établissement au sein duquel j'exerce, ainsi que le dispositif de réhabilitation dont je suis un acteur au sein de l'équipe mobile de réhabilitation, ceci afin de mieux saisir le contexte dans lequel ce mémoire est construit. Enfin, une quatrième partie sera consacrée à l'enquête réalisée auprès d'étudiants infirmiers de plusieurs IFSI de la région ; la méthodologie, les résultats et l'analyse y seront exposés. Je terminerai ce travail en élargissant aux perspectives de lutte contre la stigmatisation et interventions envisagées en fonction des résultats de l'enquête.

La stigmatisation

La stigmatisation

I. Aux origines...

Le terme « stigmatisation » trouve son origine à l'Antiquité : en grec ancien, *stizein* signifie *tatouer*, et le mot *stigma* renvoie à la marque infligée au fer rouge aux esclaves, révélant ainsi aux yeux du monde dans lequel ils évoluaient leur statut social inférieur. Ce terme a perduré en latin : le mot *stigmata* indique de la même façon une marque distinctive infligée aux esclaves.¹

Tout au long de l'histoire, à l'exception près des stigmates du Christ au Moyen-âge, qui revêtaient un caractère sacré et conféraient à celui qui les portait une valorisation, reconnaissance d'une vie spirituelle exemplaire, cette marque a revêtu un caractère péjoratif, signe d'infamie, reconnaissance de l'infériorité du statut social de celui qui la porte. Au Moyen-âge par exemple, les criminels sont marqués au fer rouge, et ainsi condamnés à la disgrâce, la méfiance et l'exclusion...

Mais ces stigmates concernent également le champ de la santé : à l'Antiquité, l'épilepsie était le signe d'une disgrâce auprès des dieux, et au Moyen-âge, les lépreux avertissent la population de leur passage au Moyen d'une crécelle, les affligeant ainsi d'une exclusion sociale, et les condamnant à l'exil en dehors des villes, dans des dispensaires... Les cicatrices laissées par les pustules de la variole furent aussi marques de honte pour ceux qui les portaient, traduisant ainsi aux yeux du monde un état ancien dégradant, mais souvent aussi interprétées comme les signes d'une vie sexuelle débauchée ou de fréquentations sociales de basse extraction... A partir du 17^{ème} siècle, malgré la médicalisation de la folie, éloignant ainsi la maladie mentale de la superstition et des questions religieuses, les « fous » continuent à être exclus et sont regroupés dans des asiles, qui accueillent également prostituées, criminels et victimes de la pauvreté.²

Tout au long de l'histoire, de nombreuses maladies ont été stigmatisées : la lèpre, la variole, la tuberculose, puis à l'époque moderne le cancer et le sida... Notons que si toutes les maladies pré-citées présentent un caractère contagieux, dans notre société moderne qui s'appuie sur des normes, la stigmatisation s'est étendue à tout ce qui engendre une différence

¹ GIORDANA J.-Y. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale* éditions Elsevier-Masson, 2010

² CARIA A. *Folie, stigma et média* Cours du DIU *Santé mentale dans la communauté* 2015

à connotation négative. Les maladies mentales ont également été stigmatisées, rappelons simplement qu'au cours de la seconde guerre mondiale les malades mentaux ont été déportés et exterminés... De nos jours, la schizophrénie semble la maladie mentale la plus stigmatisée.

II. La stigmatisation et la discrimination

Pour Erwin Goffmann, le stigmate serait un attribut qui différencierait un individu d'une catégorie dans laquelle on pourrait le classer. Selon lui, un écart important entre l'identité sociale virtuelle, qui correspond aux caractéristiques que nous prêtons à un groupe de personnes, et l'identité sociale réelle, qui correspond au véritable profil d'une personne, détermine le degré de stigmatisation.³

D'après Jean-Yves Giordana, « le terme de stigmatisation est un terme complexe qui fait référence à un concept multidimensionnel. Il s'agit d'une attitude générale, de l'ordre du préjudice, induite par la méconnaissance ou l'ignorance d'une situation ou d'un état, et cette méconnaissance ou ignorance va générer des conduites et des comportements de discrimination »⁴. Cette définition est intéressante car elle introduit la notion de discrimination en l'associant à la stigmatisation.

Le terme *discrimination* est à l'origine un terme neutre, synonyme du terme *distinction*. La définition du dictionnaire Larousse est la suivante : « Action de séparer, de distinguer deux ou plusieurs êtres ou choses à partir de certains critères ou caractères distinctifs ; distinction ». En ce qui concerne la stigmatisation en santé mentale le caractère distinctif serait donc certains symptômes ou comportements qui distingueraient ceux qui en sont victimes de la majorité de la population dite « normale ». Notons que lorsque le terme discrimination est employé dans un contexte social ou institutionnel, il revêt le plus souvent un caractère péjoratif, signifiant l'action de distinguer de façon injuste ou illégitime, comme par exemple séparer un individu ou un groupe social d'une majorité en le traitant plus mal.

Ainsi, victimes d'exclusion ou de traitements inégaux, les personnes présentant des troubles psychiques parviennent difficilement à intégrer la communauté, ce qui engendre une souffrance supplémentaire, et peut majorer leurs troubles, soit de par cette souffrance, soit de par l'exclusion, éloignant ainsi l'individu de son entourage, de la société, et bien évidemment des services de soins.

³ GOFFMAN E., *Stigmates* Les éditions de minuit, 1975

⁴ GIORDANA J.-Y. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale* éditions Elsevier-Masson, 2010

Mes lectures au cours de ma phase de recherche m'ont conduit à m'intéresser aux représentations sociales, qui sont à l'origine de ces comportements à l'égard des personnes souffrant de troubles psychiques.

III. Les représentations sociales de la maladie mentale

Les représentations sociales correspondent à des élaborations de la pensée concernant un sujet ou un thème. Elles sont le reflet du point de vue prévalent d'un groupe de personne. Il s'agit donc d'un préjugé, une idée reçue qui serait véhiculée au sein d'une communauté. Chaque membre de la communauté peut se l'approprier et contribuer ainsi à le faire perdurer par « contagion » ou transmission. Ce préjugé a un impact sur le comportement de l'individu en regard d'une situation donnée, à laquelle il serait ou pourrait être confronté, en lui offrant une compréhension de cette situation, lui dictant ainsi comment l'aborder et se comporter.⁵

Les représentations sociales concernent des faits, des situations ou des personnes et vont être à l'origine des codes de vie au sein d'une communauté. Lorsqu'un individu présente une caractéristique ou un attribut qui diffère des normes établies par le groupe social auquel il appartient, elles sont à l'origine d'attitudes stigmatisantes telles que la méfiance ou la mise à distance, ou de comportements discriminatoires tels que le rejet ou l'exclusion. Ces représentations sont ancrées dans le domaine affectif et sont difficiles à modifier, même par l'expérience positive ou l'apport de connaissances.

« La stigmatisation repose donc sur des préjugés négatifs qui sous-tendent les attitudes et les comportements des membres d'une société vis-à-vis de la personne malade »⁶. Ces préjugés ne prennent en considération ni ne permettent de comprendre l'origine de ces comportements.

Selon Jean-Yves Giordana, les représentations péjoratives des personnes souffrant de troubles psychiques sont de l'ordre de trois grandes catégories :

- l'image du *fou dangereux* : on y retrouve principalement les notions de violence et de dangerosité ; la crainte et la peur engendrées par cette représentation conduisent à l'isolement et à l'exclusion sociale.

⁵ GIORDANA J.-Y. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale* éditions Elsevier-Masson, 2010

⁶ GIORDANA J.-Y. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale* éditions Elsevier-Masson, 2010

- l'image de *l'individu anormal* : on y retrouve les notions d'irresponsabilité, d'imprévisibilité et d'incapacité à se soumettre aux conventions sociales, aux règles de savoir-vivre, aux lois ; l'irresponsabilité supposée du malade conduit ainsi à des attitudes dirigistes, voir autoritaires, privant ainsi l'utilisateur de son libre arbitre.
- l'image du *malade infantile* : on y retrouve la notion de limitation intellectuelle, cette représentation conduit parfois à des attitudes protectrices, voir surprotectrices, et également dirigistes ; ces attitudes peuvent conduire à la régression et une perte d'autonomie.

D'autres représentations erronées circulent au sujet des personnes souffrant de troubles psychiatriques ; ainsi, les malades atteints de schizophrénie, en plus d'être dangereux, seraient incurables et condamnés à la régression. Irresponsables, ils ne seraient par conséquent pas capables d'avoir un emploi, d'exercer un rôle social ou encore avoir un logement. Cette représentation conduit également à l'exclusion, puisque les « fous » ne seraient à leur place qu'à l'hôpital ou dans une institution.

Une autre représentation véhiculée serait que la fréquentation prolongée de personnes souffrant de troubles psychiques pourrait compromettre l'équilibre psychique de celui qui s'y risquerait... La folie serait donc contagieuse ! C'est d'ailleurs une question qui m'est régulièrement posée lorsque je rencontre de nouvelles personnes et que je suis amené à parler de mon métier...

Ces représentations sont perpétuées notamment par les médias : par exemple, les journaux et chaînes d'informations font largement écho des faits divers concernant un malade souffrant de troubles psychique, contribuant ainsi à amplifier les phénomènes de discrimination.

En ce qui concerne la presse écrite, il semble que les journalistes à l'origine de titres et d'articles très négatifs vis-à-vis des personnes souffrant de troubles psychiques ne soient pas plus hostiles que le reste de la population, mais la recherche de « sensationnel » et d'accroche du lecteur contribuent largement à véhiculer une mauvaise image de la santé mentale. Des études, notamment en Italie, où les articles traitant de psychiatrie ou de santé mentale parus dans un journal ont été relevés pendant un an, démontrent qu'il existe une forte corrélation entre les personnes souffrant de troubles psychique et la criminalité. Le lien entre trouble psychique et dangerosité est de ce fait trop rapidement établi par les lecteurs.⁷

⁷ MAGLI E., BUIZZA C., PIOLI R., *Malattia mentale e mass-media : una indagine su un quotidiano locale* Recent Prog Med n° 95, 2004, p. 302-307

Le cinéma a également un impact important sur le grand public. L'image du malade mental y est bien souvent effrayante, associée à la terreur, au crime et à la violence (films fantastiques, d'horreur...). Malgré quelques exceptions (*Rain Man*, *Un homme d'exception*, *Le soliste*), la plupart des films contribuent au maintien de la stigmatisation. Une étude a notamment été réalisée sur l'impact du film « Vol au-dessus d'un nid de coucou », elle a démontré que le film avait eu une influence très négative sur le public, en renforçant les sentiments de peur et de rejet.⁸

La télévision est également contributrice de stéréotypes négatifs : diverses études ont démontré que les personnages représentant des malades psychiques sont souvent plus violents, dangereux ou asociaux, suscitant la méfiance et un ressentiment négatif à l'encontre des malades psychiques.

La publicité a également un impact et n'échappe pas à la vulgarisation de termes appartenant habituellement au milieu de la psychiatrie. Certains termes sont vulgarisés, d'autres détournés ou utilisés, tels le mot « schizophrénie », régulièrement utilisé pour signifier une contradiction ou une ambivalence, la plupart du temps de manière péjorative.

IV. Un exemple d'évaluation de la stigmatisation : l'enquête SMPG

Différentes enquêtes ont été réalisées dans plusieurs pays afin de mesurer le niveau de stigmatisation vis-à-vis des personnes souffrant de troubles psychiques. Parmi ces enquêtes, j'ai choisi de m'intéresser plus particulièrement à l'enquête SMPG « Santé Mentale en Population Générale : images et réalités ». Depuis son lancement en 1997, l'enquête SMPG a été réalisée sur 86 sites, 71 en France et 15 à l'étranger, et près de 77000 personnes ont été interrogées.⁹ Cette enquête visait à mieux comprendre les représentations sociales de la population vis-à-vis de trois grands concepts, le *fou*, le *malade mental* et le *dépressif*.¹⁰ En plus de questions ouvertes sur chacun des concepts en début d'enquête, différents comportements ont été listés pour être associés par les enquêtés à l'un des 3 concepts ; puis les représentations liées à l'exclusion, la responsabilité, les soins, la guérison possible,

⁸ DOMINO G., *The impact of the film « One flew over the Cuckoo's nest », on attitudes toward mental illness* Psychol Rep n° 53, 1983, p. 179-182

⁹ CCOMS, EPSM Lille Métropole *Présentation de l'enquête SMPG : historique, méthodologie* Cours du DIU *Santé mentale dans la communauté* 2015

¹⁰ ROELANDT J.L., CARIA A., DEFROMONT L., VANDEBORRE A., DAUMERIE N., *Représentations sociales du "fou", du "malade mental" et du "dépressif" en population générale en France*, p.7-13, L'Encéphale, supplément 1 au n° 3, 2010, Editions Elsevier-Masson

l'image de l'hôpital psychiatrique et l'attitude à avoir vis-à-vis d'un proche et de soi-même en cas de trouble psychique sont abordés.

1. L'image du fou

Le fou ne guérit pas, il est présenté comme non intégrable dans la société, dans la sphère du travail, et même dans sa famille. Sa place serait à l'hôpital, où ses soins consisteraient à ingérer des médicaments. Les comportements qui lui sont associés sont des comportements anormaux, dangereux, imprévisibles, similaires à ceux de délinquants voués à connaître la prison. Il est perçu comme irresponsable, ne maîtriserait ni son état, ni ses actes.

2. L'image du malade mental

Cette image est relativement similaire à celle du fou dans la population, de par les comportements violents et anormaux qui lui sont associés, ainsi que les notions de dangerosité, d'incurabilité et d'exclusion. Toutefois les chiffres concernant l'exclusion et l'impossibilité de guérison sont moins importants que pour le fou. Les actes criminels qui sont associés à cette image sont déresponsabilisés et médicalisés, et il existe une confusion entre l'hôpital psychiatrique, qui serait garant de la paix sociale, et la prison. Le fou et le malade mental sont également associés de manière confuse à la criminalité et la délinquance. Le malade mental doit être placé, soit à l'hôpital, soit dans lieu de vie.

3. L'image du dépressif

La dépression est perçue comme une maladie curable, le dépressif comme une personne en souffrance, qui a besoin de soins et de soutien de la part de son entourage. Les comportements qui lui sont attribués sont « normaux », il n'y a pas d'associations entre le dépressif et les comportements dangereux ou anormaux.

L'enquête SMPG a permis de pointer notamment qu'au sein de la population française la folie, la maladie mentale sont souvent associées aux notions de délinquance ou de criminalité. Le dépressif, auquel il semble plus facile de s'identifier, perçu comme souffrant et en besoin de soins, est séparé du fou et du malade mental, perçus comme différents, à soigner, surveiller ou enfermer. Il existe une confusion historique entre les milieux psychiatrique et

carcéral, entre le soin et l'enfermement, qui fait perdurer l'exclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiatriques, du fait de la perception qu'a la population générale de ces personnes.

V. Conséquences de la stigmatisation

« La discrimination peut être définie comme une distinction injuste dans la façon de traiter différentes catégories de personnes. Certains individus, en raison d'une caractéristique parmi d'autres, vont être traités différemment des autres et le plus souvent à leur désavantage. »¹¹

Les personnes souffrant de troubles psychiques ont toujours, au travers des âges, été victimes de discrimination. Cette discrimination a souvent pris la forme d'une exclusion sociale : expulsion des villes, construction d'asiles destinés à devenir des lieux de privations de libertés, déportation...

C'est encore vrai de nos jours, la difficulté à maintenir des relations sociales, amicales ou familiales du fait de comportements de rejets ou de méfiance conduisent à l'isolement et à l'exclusion. La discrimination à l'embauche constitue parfois un obstacle infranchissable pour les malades, privés ainsi d'insertion sociale et des bienfaits du sentiment de pouvoir exercer un rôle valorisant dans la société. La discrimination à l'accès au logement est également non négligeable, que ce soit pour l'obtention ou le maintien à domicile.

La souffrance engendrée par la discrimination et les comportements qu'elle sous-tend s'ajoute à celle engendrée par la maladie : un vécu de honte, pour la personne malade mais aussi son entourage, un sentiment d'être rejeté ; ces ressentis peuvent contribuer à majorer les troubles.

Un autre effet de la stigmatisation concerne l'accès aux soins : en effet le malade n'échappe pas lui-même à ses propres représentations de l'appareil psychiatrique et des personnes qui y sont soignées, et ses propres préjugés négatifs peuvent le conduire à nier l'existence d'une maladie psychique pour lui-même et ainsi écarter ou retarder la possibilité de consulter. Pourtant, les études récentes sur l'évolution et le pronostic de la plupart des maladies mentales, et plus particulièrement la schizophrénie, montrent qu'une prise en charge précoce permet une évolution des troubles nettement plus favorable. Ainsi la stigmatisation aurait un effet délétère sur le pronostic et l'amélioration des maladies mentales.

¹¹ GIORDANA J.-Y. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale* éditions Elsevier-Masson, 2010

Un autre phénomène plus pernicious serait la stigmatisation des usagers vis-à-vis d'eux-mêmes ! L'auto-stigmatisation consiste en l'acceptation et l'internalisation par la personne souffrant d'un trouble psychique, de stéréotypes négatifs au sujet des individus auxquels elle est assimilée. L'étude INDIGO, menée sous l'égide du CCOMS, a permis l'élaboration d'un outil de mesure de la discrimination, évaluant la nature, la connotation positive ou négative et la sévérité de la stigmatisation, l'échelle DISC (Discrimination and Stigma Scale).¹² Cette étude démontre que de très nombreuses personnes souffrant de troubles psychiques (plus de la moitié des personnes concernées par l'étude) avaient anticipé une discrimination qu'elles n'avaient jamais expérimentée. La discrimination anticipée se révélant plus fréquente que la discrimination réellement expérimentée, cela confirme que la personne ayant une maladie psychique partage les mêmes représentations du « malade mental » que le grand public, ce qui peut conduire à des stratégies d'évitement de situations sociales d'une part, et à une altération de l'estime de soi d'autre part. Malheureusement, cet évitement de situations pour lesquelles il existe un fort risque de discrimination conduit à une diminution des opportunités, notamment dans les domaines professionnel et relationnel.

Au final, ces nombreuses discriminations dans tous les domaines entraînent bien évidemment une diminution de la qualité de vie, mais aussi une souffrance supplémentaire ; c'est pourquoi il est primordial de lutter contre la stigmatisation en santé mentale.

VI. La lutte contre la stigmatisation

La lutte contre la stigmatisation est devenue une priorité de santé publique depuis une quinzaine d'années et figure dans la quasi-totalité des programmes de santé mentale, en France et à l'étranger. Elle figure dès 2001 dans le rapport de l'OMS « Nouvelles conceptions – nouveaux espoirs ». Le respect de la liberté et des droits fondamentaux des personnes atteintes de maladie mentale figure dans la résolution 46/119 des Nations Unies. Elle insiste notamment sur fait que les personnes atteintes de maladies mentales doivent pouvoir exercer leurs droits tels qu'ils sont reconnus par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. La conférence ministérielle européenne de l'OMS (Helsinki, 2005) a qualifié la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques de problème majeur. En octobre 2005, la Commission Européenne a lancé un livre vert intitulé « Améliorer la santé mentale de la

¹² THORNICROFT G., BROHAN E., ROSE D., SARTORIUS N., MORVEN L., for the Indigo study group, *Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia : a cross-sectional survey* www.thelancet.com, janvier 2009

population ; vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union Européenne » dans lequel sont dénoncées certaines attitudes de l'opinion publique telles que les appréhensions ou les préjugés, entraînant des souffrances personnelles et aggravant l'exclusion sociale. En 2008, la lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sociale devient un des 5 axes d'actions prioritaires dans « l'European pact for mental health eand well-being ».

En France, le rapport Piel-Roelandt intitulé « De la psychiatrie vers la santé mentale » rappelle que les droits de l'homme et du citoyen sont inaliénables et que les troubles psychiques ne les annulent pas. La même année, le plan gouvernemental Kouchner cite la lutte contre la stigmatisation attachée aux maladies mentales parmi ses objectifs prioritaires. En 2003, le rapport Cléry-Melin propose une sensibilisation du grand public et l'élaboration d'une charte de communication au sujet des maladies mentales avec des journalistes. Le plan « Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 » prévoyant des campagnes de communication à long terme afin d'améliorer l'information du grand public. Enfin, en 2009, le rapport Couty propose la lutte contre la discrimination et la stigmatisation du malade et de la maladie mentale comme priorité de santé publique.

En France, plusieurs initiatives ont vu le jour ces dernières années pour lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques. En 2005, le Centre Collaborateur pour l'OMS (CCOMS), la Fédération nationale des patients en psychiatrie (FNAPSY), l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques (UNAFAM) et l'Association des Maires de France (AMF) lancent la campagne « Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques » ; elle consistait en la diffusion de brochures d'informations et d'un message de tolérance au travers d'affiches et spots TV. Les Semaines d'Information sur la Santé Mentale, créées en 1990 par l'Association Française de Psychiatrie, sont un excellent support d'information et de rencontre avec le public ; elles visent à mieux faire connaître les différents acteurs de la santé mentale, et permettent de lutter contre la stigmatisation en informant le public.

De multiples expériences menées en France comme à l'étranger ont permis de dégager quelques recommandations en matière de lutte contre la stigmatisation.¹³ En premier lieu, il s'agit d'augmenter le niveau de connaissance du public. Les campagnes de communication

¹³ CARIA A., VASSEUR BACLE S., ARFEUILLERE S., LOUBIERES C., *Lutter contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale : quelques recommandations* Adsp n° 84, septembre 2013, éditions La documentation française, p. 40-42

ponctuelles ayant été jugées peu efficaces, des actions à plus long terme, auprès d'un public ciblé, avec des objectifs précis seraient plus appropriées. L'évaluation des représentations du public cible permet de mieux définir les besoins et ainsi ajuster ces actions. L'implication des usagers, des partenaires (Conseils Locaux de Santé Mentale CLSM, associations.. .) et des services de santé mentale est nécessaire, pour favoriser l'empowerment des usagers, bénéficier de leur expérience directe de la stigmatisation et permettre la rencontre avec le public. L'implication des médias permet d'améliorer leur connaissance des troubles psychiques et ainsi faire baisser les stéréotypes négatifs qu'ils contribuent à faire perpétuer.

Il existe différents types d'actions :¹⁴

- les actions militantes, qui visent à contester les notions stigmatisantes et combattre les attitudes discriminatoires
- les actions éducatives, qui visent à augmenter les connaissances du public au travers de rencontres et débats
- les actions d'identification, qui visent à mettre un visage sur les troubles psychiques (célébrités ou gens ordinaires)

Notons que les résultats des actions de déstigmatisation sont difficiles à quantifier : en effet, l'évaluation de l'évolution des représentations et comportements est très complexe.

¹⁴ CARIA A., ARFEUILLERE S., VASSEUR BACLE S., LOUBIERES C., *Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale ?* La santé de l'homme n° 419, mai-juin 2012, INPES Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, p. 25-27

Stigmatisation et
réhabilitation
psycho-sociale

Stigmatisation et réhabilitation psycho-sociale

I. La réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale émerge aux Etats-Unis après la Seconde Guerre Mondiale. Le terme *réhabilitation* trouve son origine dans le terme anglophone *rehability*, incluant la notion d'habileté et de capacité ; il s'agit donc de s'appuyer sur les capacités existantes de l'individu. Elle se définit comme « un processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté »¹⁵ ; s'opposant à un modèle médical se focalisant principalement sur les symptômes, handicaps et difficultés liés à la maladie, les techniques de réhabilitations psycho-sociales permettent de valoriser les capacités et les ressources de l'individu, ceci pour lui permettre d'acquérir, améliorer ou maintenir des compétences dans différents domaines parmi lesquels :

- gestion des relations sociales, pouvoir s'insérer dans la société et pouvoir entrer en relation avec autrui
- gestion de la maladie et de son traitement
- gestion de la vie quotidienne
- réinsertion professionnelle

L'objectif recherché étant une amélioration significative de la qualité de vie de la personne, lui permettant ainsi de se maintenir ou se réinsérer au sein de la communauté.¹⁶

II. Le rétablissement

Des recherches récentes sur le devenir des patients psychotiques bouleversent la vision réductrice et pessimiste selon laquelle les patients seraient condamnés à une maladie longue et chronique, avec pour seule perspective une possibilité de stabilisation des symptômes. Cette idée reçue est encore largement véhiculée parmi de nombreux professionnels de santé de la psychiatrie. Pourtant ces études ont démontré que la majorité des patients atteints de troubles psychiatriques graves progressent, avec des résultats nettement plus encourageants qu'une simple stabilisation.

¹⁵ CNAAN R.A., BLANKETZ L., MESSINGER K.W., GARDNER J.R. *Psychosocial rehabilitation : toward a definition* Psychosocial Rehabilitation Journal, 1988

¹⁶ GORIOT E. *Réhabilitation psychosociale* EMC, éditions Elsevier Masson, 2010

Le rétablissement est un concept anglo-saxon né dans les années 80 au travers de mouvements d'usagers qui se battaient pour la défense des droits des patients, l'amélioration des services psychiatriques et contre les discriminations dont sont victimes les usagers de la santé mentale.¹⁷

Pour William ANTHONY, le rétablissement serait « un processus profondément personnel et unique de changement de ses attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences et/ou rôles. C'est une façon de vivre de manière épanouie, avec l'espoir d'apporter sa contribution à la société, même s'il reste d'éventuelles contraintes liées à sa maladie. Se rétablir signifie donner un nouveau sens à sa vie, un nouvel objectif, au fur et à mesure que l'on apprend à dépasser les effets catastrophiques de la maladie mentale ».¹⁸

Soigner selon les principes du rétablissement consisterait donc à accompagner les patients afin de leur permettre de retrouver confiance en eux et surtout pouvoir croire en une amélioration ; il apparaît essentiel que les patients puissent se projeter dans un avenir qui ne soit pas assombri par les seules conséquences néfastes de leur maladie. Pour permettre le rétablissement, il est nécessaire de créer un contexte au sein duquel le patient pourrait envisager de rejouer un rôle dans la société, au travers d'un travail ou d'activités de loisirs. Ainsi, l'usager pourrait devenir acteur de sa propre vie, de ses soins et de son avenir, et pas seulement spectateur de ses propres soins. Comme le résumait Emmanuelle JOUET et Tim GREACEN, que nous avons eu la chance d'accueillir dans notre établissement dans le cadre d'une formation sur le rétablissement : « Le rétablissement en santé mentale ne peut se réduire au seul rétablissement de la maladie ».

Néanmoins, pour permettre ce climat et accompagner les patients dans leur parcours de rétablissement, il est essentiel que les soignants puissent remettre en question leurs propres représentations de la maladie mentale, notamment pour tendre vers une relation de partenariat et non plus rester confiné dans un rôle d'expertise soignante. Il s'agirait aussi pour les soignants de changer de regard sur les personnes qu'ils soignent et accompagnent, en se focalisant davantage sur les compétences et capacités de leurs patients, plutôt que sur leurs handicaps et incapacités.

¹⁷ GREACEN T., JOUET E. *Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet Emilia* L'information psychiatrique n° 5, volume 89, 2013

¹⁸ ANTHONY W. *Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health system in the 1990s* Psychosocial Rehabilitation Journal, 1993

III. L'inclusion sociale

L'inclusion sociale est une notion récente née des politiques européennes de lutte contre l'exclusion sociale au début du 21^{ème} siècle. La Commission Européenne la définit ainsi en 2004 : « Lorsque les individus sont en mesure de participer pleinement à la vie économique, sociale et civile, lorsqu'ils disposent d'un accès suffisant aux revenus et à d'autres ressources (d'ordre personnel, familial, social et culturel) pour pouvoir bénéficier d'un niveau et d'une qualité de vie considérés comme acceptables par la société à laquelle ils appartiennent, et lorsqu'ils jouissent pleinement de leurs droits fondamentaux. »¹⁹ L'idée centrale serait que le travail d'intégration sociale doit être réalisé aussi bien par l'individu que par la société. Emmanuelle JOUET et Tim GREACEN soulignent que « Dans une politique d'inclusion sociale, la réhabilitation sociale ne suffit pas : la société doit elle aussi se « réhabiliter » pour accepter et promouvoir la participation de la personne exclue ou en difficulté comme acteur social à part entière ». ²⁰

Il s'agirait donc non seulement de favoriser l'accès à l'emploi pour des personnes souffrant de troubles psychiques, mais aussi et surtout leur permettre de devenir des acteurs au sein même de la société. Tim Greacen et Emmanuelle Jouet soulignent que « La personne vivant avec un problème de santé mentale a droit aux mêmes opportunités sociales, économiques, éducatives, récréatives, sportives et culturelles que le reste de la population. ». Ce processus ne semble réalisable que par une ré-information de la population et des actions en faveur d'une déstigmatisation pour faire évoluer favorablement l'image que le reste de la population a de la psychiatrie et des personnes souffrant de troubles psychiques.

IV. L'empowerment

L'empowerment peut se définir comme « le processus par lequel l'individu prend le contrôle sur sa propre vie, apprend à faire ses propres choix, participe aux décisions le concernant, soit un processus d'autonomisation tout en s'armant mieux pour savoir apporter sa contribution à la collectivité ». ²¹ L'empowerment est traduit par la Commission Européenne comme une responsabilisation ; celle-ci la définit en 2001 comme « une

¹⁹ Commission Européenne, 2004, *Rapport conjoint sur l'inclusion sociale*

²⁰ Sous la direction de GREACEN T. et JOUET E. *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie* Edition Erès, 2012

²¹ Sous la direction de GREACEN T. et JOUET E. *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie* Edition Erès, 2012

démarche qui consiste à octroyer aux individus le pouvoir de prendre des initiatives responsables en vue d'orienter leur vie et celle de leur communauté (ou société » dans les domaines économique, social et politique).²² Pour l'OMS en 2010, l'enjeu majeur pour l'empowerment serait la transformation ou l'abrasion des relations de pouvoir entre l'individu et le contexte social ou institutionnel dans lequel il évolue.²³

L'empowerment correspond à la redécouverte ou la reprise du pouvoir d'agir, de reprendre le cours de sa vie en main. Au niveau individuel, il correspond à l'augmentation des capacités d'une personne, retrouvant ainsi le contrôle de sa vie, la confiance et l'estime de soi. Au niveau de la communauté, il correspond à la promotion des compétences d'un groupe de personnes au sein de la communauté, par l'information ou le regroupement en associations par exemple. D'après Nicolas Daumerie, « L'empowerment désigne donc la succession d'étapes par lesquelles un individu ou une collectivité s'approprie le pouvoir et la capacité d'exercer celui-ci de façon autonome »²⁴. La lutte contre la stigmatisation fait donc partie des actions d'empowerment au sein de la communauté.

Il s'agit là d'une notion clé en ce qui concerne les services de soins psychiatriques. Historiquement, l'usager des services de psychiatrie n'a pas pu se faire entendre : il a souvent été peu informé et peu consulté en sur les orientations prises dans ses soins. Longtemps les usagers ont été peu impliqués dans les processus décisionnels et organisationnels concernant les politiques de santé, l'organisation et les pratiques des services. Il est primordial de laisser les usagers s'impliquer dans ces domaines pour permettre une évolution favorable des services de santé en psychiatrie. Il s'agit de changer radicalement de paradigme, en permettant au patient d'évoluer d'un statut passif à celui d'usager acteur, voire expert. Le soignant, quant à lui, est invité à délaissé son positionnement d'expert, détenteur d'un savoir médical, et décideur des orientations prises pour les patients, au profit d'un statut de personne ressource, partageant ses connaissances avec des usagers auxquels on reconnaît la capacité à prendre des décisions importantes. Pour que ce soit possible, il est important, encore une fois, de permettre aux soignants de changer de regard sur les usagers.

²² Commission Européenne, 2001, *Réaliser un espace européen de l'éducation et de formation tout au long de la vie*

²³ OMS, 2010, *User empowerment in mental health*

²⁴ DAUMERIE N., *L'empowerment en santé mentale : recommandations, définitions, indicateurs et exemples de bonnes pratiques* La santé de l'homme n° 413, mai-juin 2011, INPES Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

Contexte : l'EPSAN et son
dispositif de réhabilitation

Contexte : l'EPSAN et son dispositif de réhabilitation

Il me paraît important, avant de continuer ce travail et exploiter l'enquête que j'ai réalisée, de présenter l'établissement où j'exerce, ainsi que le dispositif de réhabilitation dont je suis un acteur au sein de l'Equipe de Réhabilitation Intersectorielle Ambulatoire ERIA.

I. Présentation de l'établissement

Quatrième établissement hospitalier public d'Alsace, l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN) est un acteur important de l'offre de soins en Alsace. Il a pour mission la prise en charge des troubles de santé mentale et met à disposition de la population des services et équipements de prévention, de diagnostic, de soins et de suivi pour adultes, adolescents et enfants.

L'EPSAN a son siège à Brumath, petite ville située à une quinzaine de kilomètres au nord de Strasbourg, où sont installés les lits d'hospitalisation. Il dessert les trois-quarts de la population Bas-rhinoise, soit 718 000 adultes et 104 710 enfants (recensement effectué en 1999), incluant 404 communes sur les 522 du département, de Wissembourg à Saales et de Sarre-Union à Strasbourg et propose diverses modalités de soins, de l'hospitalisation à temps complet classique aux prises en charge de jour, de nuit ou de semaine.

L'EPSAN a été créée le 1^{er} janvier 1999 par la fusion de deux centres hospitaliers historiques, Brumath et Hoerdt, distants d'une dizaine de kilomètres.

L'EPSAN gère :

- 8 pôles d'activité clinique relevant de 8 secteurs de psychiatrie générale (patients adultes)
- 2 pôles d'activité clinique relevant de deux inter secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (patients enfants et adolescents) et une unité mère-bébé
- 1 pôle d'activité clinique relevant du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (Service Médico-Psychologique Régional – SMPR)
- 1 pôle médico-technique regroupant les services de la pharmacie et d'hygiène hospitalière

- 1 pôle somatique, gériatrique et médico-social regroupant un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) et une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)
- 1 Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) avec trois promotions d'étudiants en soins infirmiers et une promotion d'élèves aide-soignants

Actuellement l'EPSAN est en pleine réorganisation et mène un projet de construction d'un nouvel établissement au cœur de la cité, à Strasbourg même.

II. Le projet d'établissement

Le projet d'établissement de l'EPSAN comprend une réorganisation complète de l'offre de soins en hospitalisation à temps complet.²⁵

En 2014, l'établissement comptait encore 408 lits d'hospitalisation à temps complet situés sur le site de Brumath. Dans le cadre du projet d'établissement, les lits d'hospitalisation à temps complet des quatre secteurs de psychiatrie générale correspondant aux secteurs urbains seront relocalisés au cœur même de la cité, à Strasbourg, dans le quartier de Cronembourg, afin de rapprocher ces lits de la population desservie. En sus de cette réorganisation architecturale, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet sera diminué pour comprendre au total 147 lits d'hospitalisation à temps complet sur le site de Brumath, auxquels s'ajoutent 44 lits accueillant des patients adultes souffrant de troubles psychiatriques depuis l'enfance, et 140 lits d'hospitalisation à temps complet sur le site de Cronembourg. Ce qui représente au total 331 lits d'hospitalisation, soit une diminution conséquente de 77 lits sur l'ensemble de l'établissement. Précisons que cela représente 46 lits pour 100 000 habitants, ce qui est loin du chiffre moyen national (95 lits en moyenne pour 100 000 habitants).

En regard de cette diminution du nombre de lits, le projet médical de l'établissement propose de « prévoir et engager les réorganisations nécessaires à la diminution programmée du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet de psychiatrie générale ». La réflexion engagée et deux rapports ont permis d'étayer la réflexion menée autour de l'intérêt du développement de la filière de réhabilitation.

Le rapport « Patients Séjours Longs GERPSY » est le fruit d'une enquête réalisée au sein de l'établissement concernant les patients hospitalisés au moins 180 jours sur une période

²⁵ EPSAN, décembre 2013, *Projet médical 2013-2017*

donnée (entre le 1^{er} février 2012 et le 31 janvier 2013). Cette enquête a permis d'engager une réflexion sur les prises en soins les plus adaptées pour ces patients et surtout leur devenir. Une des conclusions du rapport pointait l'importance des orientations vers un logement individuel ou familial et vers « un retour au lieu de vie antérieur », notamment pour éviter les hospitalisations itératives.²⁶

Le rapport sur les alternatives à l'hospitalisation fait suite à un appel à projet lancé par la direction de l'établissement concernant les effectifs à redéployer suite à la fermeture des lits en intra-hospitalier.²⁷ Ce rapport démontre notamment que la mise en œuvre des principes et outils de la réhabilitation psycho-sociale, amorcée depuis quelques années à l'EPSAN, a apporté des réponses satisfaisantes, notamment en matière de maintien ou de réappropriation d'un niveau d'autonomie suffisant pour permettre une vie à domicile ou en collectivité. Un travail plus facile à réaliser au sein d'une unité dédiée, avec du personnel formé, que dans des unités d'admissions soumises à un rythme parfois très intense. Le manque de solutions en aval de l'hospitalisation et le grand nombre de patients sans logement, hospitalisés par défaut ou réhospitalisés fréquemment du fait de situations précaires, sont des freins à la mise en œuvre du projet d'établissement, et l'établissement fait le pari que le développement des outils de la réhabilitation et d'une filière dédiée permettra de compléter le dispositif de soins déjà existant. Ce projet a été présenté et validé par le directeur de l'établissement et le président de CME en novembre 2013.

III. Le dispositif de réhabilitation

Le dispositif de réhabilitation de l'EPSAN est conçu pour répondre aux besoins des patients relevant des secteurs 67G04, 67G06, 67G07 et 67G08 ; ces secteurs correspondent aux 4 pôles concernés par le déménagement et l'implantation au cœur même de la cité, à Cronembourg.²⁸

²⁶ EPSAN, avril 2013, *Enquête « Patients séjours longs »*

²⁷ EPSAN, novembre 2013, *Rapport sur les alternatives sanitaires pour compenser l'écart de capacité en lits d'aujourd'hui (fin 2013) à demain (2015)*

²⁸ EPSAN, septembre 2014, *Présentation de la filière de réhabilitation du Territoire de Santé n° 2 de 2008 à 2015*

1. Richard B

Richard B est l'unité intersectorielle de réhabilitation de l'établissement. C'est une unité d'hospitalisation à temps complet, ouverte de 8h à 19h. D'une capacité de 20 lits, elle sera également amenée à déménager sur le site de Cronenbourg.

Historiquement, cette unité était appelée « déchronicisation » et accueillait tous les patients du secteur 67G07 hospitalisés au long cours. Depuis l'intersectorialité mise en place en 2008, le travail effectué par l'ensemble de l'équipe a démontré tout l'intérêt de cette unité dans le parcours du patient : 62 sorties ont été réalisées, et parmi les patients ayant quitté l'unité, 36 n'ont jamais été ré-hospitalisés, soit 58%.

L'unité accueille également des patients en hôpital de jour, et il faut noter une forte augmentation du nombre des prises en charge en hôpital de jour (+163% par rapport à 2012) ainsi que du nombre d'actes ambulatoires (+93% par rapport à 2012).

Ceci tend à démontrer que l'activité du service s'est nettement développée vers les alternatives à l'hospitalisation.

2. Le Centre Psychothérapeutique Intersectoriel (CPI)

Le Centre Psychothérapeutique Intersectoriel est une unité de soins à vocation intersectorielle. Elle représente actuellement une alternative à l'hospitalisation de l'EPSAN grâce à une offre graduée de soins prévenant les ruptures thérapeutiques et les processus de désocialisation dont principalement l'isolement. Les missions principales de la structure sont de favoriser la continuité des soins et la réhabilitation psychosociale. La file active en 2013 est de 74 patients.

C'est la seule unité extra-hospitalière de l'EPSAN ouverte 7 jours sur 7, de 11h30 à 19h.

A l'heure actuelle au CPI, les prises en soins sont individualisées et se font en lien avec les structures de soins des pôles de psychiatrie adultes concernés par les patients suivis. Les interventions se font en continuité et en complémentarité des unités d'hospitalisations, des Centres Médico-Psychologiques (CMP) et des Hôpitaux De Jour (HDJ). L'ensemble des actions de soins est mené en faveur d'une continuité des soins, de l'insertion ou du maintien des patients accueillis dans la communauté. Sont proposés au CPI :

- un accueil et une socialisation encadrés par l'équipe soignante, des soins psychiatriques et somatiques

- une permanence téléphonique
- des repas thérapeutiques à midi et/ou le soir
- des accompagnements (soins somatiques, démarches administratives, visites à domicile)
- des animations, des activités et sorties thérapeutiques ponctuelles
- des démarches visant la prévention des risques, la réinsertion sociale et économique, la réhabilitation
- une aide pour les actes de la vie quotidienne et les soins d'hygiène
- un suivi et une prise en soins dans l'appartement thérapeutique de 3 places
- un travail en partenariat avec les réseaux médicaux, sociaux et associatifs

Précisons que ces locaux accueilleront en théorie l'Equipe de Réhabilitation Intersectorielle Ambulatoire ERIA au moment du déménagement des unités de soins à Cronembourg.

3. L'association ARIANE

ARIANE est une association créée en 1983 qui s'est donné pour objectif d'apporter des solutions concrètes à la difficulté de relogement de patients hospitalisés en psychiatrie.

En favorisant l'accès et l'aménagement de logements, elle a pour but d'aider dans leur réinsertion sociale les patients sortant de l'activité des secteurs psychiatriques de l'EPSAN. A ce jour 5 secteurs utilisent les modalités offertes par ARIANE pour une gestion actuelle de 23 appartements. L'association est chargée de la gestion financière et administrative des logements. Ses ressources sont constituées par :

- les loyers réglés par les utilisateurs
- les subventions de l'Etat (Aide au Logement Temporaire ALT) et du Conseil Général (Fond de Solidarité pour le Logement FSL)
- une subvention de l'EPSAN et une mise à disposition d'un local, d'un soutien logistique et 20% de secrétariat
- les cotisations des membres

L'association dispose de deux types de logements :

- des appartements associatifs (au nombre de 21) : sans délai de fin de contrat, ils visent le glissement vers un bail de droit commun. Ils constituent des lieux de vie intermédiaires pour retrouver progressivement une vie autonome. Le patient a le statut de sous-locataire de l'association : il peut bénéficier d'une allocation logement, paye le loyer et les charges à la trésorière de l'association, est redevable d'une avance sur

travaux d'un montant de 0,50€/m² par mois, indemnise l'association d'un montant de 30€ par mois pour la mise à disposition d'un équipement complet estimé à 2000€ et adhère à l'association en payant une cotisation ; un de ces appartements relais est actuellement géré par le CPI

- des appartements à titre temporaire (au nombre de 2) : ils sont un outil d'évaluation pour le patient et l'équipe soignante, en offrant une solution provisoire d'hébergement pour une période de 6 mois renouvelable une fois ; l'association prend en charge le loyer, les charges et l'assurance, met à disposition tout l'équipement, perçoit une subvention de 210€ par mois si l'occupation du logement est supérieure à 50%, le patient ayant 5 euros à sa charge ; le patient paye ses consommations de téléphone

Un de ces deux appartements à titre temporaire est actuellement géré par l'équipe de réhabilitation Richard B : les patients y séjournent pour une période de deux mois maximum, l'équipe évalue les capacités d'autonomisation au cours de cette période. Sur l'année 2013, 8 patients ont pu louer cet appartement pour un résultat très positif : tous ont trouvé un logement par la suite, et aucun n'a été réhospitalisé par la suite ; bien évidemment les patients sont pleinement partie prenante dans les démarches les concernant.

4. L'Equipe de Réhabilitation Intersectorielle Ambulatoire (ERIA)

L'Equipe de Réhabilitation Intersectorielle Ambulatoire ERIA a été créée en 2014. Il s'agissait au départ de postes soignants au sein d'un centre d'activités thérapeutiques, dont l'activité a été complètement transformée. Son effectif, initialement de 2 soignants, a été augmenté en avril 2015 pour passer à 5 soignants, l'un étant basé au CPI, les quatre autres étant affectés dans les locaux de l'unité de réhabilitation. Les objectifs de cette équipe sont les suivants :

- suivi ambulatoire et accompagnement dans la communauté de patients ayant bénéficié d'une prise en soins au sein de l'unité de réhabilitation
- travail en équipe pluridisciplinaire
- évaluation de situations proposées par les équipes extra-hospitalières
- favoriser l'inclusion sociale : accompagnement de patients vers un parcours de réinsertion professionnelle ou étudiante, accompagnement de patients dans la communauté pour maintenir ou développer une vie sociale

- création d'activités visant à préserver ou développer des habiletés (gestion de la santé, de la vie quotidienne, gestion de la vie sociale...)
- création ou soutien d'actions de déstigmatisation dans la communauté

Les Semaines d'Informations à la Santé Mentale « SISM » sont un moment privilégié pour organiser des actions de promotion de la santé mentale auprès du grand public. Nous avons profité de la SISM 2014, dont le thème était « Etre adolescent aujourd'hui » pour collaborer avec un intersecteur infanto-juvénile et un secteur de psychiatrie adulte : nous avons soutenu une conférence publique sur le thème de l'adolescence et avons effectué des actions de sensibilisation au sein de deux établissements scolaires, un lycée d'enseignement général et un lycée professionnel ; ces actions ont été très bien accueillies, tant par les équipes pédagogiques que par les élèves. Nous allons pérenniser ces actions et les proposer à d'autres établissements.

Nous sommes également présents lors des différentes manifestations concernant la santé mentale à Strasbourg. Nous soutenons le GEM Aube lors de ses manifestations et notamment son Café Psy, lieu de débat ouvert à tous au cœur de la cité, au cours duquel un thème concernant la psychiatrie est abordé par des usagers, des professionnels et le grand public.

Nous soutenons également un projet de création d'une journée de promotion de la santé mentale au sein d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers : l'objectif étant de créer des liens entre usagers et futurs professionnels, afin de monter tous ensemble des projets artistiques qui seront exposés au public ; la journée s'achèvera par un débat ouvert à tous, usagers, professionnels et grand public, dont la thématique n'est pas encore figée mais il est probable que plusieurs acteurs du dispositif de réhabilitation animent ce débat.

Nous avons également pour projet de proposer une intervention dans chaque IFSI du secteur afin de sensibiliser les étudiants infirmiers, futurs professionnels de santé, aux différents concepts de la réhabilitation. Il s'agirait d'en présenter les différents concepts, mais également proposer un moment d'échanges avec des usagers, car l'expérience subjective de la rencontre est souvent bien plus riche qu'un cours.

C'est dans ce contexte que j'ai choisi de réaliser une étude sur les représentations en santé mentale des étudiants infirmiers. Les résultats de cette étude permettront de mieux comprendre les besoins en formation des étudiants et surtout de mieux cibler les apports qui leur serviront.

L'enquête

L'enquête

L'objectif de la lutte contre la stigmatisation est de modifier les représentations sociales négatives à l'encontre des personnes souffrant de troubles psychiques. Afin de définir quelles actions mettre en œuvre il convient d'évaluer les représentations existantes du public cible. J'ai choisi, pour construire ce mémoire, de mener une enquête auprès d'étudiants infirmiers afin de mieux comprendre leurs représentations des usagers et des troubles psychiques. Cette évaluation permettra de fixer des objectifs afin de proposer des actions aux différents partenaires dans la formation des futurs infirmiers.

J'ai choisi de mener mon enquête en deux étapes. Dans un premier temps il m'a paru important de solliciter des usagers pour mieux comprendre leurs ressentis quant à leurs expériences de stigmatisation ou discrimination. Fréquentant les adhérents du GEM Aube à Strasbourg depuis plusieurs années et ayant l'habitude de les écouter lorsqu'ils prennent la parole lors de débats ou groupes de parole, je savais qu'ils m'apporteraient un éclairage, pertinent et constructif. Puis je me suis inspiré de leurs apports pour construire un questionnaire destiné aux étudiants infirmiers de plusieurs IFSI de la région avec lesquels j'ai l'habitude de collaborer.

I. L'enquête auprès des usagers

1. Méthode

J'ai réalisé une enquête qualitative auprès des adhérents du GEM en animant un focus groupe et en complétant les résultats par des entretiens ou questions informelles auprès de patients que je connaissais ou pris en soins par nos services de réhabilitation.

Le focus groupe s'est déroulé dans les locaux du GEM Aube à Strasbourg, 8 adhérents, tous adultes, y ont participé. La trame utilisée, jointe en annexe, est composée de 6 questions ouvertes sur le thème de la stigmatisation et la discrimination. J'ai cherché à mieux comprendre comment les usagers se sentent perçus par la société qui les entoure ou par leur entourage, ainsi que leur conception et expériences de la stigmatisation et de la discrimination. Puis j'ai ciblé plus spécifiquement le milieu des soins, puis encore plus

spécifiquement le milieu des soins psychiatriques. La dernière question concerne l'impact de la stigmatisation vécue sur le parcours de vie des usagers.

Pour étayer les réponses des adhérents d'Aube, j'ai complété mon enquête par des entretiens informels auprès d'une dizaine de patients suivis par les services de réhabilitation de l'EPSAN. J'ai ensuite réalisé une analyse de contenu, rassemblé et synthétisé les données par grandes thématiques, présentées ci-dessous.

2. Résultats

A. La stigmatisation

Pour les personnes sondées la stigmatisation vécue est liée à la peur de la différence. L'ignorance du public et le manque de compréhension vis-à-vis des symptômes seraient finalement à l'origine de préjugés qui contribuent à des phénomènes de discrimination tels que le rejet ou l'indifférence. Toutes les personnes interrogées déclarent avoir déjà été victimes de stigmatisation, voire discriminées.

B. Expériences des usagers dans le domaine du travail

Une personne décrit avoir été discriminée pour un emploi auquel elle postulait, celle-ci avait effectué deux stages mais n'a finalement jamais été embauchée, la raison invoquée étant que l'employeur ne voulait pas prendre le risque d'avoir une salariée qui pourrait faire une rechute sur son lieu de travail. Précisons que cet employeur concerne le domaine social... Un autre rebondit sur ces propos : son CDD n'a pas été renouvelé dès lors que son employeur aurait eu vent d'un suivi psychiatrique. Pour une autre personne « il faut se battre pour accéder à des postes plus importants lorsqu'on est reconnu travailleur handicapé », et du fait de cette reconnaissance certains employeurs penseraient que le travailleur handicapé serait prêt à accepter n'importe quoi. Il m'explique qu'on ne protège pas assez les employés fragiles au sein de grosses entreprises, ceux qui justement ont une grosse angoisse de perdre leur emploi. Il souligne l'importance d'avoir un emploi, qui permet d'entretenir et développer des liens sociaux, et surtout de se dégager de l'étayage psychiatrique. Cet usager, actuellement parfaitement inséré professionnellement, me raconte qu'il a occupé différents emplois, et que lors des entretiens d'embauche, annoncer qu'il souffrait

d'une maladie psychiatrique lui a porté préjudice et barré la route de l'emploi. Depuis, il ne l'annonce plus, et a plus de réussite lors de ses entretiens d'embauche...

C. Expérience des usagers dans le domaine amical ou familial

Les personnes interrogées relatent également des phénomènes d'exclusion dans les sphères familiale et amicale. Amis qui s'éloignent, rejet de la part des parents ou de la fratrie, sont autant de situations qui sont décrites avec émotion. Selon elles, la peur de la maladie en serait la principale cause. Ces personnes décrivent également des phénomènes d'auto-stigmatisation : elles m'expliquent qu'une personne souffrant de troubles psychiques peut avoir tendance à s'isoler d'elle-même, du fait de la peur des réactions des autres personnes vis-à-vis de la maladie. Une sorte d'évitement de situations sociales qui pourrait conduire à un sentiment d'être stigmatisé ou discriminé...

D. Expérience de la psychiatrie

Tous les usagers relatent des expériences de la psychiatrie assez difficiles, du fait de la souffrance psychique, mais aussi du fait des pratiques soignantes, de l'organisation de la vie dans les services, et de la stigmatisation de la part des soignants.

La maltraitance : une ancienne patiente raconte avoir été giflée en CSI (Chambre de Soins Intensifs) parce qu'elle ne voulait pas prendre ses gouttes, un autre rapporte les propos d'un infirmier « Je travaille pour payer ton psychiatre ! ». Certains décrivent des privations, menaces ou chantages; la plupart des personnes sondées ont vécu des expériences les ayant fait « se sentir tel du bétail », traités sans égards ni empathie, « on est parfois traités comme de la merde » ajoute l'un. Le non respect des droits tels la liberté d'aller et venir est aussi mis en avant.

Le regard des soignants : ils pointent aussi une sorte de hiérarchisation de la relation, et disent avoir la sensation d'avoir une parole de moindre valeur, une non prise en compte de leurs besoins ou de leur opinion concernant leurs soins. Certains pointent le manque de transparence des équipes soignantes.

La chronicité et le rétablissement : en ce qui concerne la représentation de chronicité que peuvent avoir certains soignants, une personne me fait remarquer qu'une des

premières questions posées à l'admission est la suivante : « Est-ce que c'est votre premier séjour en psychiatrie ? » comme s'il était évident que ce n'est pas le premier, ou alors le premier d'une longue série. Celui-ci fait remarquer à juste titre que les soignants ont tendance à faire ressentir au patient qu'ils seraient probablement malades toute leur vie, ce qui est d'une violence inouïe me rappelle-t-il : « On fait le deuil de nos projets, on s'enferme dans la maladie ». Le pessimisme des soignants quant au devenir des usagers et le manque d'accompagnement vers une réinsertion sont aussi pointés du doigt...

3. Conclusion

Les récits d'expériences recueillis auprès de personnes ayant connu des soins psychiatriques montrent que le vécu de la stigmatisation touche plusieurs domaines : dans leurs vies privées, ces personnes ont décrit des phénomènes de rejet ou d'exclusion. Elles ont également décrit une discrimination dans le domaine professionnel. Mais surtout, leurs expériences de la psychiatrie tendent à démontrer que le regard de certains soignants serait stigmatisant vis-à-vis des patients. Ces résultats m'ont permis de réaliser un questionnaire destiné aux étudiants infirmiers.

II. L'enquête auprès des étudiants infirmiers

1. Méthode

J'ai construit un questionnaire en me basant sur le fruit de mes recherches réalisées en phase exploratoire, étayées par les résultats de l'enquête qualitative menée auprès des usagers et par ma propre expérience personnelle. La population cible est constituée d'étudiants infirmiers, que j'ai choisi de séparer en deux sous-groupes, l'un composé d'étudiants n'ayant pas encore fait l'expérience d'un stage dans le domaine de la santé mentale, l'autre en ayant déjà fait l'expérience. Ce choix est motivé par le fait que l'enseignement dispensé en cours me paraît avoir moins d'impact que l'expérience du terrain et de la rencontre avec les usagers. Il s'agira de comparer les résultats, principalement pour étudier l'impact du stage de psychiatrie prévu dans leur cursus sur leurs représentations des usagers. Ces deux sous-groupes ont reçu des questionnaires différents, celui composé d'étudiants ayant déjà fait

l'expérience d'un stage a reçu un questionnaire plus complet intégrant un chapitre centré sur l'expérience en stage (voir annexes 3 et 4).

L'étude porte sur une cohorte de 219 étudiants, 191 femmes et 28 hommes, provenant de 3 IFSI différents, la moyenne d'âge est de 24,7 ans :

- le **groupe 1** composé d'étudiants infirmiers n'ayant pas encore fait l'expérience de la psychiatrie rassemble 94 sujets, 10 hommes et 84 femmes, pour une moyenne d'âge de 24 ans.
- le **groupe 2** composé d'étudiants infirmiers ayant déjà été en stage en psychiatrie rassemble 125 sujets, 18 hommes et 107 femmes, pour une moyenne d'âge de 25,3 ans.

La proportion homme/femme est assez similaire pour chaque IFSI, il en va de même pour les moyennes d'âges.

L'étude s'est déroulée sur la base du volontariat et a été accueillie avec curiosité. Les IFSI de Brumath et Haguenau m'ont permis de rencontrer les étudiants pour me présenter et leur expliquer le contexte de l'enquête. Malgré leurs programmes chargés j'ai pu bénéficier d'une plage horaire d'une demi-heure pour distribuer le questionnaire, répondre aux questions des participants et récupérer ensuite les questionnaires remplis. Du fait d'un programme trop chargé je n'ai pu me rendre à l'IFSI de la Robertsau, le questionnaire a été relayé par une formatrice de l'établissement et diffusé par mail : on constate pour cet IFSI une participation nettement plus faible que pour les autres (17 questionnaires seulement). Cette faible participation s'explique en partie par le fait que les étudiants étaient en période d'examens de rattrapage à cette période.

J'ai fait le choix de poser des questions ouvertes dans les questionnaires afin de permettre aux étudiants de s'exprimer et ainsi élargir le champ des résultats. Une première partie commune concerne les représentations du milieu psychiatrique, de la maladie et des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Pour la cohorte d'ESI ayant déjà effectué son stage, j'ai intégré une question concernant l'évolution de leurs représentations entre l'avant et l'après stage. Ceux-ci ont également 3 questions supplémentaires que j'ai intégrées du fait des résultats des échanges avec les usagers : elles concernent le respect des droits des patients au sein de l'institution, la considération vis-à-vis de leur parole et vis-à-vis de leur souffrance. Une partie commune aux deux sous-groupes concerne le devenir des personnes souffrant de troubles psychiques : peuvent-elles guérir ? Peuvent-elles travailler ou retravailler un jour ? Peuvent-elles s'insérer ou se réinsérer dans la société ? Enfin, la dernière partie du

questionnaire concerne les étudiants eux-mêmes : se sentent-ils assez formés aux problématiques de santé mentale, et si non qu'attendent-ils de la formation ? La dernière question concerne leur devenir professionnel : s'imaginent-ils un jour travailler en psychiatrie et pourquoi.

2. Résultats

A. Les représentations des soins psychiatriques

La première question posée aux étudiants du **groupe 1** (94 personnes) concerne leurs représentations de l'hôpital psychiatrique : 25% d'entre eux déclarent avoir une représentation négative de « l'asile », parmi ceux-ci 75% le voient comme un lieu d'enfermement similaire à une prison et 8% d'entre eux comme un lieu effrayant. Seuls 16% des étudiants ont une représentation positive de l'institution psychiatrique, décrivant des lieux de soins spécialisés par des termes positifs par rapports aux valeurs qui y seraient véhiculées dans les soins. La plupart (57%) ont une vision plutôt neutre, traduisant probablement un manque de représentations du fait de l'absence de visualisation des lieux.

Ce manque de représentations lié à l'inexpérience semble aussi concerner la deuxième question, sur leur perception d'une maladie psychiatrique : 64% des étudiants offrent une réponse vague : « maladie mentale », « maladie de l'esprit » ou encore « maladie de la pensée ». Sur 94 participants, le terme « schizophrénie » est cité 2 fois, de même que le terme « dépression ». Notons qu'à cette question, 19% des étudiants associent maladie psychiatrique et troubles graves du comportement.

A la question « Comment définiriez-vous une personne souffrant d'un trouble psychiatrique ? », 32% des étudiants ont une représentation du « fou », associée à la violence et la dangerosité par 16% d'entre eux. 11% des étudiants semblent partager l'image du malade mental, associée à des comportements bizarres, à l'irresponsabilité et à l'imprévisibilité. Notons que 16 étudiants sur 94 associent de manière plutôt neutre les personnes à des symptômes, probablement par méconnaissance, et que 41% d'entre eux ont une représentation empathique basée sur la reconnaissance d'une souffrance de la personne, correspondant à l'image du dépressif, la souffrance, la vulnérabilité et l'exclusion y sont reconnues.

Parmi les étudiants du **groupe 2** (125 personnes), pour la plupart en fin de cursus, un phénomène intéressant semble se dégager à partir de la question concernant leurs représentations des soins et des personnes. Avant leur stage en psychiatrie : 77% reconnaissent avoir entretenu des représentations négatives, ce qui est nettement supérieur aux chiffres recueillis auprès des étudiants n'ayant pas encore été en stage. Environ 42% des étudiants avaient une représentation du fou dangereux, violent et agressif, et 14% partageaient la représentation du malade mental, en tant que personne irresponsable. 25%, soit un quart de l'échantillon, déclare avoir eu une appréhension, voir de la peur à l'idée d'aller en stage ! Quant à l'hôpital psychiatrique, il était perçu comme un lieu d'enfermement et sécuritaire par 22% d'entre eux, avec des images tels que l'enfermement en isolement, les contentions physiques et chimiques et la dangerosité des malades. Seuls 21% d'entre eux déclarent avoir entretenu une représentation neutre ou empathique (une personne comme une autre, en souffrance, ayant besoin de soin).

Après une expérience de stage en service de psychiatrie : 91% des étudiants déclarent que leurs représentations ont évolué, celles-ci étant au moins plus positives, au mieux abrasées de tout stéréotypes négatifs pour 54% d'entre eux. 37% des étudiants le justifient par le bénéfice de l'expérience de stage, tandis que 14% font le lien avec l'enseignement dispensé à l'IFSI. L'expérience de la rencontre avec les patients, la découverte des soins, l'accompagnement par les professionnels et le développement des connaissances sont d'autres facteurs cités par les étudiants comme explicatifs de leur changement de perception. Seuls 4 étudiants sur 125 ont vu leurs représentations évoluer négativement, et notons que de mauvaises expériences d'encadrement sont mises en avant, ce qui signifie que la représentation des malades est préservée.

A la question concernant les représentations actuelles de ces étudiants, 43% ont des représentations empathiques, reconnaissant la souffrance, l'exclusion et la stigmatisation dont sont victimes les personnes souffrant de troubles psychiques, 10% ont des représentations bienveillantes et 47% ont des représentations exemptes de toute connotation positive ou négative, désignant les personnes souffrant de trouble psychiques comme « des malades comme les autres, ayant besoin de soins ». Notons que parmi ces étudiants ayant été en stage, aucun n'entretient de représentations négatives des malades psychiques.

Nous pouvons conclure à partir de ces questions que les étudiants infirmiers ne sont pas exempts de représentations négatives à l'encontre des personnes souffrant de troubles psychiques. En début de formation, ceux qui ne sont pas encore allés en stage en service de psychiatrie ont du mal à se représenter le milieu psychiatrique, ce qui pourrait expliquer le fait qu'ils entretiennent des représentations négatives communes à la population générale. On constate que l'expérience du stage et de la rencontre avec les usagers permet d'abraser ces représentations négatives. Notons toutefois que les étudiants questionnés ayant déjà été en stage en psychiatrie sont plus avancés dans la formation, ainsi que dans l'enseignement théorique en psychiatrie. Mais la plupart précisent que c'est bien le stage qui a permis l'évolution de leurs représentations.

B. L'expérience de stage

Cette partie ne concerne que les étudiants ayant déjà été en stage en psychiatrie ; largement inspirées par les adhérents du GEM Aube et mon expérience, ces questions ont pour but de mieux comprendre le regard que porte un tiers sur les pratiques soignantes.

Droits des patients

Pour 56% des étudiants interrogés, les droits des patients sont respectés dans les services de psychiatrie. 20% déclarent que les droits ne sont pas toujours respectés, tandis que 22% répondent non à cette question de manière plus catégorique. De nombreuses atteintes aux droits fondamentaux sont citées :

- restrictions de libertés (19 citations)
- violence en CSI ou utilisation abusive (11 citations)
- manque de recherche de consentement ou d'information (11 citations)
- non respect de la pudeur ou de la dignité des personnes (6 citations)
- infantilisation, conduites autoritaires (6 fois)
- jugements, manque de respect de la part des soignants (5 fois)
- violence de la contention physique ou utilisation abusive (4 citations)
- situations proches de la maltraitance (2 fois)
- non respect de la vie sexuelle (1 fois)

Prise en compte de la parole et de la souffrance des patients

70% des étudiants ont eu le sentiment que la parole ou les souhaits des patients étaient suffisamment pris en compte sur leurs lieux de stage. 25% estiment que ce n'était pas toujours le cas, tandis que 5% ont répondu par la négative, estimant que les patients ont tendance à être infantilisés. Le manque d'investissement des soignants, des phénomènes de banalisation, de moqueries, des jugements ou attitudes irrespectueuses sont cités par les étudiants (21 citations).

En ce qui concerne la prise en considération de la souffrance des patients, 67% des étudiants ont eu le sentiment qu'elle était suffisamment prise en considération par les équipes. 25% estiment que ce n'était pas toujours le cas, et 6% répondent à cette question par la négative. Les raisons invoquées par les interrogés pour ce manque de considération sont d'ordre organisationnelles, le manque de temps et de personnel sont principalement cités.

Ces questions confirment les propos des usagers de la santé mentale sondés en première partie d'enquête : les droits des patients sont loin d'être respectés dans les services de psychiatrie. Restrictions des libertés, manque de transparence et d'informations, manques de respect... Ces faits semblent refléter un manque flagrant de considération pour les usagers de la santé mentale. Il pourrait être intéressant de sonder les représentations des soignants dans ces services de psychiatrie... Notons toutefois la grande disparité des services, les étudiants ayant tous effectué leur stage dans des services différents, parfois même dans des établissements différents...

C. Le devenir des patients

La guérison

Parmi les étudiants du **groupe 1**, 35% pensent que les patients pourront guérir un jour, 25% pensent que cela dépend de l'origine et de la gravité des troubles, tandis que 40% répondent par la négative. Quelle que soit la réponse, l'importance du traitement est citée par 40% des étudiants interrogés. Pour 31% des étudiants, l'évolution consisterait seulement en une diminution des symptômes et une

stabilisation de l'état de la personne. Pour trois étudiants « on ne guérit jamais », tandis que six d'entre eux évoquent « des maladies à vie ».

Parmi les étudiants du **groupe 2**, 17% pensent que les personnes atteintes de troubles psychiques peuvent guérir. 25% pensent que ce n'est pas toujours le cas, tandis que 58% répondent par la négative. 35% des étudiants parlent de stabilisation des troubles plutôt que de guérison, 14% d'amélioration des symptômes et pour 25% les patients doivent apprendre à vivre avec la maladie. 26% des étudiants insistent sur l'importance du traitement. 14% invoquent le risque de rechute important, tandis que 23% des étudiants ont une représentation d'une maladie chronique, dont « on ne guérit jamais », avec « une évolution déficitaire ». Précisons en rapport avec les images du fou et de dépressif que 6 étudiants répondent que la schizophrénie ne peut être guérie, tandis que 7 répondent que la dépression peut l'être.

L'emploi

98% de ces étudiants du **groupe 1** pensent qu'une personne souffrant de troubles psychiques peut travailler ou trouver un emploi. Néanmoins 26% nuancent leur réponse en conditionnant l'insertion professionnelle à la nature et la sévérité des troubles, et 13% la conditionne à la stabilisation de leur état. La nécessité d'un suivi est également citée. 7 étudiants précisent qu'une personne ne peut travailler que si elle n'est pas dangereuse pour autrui. Pour 19% des étudiants la reprise d'une activité professionnelle rime avec emploi aménagé ou en structure protégée. L'importance de la réinsertion professionnelle est mise en avant par 8 étudiants, d'autres semblent conscients de la difficulté à trouver un emploi et évoquent spontanément la stigmatisation comme facteur défavorisant. Seuls 2 étudiants sur 94 estiment que ce n'est pas possible du fait d'une trop grande instabilité.

Dans le **groupe 2**, 90% des étudiants répondent que oui, les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent travailler ou trouver un emploi. 32% des étudiants conditionnent la possibilité de travailler à une stabilisation de l'état psychique, et 14% insistent sur l'importance du traitement. Pour 13% des interrogés, la reprise d'une activité professionnelle est bénéfique d'un point de vue social et apporte un bien être personnel. 8% des étudiants associent travail et ESAT, et pour 28% il

s'agirait d'emplois préservés ou aménagés : une seule personne évoque le milieu ordinaire. 9% répondent que c'est possible, mais pas toujours, tandis qu'un seul étudiant a répondu par la négative.

Place dans la société

A la question portant sur la capacité des personnes souffrant de troubles psychiques à s'insérer dans la société, 99% des interrogés du **groupe 1** répondent par l'affirmative. 17% ont tout de même tendance à nuancer leur réponse en la conditionnant à la sévérité des troubles. La stabilisation (5%) est moins souvent évoquée dans les réponses des étudiants que l'importance d'un suivi (14%) et/ou d'un traitement (18%). Près d'un quart (24%) des interrogés semble avoir conscience des difficultés d'insertion du fait de la stigmatisation au sein de la société. 3 étudiants estiment que l'insertion ne peut se faire sans une bonne surveillance, tandis que 8 autres conditionnent cette insertion à la non-dangerosité de la personne. 2 autres estiment que ces personnes « seront toujours différentes ».

Dans le **groupe 2**, 86% répondent que oui, c'est possible, tandis que 13% nuancent leurs réponses, du fait des troubles, de l'isolement, de la précarité : « ce n'est pas toujours possible ». Une seule personne a répondu par la négative, en justifiant sa réponse par la difficulté qu'ont les personnes souffrant de troubles psychiques à se faire accepter par « une société intolérante ». 16% conditionnent cette insertion à une stabilisation des troubles. 8% pointent l'importance de la réinsertion sociale pour les usagers. 42% des étudiants évoquent la société et la stigmatisation dont sont victimes les personnes souffrant de troubles psychiques comme responsables de leur désinsertion sociale ou de leurs difficultés à s'y intégrer.

On constate que la majorité des étudiants des deux groupes estiment que les patients psychiatriques ne peuvent pas guérir. Près d'un tiers des étudiants pensent que la perspective d'amélioration pour les malades psychiatriques réside seulement dans une stabilisation des troubles, et ce même parmi ceux qui ont déjà fait l'expérience de la psychiatrie en stage. Les étudiants semblent avoir une représentation de la maladie basée sur la chronicité, les rechutes fréquentes et le seul facteur d'amélioration des troubles évoqué par les étudiants serait le traitement. En ce qui concerne les

réinsertions sociale et professionnelle par contre, les étudiants, qu'ils soient ou non déjà allés en stage en psychiatrie, ont une représentation très positive et optimiste des capacités des patients.

D. La formation infirmière en psychiatrie

Parmi les étudiants du **groupe 1**, 64% souhaiteraient bénéficier de cours sur les pathologies et symptômes en psychiatrie. Le deuxième besoin exprimé par les étudiants (35%) concerne la manière de se comporter vis-à-vis des patients. 14% des étudiants souhaiteraient avoir des apports sur les différentes techniques relationnelles, 14% souhaiteraient pouvoir apprendre à « mieux comprendre les patients ». Parmi les autres besoins cités :

- la stigmatisation en santé mentale (8%)
- les traitements (7%)
- étude de cas concrets (4%)

Notons qu'un étudiant a répondu qu'il souhaitait apprendre à gérer l'agressivité et qu'un autre souhaiterait une préparation pour faire baisser son appréhension.

Parmi les étudiants du **groupe 2**, 44% se considèrent comme suffisamment formés, tandis que 51 % trouvent que leur formation est insuffisante et 6 étudiants ne se prononcent pas. Il leur était demandé de faire des propositions d'améliorations parmi lesquelles on retrouve majoritairement des besoins théoriques concernant la relation d'aide ou les pathologies psychiatriques. Une donnée me semble toutefois intéressante, environ 18% des étudiants auraient souhaité passer davantage de temps sur le terrain, trouvant que le stage de psychiatrie n'était pas assez long (10 semaines). D'autres suggestions plus spécifiques sont également proposées par les étudiants : organiser une rencontre avec des usagers, mieux préparer le stage en amont pour diminuer l'appréhension, aborder davantage des questions sociales...

E. Le devenir professionnel envisagé

Parmi les étudiants n'ayant pas encore été en stage en psychiatrie, 18% pourraient envisager avec certitude de travailler un jour en psychiatrie. L'intérêt pour la spécialité ou les soins relationnels sont mis en avant. 38% n'écartent pas cette

possibilité mais un grand nombre (37%) sont en attente du stage pour avoir une idée plus précise du travail en psychiatrie. Un tiers des étudiants interrogés excluent d'emblée la psychiatrie de leur avenir professionnel, la plupart du fait d'une préférence pour des services leur offrant la possibilité de faire des soins techniques (10%), d'autres par manque d'intérêt. 6 personnes sur 94 excluent cette possibilité du fait d'une peur du milieu psychiatrique.

Les étudiants qui ont déjà été en stage en psychiatrie ont une idée plus précise des soins qui y sont prodigués, ainsi que de l'environnement et de l'organisation du travail. 42% de ces étudiants semblent très intéressés par la possibilité d'exercer en psychiatrie. L'intérêt pour la spécialité (9%), les soins relationnels prépondérants (15%) et les valeurs dans les soins (14%) sont les motifs invoqués. Pour 17% des étudiants exercer en psychiatrie semble envisageable un jour. 38% des étudiants interrogés rejettent l'idée de travailler dans cette spécialité, par manque d'intérêt (10%) ou surtout en raison d'une préférence pour les soins plus techniques (14%).

III. Discussions et perspectives

Nous pouvons constater au travers des résultats de cette enquête que les étudiants infirmiers entretiennent bien des représentations négatives des maladies mentales, des personnes qui en souffrent et des soins psychiatriques. Nous constatons que ces représentations évoluent positivement au fur et à mesure de la formation, probablement du fait des apports théoriques et de la rencontre avec le milieu psychiatrique et les personnes qui y sont soignées. Néanmoins, l'appréhension de près d'un quart des étudiants qui ne sont pas encore allés en stage en psychiatrie mérite d'être prise en considération. Une réflexion sur la préparation du stage en psychiatrie pourrait être abordée avec les formateurs responsables de l'enseignement de psychiatrie. Pourquoi ne pas envisager une rencontre avec les usagers afin de permettre aux étudiants d'avoir une représentation plus positive des personnes qu'ils seront amenés à soigner ?

Bien que l'expérience du stage permette d'abraser des représentations liées à la dangerosité et à la violence, nous pouvons constater que l'image de chronicité et d'absence de perspectives pour les personnes malades persiste. Aucun concept de réhabilitation n'est évoqué par les étudiants, ceux-ci semblant focalisés sur les questions de traitements, de suivi

et de stabilisation des malades. Nous avons vu dans la deuxième partie qu'il est important que les soignants puissent changer de regard sur les personnes souffrant de troubles psychiques, c'est pourquoi il pourrait être intéressant de proposer au cours du cursus, une intervention sur le thème de la réhabilitation psycho-sociale, au vu de la méconnaissance des étudiants en ce qui concerne le devenir et l'amélioration des troubles psychiques; les thèmes du rétablissement, de l'empowerment, de l'inclusion sociale et de la stigmatisation y seraient abordés. Cette intervention pourrait être enrichie par une rencontre avec des usagers, voire même être construite en collaboration avec ceux-ci.

Il convient toutefois de préciser que cette enquête présente quelques limites :

- la limite de l'échantillon : cette enquête n'a concerné que trois établissements sur les sept formant des infirmiers dans le département du Bas-Rhin ; l'ensemble des étudiants formés dans un établissement n'a pu être sondé du fait du calendrier des stages (certaines promotions étaient dispersées en stage) et de calendrier d'élaboration du mémoire à respecter.
- l'étude du programme de formation des étudiants aurait probablement pu permettre de mieux interpréter les résultats ; cela n'a pu être réalisé, faute de temps.
- il aurait également été intéressant de comparer les résultats entre les différents IFSI, afin de repérer d'éventuelles disparités et tenter de les comprendre ; de plus, étant donné que l'IFSI de Brumath est implanté au cœur de l'EPSAN, établissement spécialisé en soins psychiatriques, il aurait été intéressant de repérer s'il existe une sensibilité particulière dans l'établissement, qui aurait pu se répercuter dans les résultats des questionnaires des étudiants de cet IFSI.
- enfin, l'élaboration du questionnaire à questions ouvertes laisse place à la subjectivité de celui qui en interprète les résultats : chaque réponse étant différente, certaines tonalités négatives ou positives pourraient avoir été mal interprétées au moment du recueil des résultats.

Malgré ces limites, cette enquête pourrait poser les bases d'un travail de recherche plus important : en effet, l'élaboration d'un nouveau questionnaire, plus précis, plus objectif et plus facilement quantifiable pourrait permettre d'étendre cette enquête à l'ensemble des IFSI du département. Ce travail sur les représentations des étudiants infirmiers pourrait également poser les bases d'une réflexion qui serait cette fois centrée sur les représentations des soignants actuellement en exercice...

Ces résultats seront transmis aux formateurs responsables de l'enseignement en psychiatrie dans les IFSI ayant participé à l'enquête. Une réflexion pourrait être engagée afin de proposer des interventions ou des ajustements dans l'enseignement.

Conclusion

L'aboutissement de ce mémoire représente également celui de la formation du Diplôme Inter-Universitaire « Santé mentale dans la Communauté ». L'enseignement riche et varié m'a permis d'approfondir mes connaissances dans de nombreux domaines, mais aussi et surtout d'élargir mes horizons professionnels vers de nouvelles perspectives.

La stigmatisation en psychiatrie est un problème majeur auquel nous sommes régulièrement confrontés au cours de notre pratique soignante. Ses conséquences, allant de la discrimination à l'exclusion, engendrent une souffrance supplémentaire pour les personnes atteintes de maladies psychiatriques. L'élaboration de ce mémoire m'a permis de mieux comprendre les enjeux de la déstigmatisation en étudiant les concepts de la réhabilitation psycho-sociale.

Les nouvelles pratiques de réhabilitation psycho-sociales qui tendent à se développer visent à accompagner l'utilisateur de la santé mentale vers le rétablissement, concept bouleversant les perceptions traditionnellement pessimistes centrées sur la chronicité et la passivité. Un changement de regard est essentiel de la part des soignants en psychiatrie pour continuer à porter ces changements qui s'opèrent dans nos pratiques, qui tendent à accompagner davantage l'utilisateur vers son rôle de citoyen.

Partant du postulat que les représentations sociales négatives de la maladie mentale peuvent être partagées par tous, nous avons pu démontrer par le biais d'une enquête que les étudiants infirmiers, soignants de demain, sont également concernés par ces représentations, qui pourraient au cours de leur future pratique devenir un obstacle clair à l'accompagnement des patients dans une démarche de rétablissement menant à la réappropriation d'une place de citoyen dans la communauté.

Nous espérons que les résultats de cette enquête poseront les bases d'une future collaboration entre formateurs, soignants et usagers de la santé mentale, et permettront d'agir au cours de la formation initiale des jeunes infirmiers, soignants de demain.

Bibliographie

Bibliographie

I. Ouvrages

- GIORDANA J.-Y. et collaborateurs, *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale* éditions Masson, 2010
- Sous la direction de GREACEN T. et JOUET E., *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie* éditions Erès, 2012

II. Articles de périodiques

- BENOIST J., *Logiques de la stigmatisation, éthique de la déstigmatisation* pages 649 à 654, l'Information Psychiatrique n° 8, volume 83, octobre 2007, éditions John Libbey Eurotext
- BOULEAU J.-H., *Les structures de réhabilitation : du secteur au réseau* pages 188 à 191, Annales Médico-Psychologiques n° 169, 2011, éditions Elsevier-Masson
- BRETON N., AUBRETON C., DALMAY F., BOUYASSE A.-M., BLANCHARD M. et NUBUKPO P., *Stigmatisation de la schizophrénie : enquête auprès de quarante patients schizophrènes stabilisés* pages 795 à 793, l'Information Psychiatrique n° 9, volume 86, novembre 2010, éditions John Libbey Eurotext
- CARIA A., ROELANDT J.-L., BELLAMY V. et VANDEBORRE A., « *Santé Mentale en Population Générale : Images et réalités* » *Présentation de la méthodologie d'enquête* pages 1 à 6, l'Encéphale, supplément 1 au n° 3, 2010, éditions Elsevier-Masson
- CARIA A., VASSEUR-BACLE S., ARFEUILLERE S. et LOUBIERES C., *Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale ?* pages 25 à 27, La santé de l'homme n° 419, mai-juin 2012, INPES Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- CARIA A., VASSEUR-BACLE S., ARFEUILLERE S. et LOUBIERES C., *Lutter contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale : quelques recommandations* pages 40 à 42, adsp n° 84, septembre 2013, éditions La documentation française

- CHEVALLIER D. et DUNEZAT P., *Psychiatrie, stigmatisation et étudiants infirmiers : influence et déterminants pour un projet d'exercice professionnel* pages 675 à 681, l'Information Psychiatrique n° 8, volume 83, octobre 2007, éditions John Libbey Eurotext
- DARCOURT G., *La double stigmatisation des personnes atteintes de psychose et désocialisées*, pages 671 à 673, l'Information psychiatrique, n° 8, volume 83, octobre 2007, éditions John Libbey Eurotext
- DAUMERIE N., *L'empowerment en santé mentale : recommandations, définitions, indicateurs et exemples de bonnes pratiques* La santé de l'homme n° 413, mai-juin 2011, INPES Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- DREES Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, *Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale* Etudes et résultats n° 347, octobre 2004
- GIORDANA J.-Y., *Lutter contre la stigmatisation, un enjeu majeur en santé mentale* pages 14 à 18, Soins Psychiatrie n° 275, juillet/août 2011, éditions Elsevier-Masson
- GIORDANA J.-Y., *Stigmatisation et discrimination en Santé Mentale : état des connaissances*, session de Marseille, 26 juin 2015
- GIRARD V., *Déstigmatisation : comment rendre la lutte effective ?* pages 848 à 850, l'Information Psychiatrique n° 10, volume 83, décembre 2007, éditions John Libbey Eurotext
- GIRAUD-BARO E., *Réhabilitation psycho-sociale en France* pages 191 à 194, Annales Médico-Psychologiques n° 165, 2007, éditions Elsevier-Masson
- GORIOT E., *Réhabilitation psycho-sociale* EMC, 2010, éditions Elsevier-Masson
- GREACEN T. et JOUET E., *Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet EMILIA* pages 359 à 364, L'Information Psychiatrique n°5, volume 89, mai 2013, éditions John Libbey Eurotext
- JOUFFRET A., *Stigmatisation et déstigmatisation à l'épreuve de la ségrégation* pages 19 à 22, Soins Psychiatrie n° 275, juillet/août 2011, éditions Elsevier-Masson
- LAFONT-RAPNOUIL S., *La réhabilitation psycho-sociale : quelle réforme des services est nécessaire pour passer des connaissances à la pratique ?* pages 371 à 377, L'Information Psychiatrique n°5, volume 89, mai 2013, éditions John Libbey Eurotext

- LAMBOY B., SAIAS T., *Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature* pages 77 à 82, les Annales Médico-Psychologiques, n° 171, 2013, éditions Elsevier-Masson
- LAMBOY B., *Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques : une synthèse de la littérature* pages 28-29, La santé de l'homme n° 419, mai-juin 2012, INPES Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- MIRANDA B., *Sortir de la discrimination, un processus de changement social* pages 23-24, Soins Psychiatrie n° 275, juillet/août 2011, éditions Elsevier-Masson
- QUENTIN B., *Enfermement, stigmatisation et société* pages 25 à 28, Soins Psychiatrie n° 275, juillet/août 2011, éditions Elsevier-Masson
- QUIDU F., ESCAFFRE J.-P., *Les représentations du « fou », du « malade mental », du « dépressif » et les opinions vis-à-vis des hôpitaux psychiatriques sont-elles homogènes selon les populations des sites enquêtés ?* pages 15 à 19, l'Encéphale, supplément 1 au n° 3, 2010, éditions Elsevier-Masson
- RIVALLAN A., *La déstigmatisation en psychiatrie, un combat à mener* page 13, Soins Psychiatrie n° 275, juillet/août 2011, éditions Elsevier-Masson
- ROELANDT J.-L., CARIA A., *Stigma ! Vaincre les discriminations en santé mentale* pages 645 à 648, l'Information Psychiatrique n° 8, volume 83, octobre 2007, éditions John Libbey Eurotext
- ROELANDT J.-L., CARIA A., DEFROMONT L., VANDEBORRE A. et DAUMERIE N., *Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France* pages 7 à 13, l'Encéphale, supplément 1 au n° 3, 2010, éditions Elsevier-Masson
- TASSONE-MONCHICOURT C., DAUMERIE N., CARIA A., BENRADIA I. et ROELANDT J.-L., *Etats dangereux et troubles psychiques : images et réalités* pages 21 à 25, l'Encéphale, supplément 1 au n° 3, 2010, éditions Elsevier-Masson
- TOUZET P., *Stigmatisation et maladie mentale : le soignant, le politique et le journaliste* pages 29 à 31, Soins Psychiatrie n° 275, juillet/août 2011, éditions Elsevier-Masson
- VEAUUVY A., PIERRON G., *Oser parler de la maladie psychique* page 32, Soins Psychiatrie n° 275, juillet/août 2011, éditions Elsevier-Masson

III. Cours du Diplôme Inter-Universitaire « Santé mentale dans la communauté »

- LEGUAY D., *Fermer les hôpitaux psychiatriques ? Développer la réhabilitation psychosociale dans la cité !*, session de Paris, 20 janvier 2015
- CARIA A., *Folie, Stigma et Media*, session de Paris, 22 janvier 2015
- PACHOUD B., *La perspective du rétablissement*, session de Lille, 23 janvier 2015
- ROELANDT J.-L., BENRADIA I., *Présentation de l'enquête SMPG : Historique – méthodologie*, session de Lille, 24 mars 2015
- VASSEUR-BACLE S., *Empowerment : concept fondamental de la santé mentale communautaire*, session de Lille, 26 mars 2015
- GIORDANA J.-Y., *Stigmatisation et discrimination en Santé Mentale : état des connaissances*, session de Marseille, 26 juin 2015

IV. Documents professionnels

- EPSAN, *Enquête « Patients séjours longs »*, avril 2013
- EPSAN, *Rapport sur les alternatives sanitaires pour compenser l'écart de capacité en lits d'aujourd'hui (fin 2013) à demain (2015)*, novembre 2013
- EPSAN, *Projet médical 2013-2017*, décembre 2013
- EPSAN, *Présentation de la filière de réhabilitation du Territoire de Santé n°2 de 2008 à 2015*, version 1 du 24 septembre 2014

Annexes

Annexe 1 :
plaquette provisoire de
présentation ERIA

COMMENT CONTACTER L'ÉQUIPE DE RÉHABILITATION AMBULATOIRE ?

Qui peut nous contacter ?

- Intervenants sociaux
- Tuteurs, curateurs
- Médecins traitants
- IDE libéraux
- Psychiatres libéraux
- Equipes pluridisciplinaires des secteurs psychiatriques 67 G04, 67 G06, 67 G07 et 67 G08

Horaires d'accueil :

L'équipe de réhabilitation ambulatoire est disponible pour vous répondre du lundi au vendredi de 7h00 à 19h00, tout au long de l'année

Renseignements et contact :

- ☎ 03 88 67 61 07
- ✉ richarda@ch-epsan.fr
- ✉ 141, Avenue de Strasbourg - B.P. 83
67173 BRUMATH Cedex

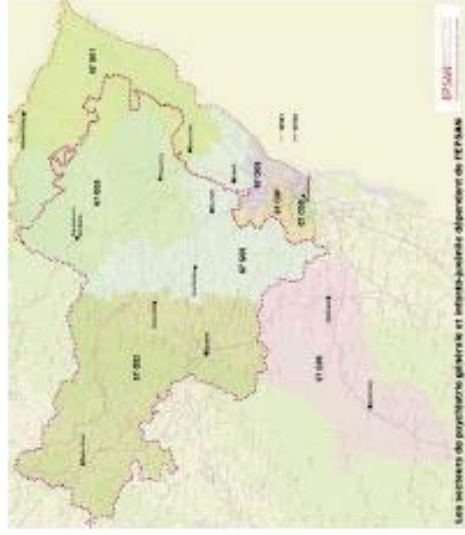
L'équipe de réhabilitation ambulatoire de l'EPSAN est rattachée à l'unité intersectorielle de Réhabilitation Richard et fonctionne en collaboration avec le Centre Psychotérapeutique intersectoriel et les différents secteurs

Etablissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN)

4^{ème} établissement hospitalier public d'Alsace, l'EPSAN a été créé en 1989 par la fusion des centres hospitaliers de Brumath et de Hoenelt.

L'EPSAN exerce ses missions d'établissement public en santé mentale pour les adultes, enfants et adolescents, dans le bassin nord de la Communauté Urbaine de Strasbourg (six cantons de Strasbourg) et sur une grande partie du Bas-Rhin (404 communes sur les 522 du département), soit une aire géographique concernant 68% de la population adulte de Wissembourg à Salsis et de Sainte-Union à Strasbourg.

Vous trouverez plus de renseignements sur : www.ch-epsan.fr



L'EPSAN gère :

- 8 pôles d'activité clinique relevant de 8 secteurs de psychiatrie générale (patients adultes)
- 2 pôles d'activité clinique relevant de 2 inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) et une unité mère-bébé
- 1 pôle d'activité clinique relevant du secteur de psychiatrie en milieu péritertiaire (Service médico-psychologique régionale - SMPP)
- 1 pôle somatique, gériatrique et médico-social regroupant une unité de soins de longue durée (USLD), un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), un foyer d'accueil médicalisé (FAM) et une maison d'accueil spécialisée (MAS)
- 1 pôle médico-technique regroupant les services de la pharmacie et d'hygiène hospitalière
- 1 institut de formation en soins infirmiers (IFI) avec trois promotions d'étudiants en soins infirmiers et une promotion d'élèves aides-soignants

EPSAN

Etablissement Public
de Santé Alsace Nord

Un acteur majeur de l'équité de santé mentale dans le Bas-Rhin

Équipe de Réhabilitation Ambulatoire (ERA)

CONTACT, RENSEIGNEMENTS :

- ☎ 03 88 67 61 07
- ✉ richarda@ch-epsan.fr

Siège EPSAN : 141, Avenue de Strasbourg
B.P. 83 - 67173 BRUMATH Cedex
Tél : 03 88 64 61 00 - Fax : 03 88 51 08 12
www.ch-epsan.fr / contact@ch-epsan.fr

Qu'est ce que la RÉHABILITATION ?

Le handicap psychique touche 6% de la population française et constitue un problème majeur, longtemps masqué par le recours aux hospitalisations de longue durée en psychiatrie.

L'approche de la réhabilitation psychosociale peut se définir comme l'ensemble des actions mises en œuvre auprès de personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur insertion, leur autonomie et leur indépendance dans la communauté.

L'ERA (équipe de réhabilitation ambulatoire) est une **unité intersectorielle de réhabilitation**, interface entre les unités intra et extra hospitalières des **secteurs psychiatriques 67 G04, 67 G06, 67 G07, 67 G08**, ainsi que les acteurs médico-sociaux de ce même territoire.

Public concerné :

Toute personne souffrant de troubles psychiatriques, en difficulté sur le plan psychique, social au sens large, administratif, ou sur le plan de son autonomie.

Missions et modes d'action

- Visites à domicile (évaluation de l'autonomie & accompagnements)
- Activités thérapeutiques à visée de réhabilitation
- Travail en collaboration avec les différents partenaires : GEM, structures médico-sociales, partenaires de soins...
- Propositions d'alternatives à l'hospitalisation
- Promotion de la santé mentale, soutien des actions de désigmatisation des troubles psychiatriques

EQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE DE L'ÉRA

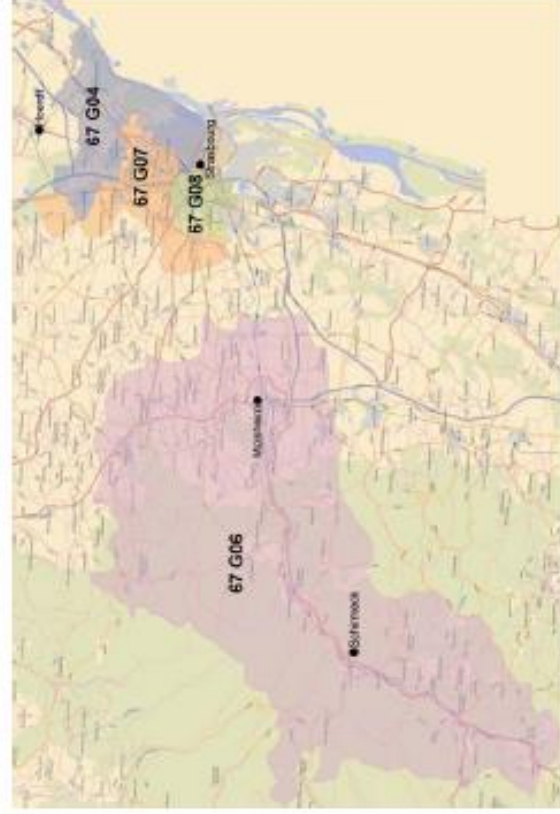
Médecin responsable : Dr Francis RANGONI

Psychiatres : Dr David EISELE
Dr Nasser HEZZAM

Cadre de Santé : Fabrice GENTNER

Assistante Sociale : Frédérique HUSSER

Equipe soignante : Claire CONRAD
Alexandre BIRY



Annexe 2 :
trame du focus groupe
avec les usagers

Trame Focus Groupe Usagers

Bonjour et présentations

Présentation du projet

1^{er} thème : qu'est ce que la stigmatisation ? qu'est ce que la discrimination ?

2^{eme} thème : pensez vous qu'une personne souffrant de troubles psychiques ou ayant des antécédents psychiatriques puisse être victime de stigmatisation ? de discrimination ?

3^{ème} thème : pensez vous avoir déjà été stigmatisé ou discriminé, du fait de vos troubles et/ou antécédents psychiatriques ? avez-vous déjà eu le sentiment d'être rejeté, observé, isolé, dévisagé, ou discriminé ? de quelle façon ?

4^{ème} thème : avez-vous déjà eu le sentiment d'être victime de stigmatisation/discrimination à l'hôpital (en général) ? au cours de votre parcours de soins en psychiatrie ? si oui de quelle façon ?

5^{ème} thème : comment vous sentez-vous perçu(e) par les soignants en psychiatrie ? pensez-vous qu'ils soient suffisamment formés ou sensibilisés à la problématique des troubles psychiques ?

6^{ème} thème : pensez-vous que le regard stigmatisant des soignants a un impact négatif sur le rétablissement et l'accompagnement vers un retour à l'équilibre de vie ? si oui, en quoi ?

Remerciements et conclusion

Annexe 3 :
questionnaire à destination
des étudiants
n'ayant pas encore été en
stage en psychiatrie

**Questionnaire destiné aux étudiants infirmiers
n'ayant pas encore été en stage en psychiatrie**

« Représentations en santé mentale »

Je réalise cette étude dans le cadre de la réalisation d'un mémoire ayant pour thème la mise en place d'actions de déstigmatisation en santé mentale, dans le cadre du Diplôme Inter-Universitaire « Santé mentale dans la communauté : études et applications » auquel je participe.

Ce questionnaire est anonyme. Merci de votre participation.

Situation de l'étudiant

Sexe :

Age :

Année de formation :

IFSI :

Questionnaire

1- Représentations de la psychiatrie

1.1 Comment vous représentez-vous l'hôpital psychiatrique ?

1.2 Pour vous, qu'est-ce qu'une maladie psychiatrique ?

1.3 Comment définiriez-vous une personne souffrant d'un trouble psychiatrique ?

2- Devenir des patients

2.1 Pensez-vous qu'une personne souffrant de troubles psychiatriques puisse guérir ? (donner des raisons)

2.2 Pensez-vous qu'une personne souffrant de troubles psychiatriques puisse travailler ou trouver un emploi ? (donner des raisons)

2.3 Pensez-vous que les personnes souffrant de troubles psychiatriques puissent s'insérer dans la société ? (donner des raisons)

3- En ce qui vous concerne...

3.1 Qu'attendez-vous de l'enseignement en psychiatrie dispensé à l'IFSI ?

3.2 Pensez-vous travailler un jour en psychiatrie ? (donner des raisons)

4- Remarques éventuelles

Merci de m'avoir accordé du temps pour répondre à ce questionnaire

Annexe 4 :
questionnaire à l'attention
des étudiants
ayant déjà été en stage en
psychiatrie

**Questionnaire destiné aux étudiants infirmiers
ayant déjà été en stage en psychiatrie**

« Représentations en santé mentale »

Je réalise cette étude dans le cadre de la réalisation d'un mémoire ayant pour thème la mise en place d'actions de déstigmatisation en santé mentale, dans le cadre du Diplôme Inter-Universitaire « Santé mentale dans la communauté : études et applications » auquel je participe.

Ce questionnaire est anonyme. Merci de votre participation.

Situation de l'étudiant

Sexe :

Age :

Année de formation :

IFSI :

Questionnaire

1- Représentations de la psychiatrie

1.1 Quelles étaient vos représentations des soins en psychiatrie et des personnes souffrant de troubles psychiatriques avant votre stage en service de psychiatrie et l'enseignement dispensé à l'IFSI ?

1.2 Ces représentations ont-elles évolué depuis ?

1.3 Actuellement, quelle image avez-vous des personnes souffrant de troubles psychiatriques ?

2- Expérience de stage

2.1 Au cours de votre stage, avez-vous eu le sentiment que les droits des patients étaient toujours respectés ? (donner des exemples)

2.2 Au cours de votre stage, avez-vous eu le sentiment que la parole ou les souhaits des patients étaient suffisamment pris en considération ? (donner des exemples)

2.3 Au cours de votre stage, avez-vous eu le sentiment que la souffrance des patients était suffisamment prise en considération ? (donner des exemples)

3- Devenir des patients

3.1 Pensez-vous qu'une personne souffrant de troubles psychiatriques puisse guérir ?

3.2 Pensez-vous qu'une personne souffrant de troubles psychiatriques puisse travailler ou trouver un emploi ?

3.3 Pensez-vous que les personnes souffrant de troubles psychiatriques puissent s'insérer dans la société ?

4- En ce qui vous concerne...

4.1 Pensez-vous être suffisamment formé(e) ou sensibilisé(e) à la problématique des troubles psychiatriques ?

4.2 Pensez-vous travailler un jour en psychiatrie ? (donner des raisons)

5- Remarques éventuelles

Merci de m'avoir accordé du temps pour répondre à ce questionnaire

Résumé

Au cours des dernières décennies, un profond changement de paradigme a vu le jour dans le domaine de la santé mentale. La psychiatrie, longtemps organisée selon un modèle asilaire dont l'institution était au centre des dispositifs, est en profonde mutation pour permettre une offre de soins dans la cité, au sein même de la communauté, et ses pratiques tendent à évoluer afin de (re)donner à l'utilisateur sa place de citoyen, et lui permettre d'être acteur de son projet et de son existence.

La stigmatisation en psychiatrie est un problème majeur auquel nous sommes régulièrement confrontés au cours de notre pratique. De par ses conséquences, elle complique sérieusement la vie des personnes souffrant de troubles psychiques. Elle est clairement un frein au rétablissement et à l'intégration des usagers au sein même de la société.

Les professionnels de santé en psychiatrie sont en première ligne pour accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques, mais comment faire lorsque l'on contribue soi-même à véhiculer ou perpétuer des perceptions erronées concernant nos patients ? L'évolution du regard des soignants en psychiatrie est capitale pour favoriser des concepts clés en réhabilitation psycho-sociale tels que l'empowerment, l'inclusion sociale et le rétablissement.

Ce mémoire est construit sur la base d'une enquête menée auprès d'étudiants infirmiers et vise à mieux comprendre les perceptions de la maladie mentale chez de futurs professionnels de santé, afin de jeter les premières pierres d'un travail de déstigmatisation auprès de ceux-ci. Elle n'est pas exhaustive mais pourrait permettre d'amorcer une réflexion commune entre les différents partenaires dans la formation des jeunes infirmiers.

Mots-clés : stigmatisation, réhabilitation psycho-sociale, rétablissement, inclusion sociale, empowerment