

**LA REPRESENTATION SOCIALE DE LA MALADIE MENTALE
CHEZ LES SOIGNANTS ET LES FAMILLES D'ACCUEIL
THERAPEUTIQUE**



The Scream (1893), by the Norwegian painter Edward Munch.

Jean-françois Beauchamp
IFCS Henry Dunant
Promotion 2006/2007

Sous la Direction de Monsieur Georges MASCLET

REMERCIEMENTS

- à Monsieur Georges MASCLET, Professeur des Universités, Directeur de Recherche au Laboratoire PSITEC Lille III, pour ses conseils et sa disponibilité,

- à Mesdames Cécile LANCIAUX et Claudine PEUGNIEZ, cadres pédagogiques, pour leur accompagnement tout au long de l'année,

- aux agents ayant voulu répondre à mon étude,

- et à mon épouse Véronique et mes enfants Valentin et Adrien, mon père Jean Beauchamp, ma famille, mes amis pour leur soutien au cours de l'année.

SOMMAIRE

	pages
Introduction	5
Le constat	6
I. L’histoire de la psychiatrie à l’apparition des modes de prise en charge d’alternatives à l’hospitalisation	9
II. Evolution du cadre réglementaire	14
1- La loi de 1838	14
2- La loi de 1990	16
III. Les alternatives à l’hospitalisation	19
1- Les appartements thérapeutiques ou protégés	19
2- Les centres médico-psychologiques	20
3- L’hôpital de jour	21
4- Conclusion	22
IV. L’accueil familial thérapeutique	23
1- Les indications de l’accueil familial thérapeutique	23
2- Les différents acteurs et les enjeux	25
a) Le patient	25
b) Les soignants	26
c) Les familles d’accueil	28
d) L’équipe de suivi	29
V. Les représentations sociales	31
1- Historique des sciences sociales	31
2- Les représentations sociales	32
3- Théorie des représentations sociales	32
a) Historique	32
b) Définition	33
c) Caractéristiques	34
d) Structure	35
e) Les résultats	36

f) La formation du noyau figuratif	37
g) L'objectivation.....	38
h) L'ancrage	38
4- Les fonctions de la représentation sociale	39
5- Une autre approche des représentations sociales : la théorie du noyau central	40
6- Le stigmaté.....	42
7- Les préjugés	44
8- Les stéréotypes.....	44
VI. Les représentations sociales de la santé et de la maladie	46
VII. La problématique	49
VIII. Hypothèses	51
IX. Méthodologie	52
1- Le recueil de données	53
2- Les traitements de données	53
a) L'analyse prototypique	53
b) Le repérage de l'organisation de la représentation	54
X. Résultat de l'enquête	55
1- Analyse et commentaires des résultats du questionnaire.....	56
2- Synthèse générale du commentaire des résultats.....	69
3- Confrontation des hypothèses et des résultats	71
4- Propositions concernant l'accueil familial thérapeutique.....	76
XI. Conclusion	79

INTRODUCTION :

Je voudrais ici expliquer mon attachement à cette pratique de Psychiatrie publique que certains décrivent comme " menacée ", et en même temps resituer la nécessité d'élargir nos perspectives dans la prise en charge du patient et de son environnement en direction de la famille, des services sociaux, municipaux, et peut-être aussi pourquoi pas, au niveau de l'opinion publique.

Toutefois, et heureusement le développement de la Pratique de Secteur n'est pas sans avoir modifier le rapport soignant entretenu avec le patient et son environnement social et familial. De plus, 40 ans après la Circulaire du Secteur, il est anormal que la Psychiatrie soit représentée encore trop souvent, pour le public, par l'image de l'hôpital ayant une connotation asilaire .

En tant que soignant, la réflexion doit nous amener alors, à nous interroger sur les articulations théoriques et pratiques de ce qui concerne la perception de la maladie, des besoins des patients, ou des attentes de la société. Il est indispensable de maintenir ouvert nos réflexions sur le groupe social, étant donné que la maladie mentale fait partie des images de notre culture.

De plus, il m'est apparu au décours de mon exercice professionnel en Psychiatrie, notamment sur le secteur extra-hospitalier, qu'un ensemble d'expériences, de connaissances, de croyances et de valeurs influence encore la façon dont l'individu perçoit la représentation de la maladie mentale, et réagit à cette perception. Ces réflexions pourraient permettre de redonner du sens à nos pratiques.

C'est pour cela que j'ai choisi de m'intéresser aux représentations sociales de la maladie mentale chez les soignants et chez les familles d'accueil et d'essayer de les comprendre, car ce dispositif de soins est un réel exemple de citoyenneté et de don de soi.

Ce travail donne lieu à deux grande parties.

L'une théorique définit les concepts. L'autre partie expose ma recherche et les résultats qui s'y rattachent.

LE CONSTAT :

La politique actuelle en matière de santé mentale, au travers la sectorisation et les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), vise à prendre en charge les patients, près de leur lieu d'habitation d'origine, ou à défaut le plus proche possible. Ainsi, le patient peut retrouver des repères qui lui étaient familiers, mais c'est surtout le lien avec la famille qui est privilégié, réduisant considérablement la distance entre le lieu d'habitation de la famille, et le lieu d'hospitalisation du patient. Cette politique, face à des réalités socio-économiques tend aussi à réduire le nombre de lits d'hospitalisation au sein de chaque secteur de psychiatrie.

De plus, l'évolution de la demande de soins en psychiatrie nécessite une réorientation de l'activité, notamment sur le plan de l'accueil, de la prise en charge et du parcours du patient au sein de nos structures existantes.

Il paraît donc nécessaire pour les équipes de psychiatrie de chaque secteur, de réfléchir et de réorienter l'accueil et la prise en charge des patients souffrant de pathologies chroniques. Cette réflexion pourrait se faire autour de solutions qui renforceraient les stratégies d'alternatives à l'hospitalisation. Aujourd'hui, les équipes peuvent néanmoins proposer aux patients, différentes structures tel que :

- les maisons communautaires,
- des appartements associatifs,
- des appartements protégés,
- des appartements thérapeutiques...

Même si leur bien-fondé est inéluctable, le fonctionnement de ces structures est considéré comme étant très onéreux par nos établissements. De plus, le SROS III n'émet plus de priorité quant à l'ouverture prochaine de nouvelles structures de ce genre du fait de leur coût.

Or, la prise en charge de patients au travers de l'accueil familial thérapeutique est également l'une des solutions alternatives à l'hospitalisation. De plus, ce mode de prise en charge s'avère être un mode de réponse efficace, face aux réalités socio-économiques.

Mais, la complexité de la prise en charge des patients en famille d'accueil est fortement liée à deux concepts, la famille et la folie, qui ont beaucoup évolué dans le temps, mais qui sont toujours fortement liés aux représentations sociales de la population.

Une question se pose alors, et concerne mes perspectives professionnelles liées à ma future fonction de cadre de santé :

Quel peut être le rôle du cadre de santé dans l'accompagnement des équipes, des familles d'accueil et de la population pour favoriser un dialogue « cité hôpital » indispensable à la mise en place de projets de vie cohérents et adaptés, en matière d'alternative à l'hospitalisation, pour les patients souffrant de troubles psychiatriques chroniques ?

Pour cela, le cadre de santé devra passer par la prise en compte des besoins spécifiques de ces patients, mais aussi par les représentations sociales du personnel soignant et des différents acteurs intervenants dans la prise en charge des patients.

Aussi est-il légitime de se demander :

Comment en tant que cadre de santé, peut-on repartir des représentations des soignants par rapport à la notion de famille d'accueil thérapeutique, mais aussi des représentations des familles par rapport à la folie, afin de clarifier le rôle et les attentes de chacun dans cette articulation complexe ? Sachant qu'en même temps, il est impératif de ne pas s'éloigner de la mission initiale qui est de recréer un cadre de vie chaleureux et un espace thérapeutique, dans lequel le patient va pouvoir retrouver une autonomie et se réinsérer.

Tout ceci nous amène à une autre question plus générale que l'on peut formuler comme suit :

Les représentations sociales ont-elles une influence sur les pratiques des soignants en psychiatrie et celles des familles d'accueil dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique ?

De cette question générale, en découle un questionnement opérationnel :

Les représentations qu'ont les soignants de la famille et de l'accueil familial thérapeutique contribuent-elles à l'élaboration d'un cadre thérapeutique pour le patient ?

Les représentations qu'ont les familles de la folie sont-elles un frein, à l'autonomisation et à la réinsertion des patients ?

La nature des relations ainsi que le suivi mis en place entre les familles d'accueil et l'institution dépendent-elles des représentations sociales de chacun des acteurs ?

Ce questionnement nous amène à développer dans une première partie théorique,

- L'histoire de la psychiatrie et l'évolution de son cadre réglementaire,
- Les alternatives à l'hospitalisation et la place de l'accueil familial thérapeutiques,
- Les caractéristiques théoriques des représentations sociales et celles de la maladie et de la Santé,

puis, dans une deuxième partie, à comprendre grâce à la méthodologie de recherche, la représentation de la maladie mentale chez les soignants et les familles d'accueil.

I. L'HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE A L'APPARITION DES MODES DE PRISE EN CHARGE D'ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION :

De manière primitive, la folie est attribuée au sacré, au religieux ou au démoniaque et FOUCAULT¹ affirme que la folie, intégrée à l'existence de l'homme, n'est pas pensable avant le 17^{ème} siècle. En effet, au moyen âge, elle est considérée comme un « surcroît démoniaque » de l'œuvre de Dieu.

Le Moyen Age organise l'incapacité civile du malade mental, mais oblige sa famille, dans la limite du possible, d'en assurer la garde.

Sinon, les malades mentaux sont, comme les pauvres et les malades pris en charge dans les Hôtels Dieux et les hôpitaux commencent à réserver aux fous des salles spéciales. Ceux ci sont parfois enfermés dans les donjons et le fou étranger est expulsé.

Ce n'est qu'à partir de la Renaissance que l'on verra la folie se mettre en marge de la raison. Certains médecins humanistes comme Jean WIER (1515-1588) et Juan VIVES (1492-1540), s'insurgent contre la pratique du bûcher appliquée aux fous.

La révolution Française, période de liberté dans la condition humaine voit le malade mental comme un individu privé de cette liberté, qui va se voir expulsé et laissé pour compte de cette société nouvelle régie par la responsabilité individuelle.

Au 17^{ème} siècle, la folie fait peur, le fou trouble l'ordre public et doit être enfermé au même titre que les mendiants, les libertins, les galeux, les prostituées, les vénériens et les enfants trouvés.

Pour Michel FOUCAULT, c'est le siècle du « grand enfermement », les fous sont enfermés voire enchaînés.

Pour MONTESQIEU², « les français enferment quelques fous dans une maison pour se persuader que ceux qui sont dehors ne le sont pas ».

¹ FOUCAULT, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Plon.

² MONTESQIEU (1748). Cité dans *Psychiatrie et santé mentale* -cahiers statistiques (1990) n°17, p 17. Paris : Documentation Française.

Les hôpitaux généraux sont alors remplis, les malades mentaux ne représentant qu'une petite proportion de cette population (environ 5 à 10%).

A cette époque, la lettre de cachet, acte souverain émanant du roi, ordonne l'internement selon une procédure administrative à la demande de la famille et après une enquête de l'intendance.

La lettre de cachet reflète une société où la famille est maîtresse de la liberté de ses membres, les surveille et demande leur internement lorsque la situation le nécessite. Les motifs des demandes des familles étaient pour la plupart du temps la demande de prise en charge des marginaux et des déviants, considérés donc comme fous.

La révolution voit l'abolition des lettres de cachets mais maintient cependant l'enfermement des fous.

En ce qui concerne les soins et les traitements, le magique et le religieux gardent une place prépondérante, proposant des pèlerinages à but thérapeutique et miraculeux.

A l'opposé, quelques médecins démarchent de manière scientifique. C'est ainsi que William CULLEN (1710-1790)³, crée en 1769 le terme de névrose pour désigner un ensemble d'affections du sentiment et du mouvement, sans fièvre et lésions décelables. Son principal ouvrage sera traduit en 1785 par Philippe PINEL⁴.

Les remèdes les plus proposés sont à l'époque calmants, saignées, bains, diètes, évacuants, toniques.

Au 18^{ème} et au 19^{ème} siècle, l'enfermement est donc considéré comme le seul moyen de prise en charge des aliénés. A partir de 1860, apparaît un nouveau type de médecin, « l'aliéniste », qui consacre toute son activité à créer, diriger ou réformer des asiles d'aliénés.

Des médecins s'installent au sein des asiles afin d'observer et de connaître tous les malades mentaux de manière individuelle. C'est ainsi que PINEL fût le premier

³ Cité dans *Histoire de la psychiatrie*, Site Internet du Centre Hospitalier Charcot, Docteurs GOLDFARB et BAUDOUIN. (1986).

médecin à s'introduire dans l'asile, proposant un traitement plus humain de la maladie mentale.

PINEL instaure les bases de la psychiatrie en tant que discipline médicale. Sa vision plus humaniste le pousse à supprimer les chaînes des aliénés et à lutter contre la violence des surveillants.

En 1801 il écrit un « traité médicophilosophique de la maladie mentale ou la manie », première nosographie de la maladie mentale qui permet alors d'envisager le traitement de la folie par le « traitement moral » : parler avec le fou, compatir avec le patient et lui redonner espoir deviennent les éléments fondamentaux de toute psychothérapie.

Il considère que le fou n'est plus un « insensé » et que donc il est possible de communiquer avec lui car sa raison n'est pas totalement perdue. Il génère un espace de rencontre avec le fou qui sera à l'origine de l'asile considéré alors comme un lieu qui n'est plus exclusivement réservé à l'exclusion et à l'enfermement.

Il est important de parler ici de Jean-Baptiste PUSSIN, enfermé à Bicêtre en 1771 comme malade et devenu surveillant des fous incurables en 1784, auprès de PINEL devenu Médecin-Chef à l'hôpital de la Salpêtrière.

ESQUIROL (1772-1840)⁵, poursuit les travaux de PINEL. Comme lui, voit dans la folie des causes à la fois physiques et morales et identifie la maladie mentale à quatre groupes principaux :

- la démence ;
- l'idiotie ;
- la manie ;
- les monomanies.

⁴ Cité dans *Histoire de la psychiatrie*, Site Internet du Centre Hospitalier Charcot, Docteurs GOLDFARB et BAUDOUIN. (1986).

⁵ Cité dans *Histoire de la psychiatrie*, Site Internet du Centre Hospitalier Charcot, Docteurs GOLDFARB et BAUDOUIN. (1986).

Il rend en 1819 un rapport au ministre de l'intérieur « des établissements consacrés aux aliénés en France et des moyens de les améliorer », après avoir fait un tour de France des lieux d'enfermements, hospices et prisons.

Suite à ces travaux, il sera à l'origine de la loi du 30 Juin 1838⁶ qui instaure les conditions d'internement, ayant régi les hospitalisations en psychiatrie pendant 150 ans.

Ce n'est qu'en 1990 que cette loi fût abrogée, privilégiant « les droits et la protection des personnes atteintes de troubles mentaux ». Nous consacrerons ultérieurement un chapitre sur le cadre législatif.

Au 20^{ème} siècle apparaît la psychiatrie contemporaine, science qui développe la nosographie et la nosologie.

Le cerveau est alors objet de recherche car à l'origine des pathologies mentales. Cette vision médicale voit alors la naissance de thérapeutiques biologiques après la seconde guerre mondiale.

Dans l'après guerre, faisant suite à un élan de liberté, la psychiatrie prend un véritable tournant.

L'institution se voit alors bouleversée et la psychiatrie s'ouvre alors à différents courants et notamment, dans un premier temps, les sciences humaines.

L'approche de cette nouvelle discipline médicale se fait alors par une interdisciplinarité et une pluridisciplinarité.

En ce qui concerne les bouleversements au niveau de l'institution, on assiste à une véritable désinstitutionnalisation. On voit apparaître des structures intermédiaires en proximité des centres urbains et une intensification des traitements hospitaliers, dans le but de diminuer le nombre d'hospitalisation dans les grands établissements souvent très éloignés de la ville.

⁶ Annexe 1

L'internement est alors dénoncé et condamné et l'hôpital trouve une place de plus en plus réduite dans la prise en charge de la pathologie mentale au nom de la continuité des soins.

Dans les années 1950, G. DAUMEZON et P. KOEHLIN introduisent la notion de psychothérapie institutionnelle, ou l'institution devient un outil thérapeutique, créant un lieu de parole en insérant le patient dans un réseau relationnel, généré par les différentes actions collectives des soignants.

En 1960, une première circulaire fait apparaître la notion de secteur tandis qu'une seconde précise que le nombre de lits dans chaque pavillon ne doit pas dépasser vingt cinq. La chronicité est alors critiquée et accélère la création de structures intermédiaires afin de créer une relation synonyme de mobilisation du malade à l'inverse de l'institution qui fige cette relation.

A partir des années 1970, la désinstitutionnalisation entre dans une phase de réalisation active et voit apparaître la fin de l'hôpital psychiatrique. Les structures de prise en charge se multiplient et la psychiatrie ne se résume plus à ce qui se passe dans les structures, mais c'est la relation psychothérapeutique qui devient alors primordiale.

La continuité dans l'existence du sujet ainsi que la continuité des soins replacent le malade au centre de la prise en charge.

La création de ces structures de soins a provoqué une scission entre les structures extrahospitalières, considérées comme idéales pour la prise en charge et la réinsertion des malades, et les structures hospitalières considérées comme l'ultime solution de prise en charge devant l'échec des soins.

L'histoire fait apparaître des modifications de l'image de la Psychiatrie grâce aux progrès scientifiques, mais aussi grâce au regard humaniste de certains chercheurs. De fait, le législateur interpellé, a été amené à éditer des Lois dont nous suivrons l'évolution dans le chapitre suivant.

II. EVOLUTION DU CADRE REGLEMENTAIRE :

Lors du 20^{ème} siècle, l'institution psychiatrique a subi de nombreux changements, tant par son organisation, son mode de fonctionnement mais aussi par ses orientations nouvelles en matière de prise en charge de la pathologie mentale.

Depuis la loi du 31 Juillet 1991, portant réforme hospitalière, les centres hospitaliers spécialisés sont devenus des établissements publics de santé mentale. Cette loi modifie également l'organisation des établissements de santé en créant un service de soins infirmiers sous la direction d'un infirmier général.

L'ordonnance du 24 Avril 1996 voit l'organisation et le fonctionnement de ces établissements publics de santé mentale se transformer, notamment par une orientation contractuelle interne et externe ayant pour but de créer une complémentarité entre les établissements hospitaliers et les différentes structures de soins, aménageant le partenariat notamment en créant la notion de réseau.

Cette ordonnance, avec la mise en place de l'accréditation, oblige tous les établissements à entrer dans une évaluation des pratiques en vue d'une amélioration constante de la qualité.

Les établissements publics de santé mentale ont donc aujourd'hui remplacés les hôpitaux psychiatriques et sont donc organisés comme tout autre établissement hospitalier public.

Afin de mieux comprendre cette évolution, nous allons revenir sur l'évolution du cadre législatif au travers de l'histoire.

1- La loi de 1838 (voir Annexe 1) :

Comme nous l'avons vu précédemment, les travaux de PINEL et ESQUIROL sont à l'origine de la Loi du 30 Juin 1838. Cette loi, promulguée par le roi Louis-Philippe, prévoit deux possibilités d'hospitalisation dans le cadre de la contrainte :

- le placement volontaire, demandé par un tiers grâce à un certificat médical ;
- le placement d'office, ordonné par le préfet.

Cette loi, avait pour but de protéger le malade des risques encourus par sa pathologie, mais aussi de protéger la population des troubles occasionnés par le comportement des malades mentaux dans la cité. Elle modélise alors la psychiatrie en France selon plusieurs axes :

- des conditions d'accueil et de prise en charge décente de la maladie mentale sont créées. Chaque département se voit alors la charge de créer des asiles d'aliénés afin de prendre en charge la maladie mentale ;
- des mesures de protection sociales sont mises en place contre les risques encourus par la population au travers des aliénés ;
- une réglementation visant à enfermer les malades mentaux contre leur volonté est mise en place, en veillant cependant à protéger ces personnes en ce qui concerne leurs biens et leur liberté individuelle.

Cette loi devait donc définitivement mettre fin aux pratiques barbares utilisées envers les malades mentaux, pratiques que nous avons pu voir précédemment au travers de l'historique de la psychiatrie (bûchers de l'inquisition, séquestration dans les familles ou réclusion dans des hôpitaux généraux ou des prisons).

L'asile devient alors, comme le dit son origine étymologique, un lieu sécurisant à l'abri des dangers et des persécutions, soustrayant le malade aux dangers pathogènes de son milieu naturel.

L'asile, institution inadaptée à une mission de service public en santé mentale, s'est définitivement transformé sous l'impulsion de professionnels de santé mentale

militants, avec l'aide de la circulaire du 15 Mars 1960 dont les objectifs ont été confirmés par celle du 14 Mars 1990.

Une prise en charge du malade dans son environnement familial devient le mode de prise en charge de la maladie mentale, effectué par une équipe de secteur pluridisciplinaire. Les internements deviennent de plus en plus rares, les patients s'adressant directement à l'hôpital afin de recevoir des soins adaptés à leur pathologie mentale.

Cette Loi de 1838 a servi de référence pendant plus de 150 ans. C'est en 1990 que, la nécessité de moderniser les textes législatifs, s'est concrétisée au travers d'une Loi régissant l'hospitalisation et la protection des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

2- La Loi de 1990 :

Seule la Loi du 3 Janvier 1968 a véritablement modifié le droit s'appliquant aux incapables majeurs en mettant en place une panoplie de formules de protection.

La loi de 1985, légalisant la notion de secteur, s'est alors vue appuyée par la Loi du 27 Juin 1990, relative aux droits aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, et à leurs conditions d'hospitalisation.

La Loi de 1990 vise donc à assurer une protection optimale des droits des individus mais aussi en instaurant un véritable respect des libertés individuelles, permettant à chaque patient de saisir de son propre chef le juge garant de l'application du droit.

Seuls les placements sans consentement ont été conservés de la Loi de 1838, mais avec beaucoup de garanties au niveau du respect des libertés individuelles. Les termes sont modifiés et l'on parle alors d'hospitalisation à la demande d'un tiers et d'hospitalisation d'office. Ces modes d'hospitalisation sont régis par une procédure demandant l'établissement de plusieurs certificats médicaux circonstanciés et le contrôle du bon déroulement de l'hospitalisation s'effectue par une Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques.

Comme nous l'avons vu, cette loi se veut protectrice des personnes hospitalisées sans leur consentement mais vise aussi à en limiter le nombre, en favorisant la prise en charge des patients sous la forme de l'hospitalisation libre.

Elle se veut aussi protectrice des droits des personnes hospitalisées et du respect de leurs libertés individuelles, en mettant en place les grands principes suivants :

- Nul ne peut être hospitalisé sans son consentement. L'hospitalisation sous contrainte devant rester exceptionnelle, mise en place dans l'urgence dans le cas où il est impossible d'obtenir le consentement du patient ;
- Les personnes hospitalisées sous contrainte disposent des mêmes droits qu'une personne hospitalisée librement ;
- Lorsqu'une hospitalisation sous contrainte est indispensable, le patient est informé dès son admission de sa situation juridique et de ses droits.

La Loi de 1990 comporte également des mesures de protection concernant la protection des adultes handicapés :

- La sauvegarde de justice : mesure légère, de durée limitée, mise en place dans l'urgence qui vise à protéger la personne par action en rescision pour lésion et en réduction pour excès.
- La tutelle : régime de protection le plus complet où la personne est représentée de manière constante dans la vie civile. La personne perd alors ses droits civils et civiques. Cette mesure est ordonnée par le juge des tutelles qui nomme le tuteur, elle est indiquée pour des altérations graves et durables des facultés mentales et corporelles.
- La curatelle : régime de protection intermédiaire entre la tutelle et la sauvegarde de justice et assure conseil et contrôle des actes de la vie civile. Cette mesure a pour but d'aider les patients à participer à la gestion de leurs biens et aide celui-ci à se réinsérer au contact des difficultés de la vie réelle. La procédure de mise en place est identique à celle de la tutelle.

A cette Loi de 1990 viennent se greffer à d'autres lois relatives à l'hospitalisation de personnes en psychiatrie : La Loi du 15 Avril 1954 relative aux personnes alcooliques dangereuses, la Loi du 31 Décembre 1970 relative aux personnes toxicomanes ainsi que l'Article D 398 du Code de Procédure Pénale concernant les personnes prévenues ou détenues souffrant de troubles psychiatriques.

Cette Loi de 1990, en mettant en place le respect des personnes va engager la responsabilité des établissements de santé lors de la prise en charge quotidienne des patients par les équipes de soins.

Au sein du service de soins, cette nécessité de respecter les droits et les libertés des patients va entraîner des responsabilités nouvelles pour l'ensemble du personnel paramédical, responsabilités pour lesquelles le Cadre de Santé doit se porter garant.

Nous avons mis en évidence que le législateur a su préserver les Droits du patient hospitalisé.

Or, ces patients ne sont pas heureusement tous, pris en charge sous un mode d'hospitalisation. Beaucoup d'entre eux, vivent donc en dehors de l'hôpital sous un mode que l'on dénomme « en alternative à l'hospitalisation ».

C'est ce que je développe dans le chapitre suivant.

III. LES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION :

Il existe dans le secteur dans lequel je travaille plusieurs formes d'alternatives à l'hospitalisation notamment:

1. Les appartements thérapeutiques et ou protégés :

Ils sont regroupés en unité de soins possédant plusieurs caractéristiques.

- Ils favorisent la réadaptation et l'insertion dans le milieu social.
- Ils s'adressent souvent à des malades au passé psychiatrique lourd
- Ils nécessitent une présence importante des personnels soignants
- Ses actions de soins sont centrées sur l'apprentissage de l'autonomie dans tous les actes de la vie courante.

Leurs objectifs sont de l'ordre de :

- Limiter la durée d'hospitalisation.
- Faire acquérir au patient un maximum d'autonomie au niveau des gestes de la vie quotidienne :
 - Lui apprendre à s'organiser
 - Lui apprendre les gestes en rapport avec l'hygiène, l'alimentation.
 - Lui apprendre à avoir une bonne hygiène de vie
- Réinsérer le patient dans la société :
 - Lui apprendre à respecter certaines règles
 - Lui apprendre à mieux communiquer avec les autres

Ainsi, la vie des patients doit tendre à se rapprocher d'une vie normale.

Chacun des patients participe à l'organisation, à la gestion du quotidien à l'intérieur de l'appartement.

Ce genre de structure permet l'accompagnement des patients dans tous les actes de la vie quotidienne.

De plus, l'équipe soignante travaille au maintien du lien avec l'extérieur :

- Par son aide au patient à la gestion du quotidien dans l'appartement.
- Par l'accompagnement du patient dans les démarches administratives.
- Par l'aide à l'intégration du patient dans l'environnement immédiat : voisinage, commerces, vie associative...
- Par sa participation à la restauration des liens familiaux du patient

2. Les Centres Médico-Psychologiques :

Les centres médico-psychologiques sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile sous forme de visites à domicile.

- Les Visites à Domicile :

Les Visites à Domiciles sont organisées à partir des centres médico-psychologiques. Il s'agit d'une prévention tertiaire. Elles permettent une prise en charge des patients après leur sortie de l'hôpital.

L'équipe soignante intervient au domicile du patient pour offrir un relais à d'autres modes de prises en charge et mettre en place un vecteur de continuité d'un lieu à un autre tel que l'hôpital, et ou le CMP.

Les Visites à Domicile servent à :

- Eviter la réhospitalisation et prévenir les rechutes.
- Suivre un traitement médicamenteux.

Ex : Injection de neuroleptiques une fois par mois.

- Avoir un suivi, un soutien psychologique après une hospitalisation.

Ex: par les entretiens

- Dépister certains signes : incohérence, délire, souffrance...

A sa sortie de l'hôpital, le patient se retrouve souvent isolé. Un service tel que les Visites à Domiciles est donc nécessaire pour offrir une grande proximité de soin. Celui-ci est quelque fois le seul accepté par le patient ou la famille.

Située dans le milieu familial, au domicile du patient, les visites à domicile permettent :

- De redonner au patient en quittant le contexte institutionnel, le champ d'action auquel il avait dû renoncer et donc d'ouvrir aux soignants des possibilités de compréhension plus élargies par rapport au patient et à ses symptômes.
- Un suivi thérapeutique et un soutien psychologique fait par une équipe pluridisciplinaire dans le but de limiter l'hospitalisation.

3. L'hôpital de jour :

L'hôpital de jour ne peut se concevoir et fonctionner comme une structure isolée. Il doit être articulé à des structures hospitalières à temps plein. L'hôpital de jour peut prendre le relais après une hospitalisation classique et confier à son tour le patient à des solutions de prises en charge ambulatoire qui viseront sa réinsertion sociale, comme par exemple les appartements protégés ou une famille d'accueil thérapeutique. Situé préférentiellement à l'extérieur de l'hôpital, il assure des soins polyvalents individualisés en journée. Les patients bénéficient d'un soutien médico-social et pédagogique dans le cadre de soins de réadaptation. Son objectif est d'optimiser l'insertion des personnes dans leur environnement social et familial.

L'hospitalisation de jour peut être proposée à tout malade qui a un minimum d'autonomie et disposant d'un lieu d'accueil pour la nuit.

4. Conclusion :

Au travers de l'historique et de la présentation des différentes structures d'offre de soins, en alternative à l'hospitalisation, nous avons pu constater que la psychiatrie a beaucoup évolué. Le travail de recherche des médecins et des équipes de soins a beaucoup participé à cette évolution.

Mais, il faut noter que ces modes d'alternatives à l'hospitalisation s'avèrent coûteux. De plus, les priorités du SROS et donc de l'Agence régionale de l'Hospitalisation ne se situent plus dans un contexte à prioriser les projets d'ouvertures de nouvelles structures de ce type.

Il est donc intéressant de se tourner vers un mode de prise en charge mettant en jeu celui des familles d'accueil.

IV. L'ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE :

L'accueil familial est régi par la loi n°89-475 du 10 Juillet 1989 ainsi que par toute une série de décrets et d'arrêtés parus ultérieurement (arrêté de 1990, Annexe1).

C'est une alternative à l'hospitalisation qui a beaucoup souffert du passé et qui consiste à confier un patient à une famille qui n'est pas sa famille d'origine.

Ce placement s'accompagne de soins ambulatoires inscrits au sein de secteur (Visites à domicile, Activités thérapeutiques à temps partiel, Consultations Médico-Psychologiques ...).

Ce mode de prise en charge extra-hospitalier demeure paradoxalement inscrit comme une hospitalisation à temps plein (Arrêté du 14 Mars 1986), ce qui entraîne pour le patient une diminution de l'Aide Adulte Handicapé et le paiement du forfait hospitalier.

En contrepartie de l'accueil de personnes adultes handicapées les familles d'accueil reçoivent une rémunération régie par l'Article 18 de la Loi du 10 Juillet 1989.

Ce mode de prise en charge devient alors plus clair d'un point de vue organisationnel. Pour les équipes de soins, de nombreuses difficultés persistent, la première étant de poser l'indication d'une prise en charge d'un patient dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique.

1. Les indications de l'Accueil Familial Thérapeutique :

La structure de l'accueil familial thérapeutique apparaît comme un lieu de consolidation du soin permettant de stabiliser la psychose.

Il cible donc une population de patients psychotiques dont la pathologie les empêche d'assurer le quotidien sans accompagnement.

Ce mode de prise en charge vise une continuité des soins en rompant avec l'hospitalisation. Il motive un désir de changement stratégique dans le mode de prise en charge du patient.

Les indications sont beaucoup plus liées au parcours personnel du malade, au projet de soins de réinsertion, qu'à des critères de catégories diagnostiques.

Cependant il est nécessaire d'écarter des états pathologiques aigus pouvant mettre en danger le cadre familial (Etats dépressifs sévères, violence, dangerosité pour le patient et pour autrui).

Il n'y a pas non plus d'indications selon l'âge du sujet, cependant la charge de travail liée à l'âge et à la dépendance ne doit pas être excessive.

L'indication d'une prise en charge en famille d'accueil doit se faire au présent, mais aussi en fonction de l'avenir.

Pour cela, il est envisageable aussi bien, lors de séjours de courte durée, qu'au long terme et même en temps partiel.

Par rapport à cela l'accueil familial thérapeutique n'est pas une fin en soi, mais comme tout processus de soin psychiatrique, il ne prend son sens que dans un projet de soins individualisé et réactualisé.

Au vu de tout ces éléments, il paraît évident que l'indication de prise en charge en famille d'accueil ne peut se faire que par une équipe dont la politique de soins est claire, pour un patient donné à un moment précis de son évolution personnelle après avoir envisagé avec lui si d'autres orientations thérapeutiques auraient été mieux adaptées.

Une fois l'indication de l'accueil familial thérapeutique posée, ce mode de prise en charge va faire intervenir un grand nombre d'acteurs, dont la tâche est souvent difficile à définir au vu des nombreux enjeux liés à ce mode de prise en charge, que ce soit pour le patient, la famille d'accueil ou les soignants.

2. Les différents acteurs et les enjeux :

a) Le patient :

Les indications d'une prise en charge en famille d'accueil ne recouvrent pas de catégories diagnostiques précises.

Pour Maryvonne WETSCH-BENQUE⁷, psychiatre, « c'est en mettant en perspective les ressources envisageables, l'intensité de la prise en charge nécessaire que l'on trouve le mieux l'adéquation et l'indication »

Cette immersion dans un milieu social riche en interrelations, va donner au patient l'occasion d'organiser sa vie quotidienne de façon plus harmonieuse et active.

Il pourra prendre des initiatives dans un cadre non associé au cadre institutionnel psychiatrique.

Ces différentes étapes nécessitent une véritable écoute du patient afin de progresser à son rythme. Pour cette évolution, il est impossible de parler de normes, mais plus d'évaluation de ses ressentis.

Pour le patient, les enjeux sont importants car la famille d'accueil lui permet de vivre :

- au sein d'une famille, même si ce n'est pas la sienne ;
- dans « sa maison », dans un cadre qui lui convient ;
- en bénéficiant d'un accompagnement personnalisé ;
- dans le respect de sa personnalité et de son histoire.

Pour le patient c'est une immersion dans un milieu social riche en interrelations, mais non repéré comme institution psychiatrique.

Pour Maryvonne WETSCH- BENQUE, « le patient accueilli peut, si l'accueil est à la mesure, y trouver un entourage attentif, organiser sa vie quotidienne de façon plus harmonieuse et plus active, oser des initiatives tout en se sentant rassuré par le cadre. Il peut à son rythme trouver une organisation de vie, les difficultés et incapacités

⁷ *Santé Mentale* n°20.(Septembre 1997). *L'accueil familial thérapeutique, un mode de soins spécifique*, p20.

liées à sa pathologie psychiatrique étant évaluées et prises en compte dans un projet évolutif ».

Pour le patient, intégrer une famille d'accueil n'est pas chose facile et révèle beaucoup d'angoisses et de traductions somatiques. Le rôle des soignants de l'institution va se montrer primordial.

b) Les soignants :

La préparation de l'accueil va conditionner considérablement celui-ci. Pour Maryvonne WETSCH-BENQUE, « l'écoute du patient, de son rythme, aide à trouver le juste milieu, la vitesse adéquate pour les étapes successives : là encore, pas de norme, mais l'évaluation de ses ressentis ».

Pour Jean-Claude CEBULA⁸, « les soignants doivent faire l'expérience de la dépossession d'un patient, d'un savoir sur le patient et parfois faire le deuil de leurs compétences professionnelles bousculées par les changements constatés chez le patient ».

Il est donc difficile pour les soignants d'ajuster la prise en charge du patient en famille d'accueil dans le cadre de la continuité des soins.

Le soignant doit donc se débarrasser des représentations sociales du malade mental et de ses symptômes tels qu'il les a vécus lors de la prise en charge en milieu hospitalier.

Cependant pour Jean-Claude CEBULA, « des symptômes dérangeants réapparaissent chez un patient lors d'un séjour dans une famille d'accueil. Les soignants qui l'ont connu à l'hôpital et qui assurent le suivi de l'accueil familial, sont confrontés au déjà vu, les mêmes symptômes ayant été observés lors de l'hospitalisation ».

⁸ CEBULA, J-C. *Accueil familial ou thérapeutique*, *Santé mentale* n°20. Septembre 1997, p 24

Dans ce cas, le soignant doit rester attentif au questionnement de la famille d'accueil afin et les aider à comprendre le comportement des patients au cours de ces manifestations étrangères.

Afin d'assurer son rôle, le soignant doit réfléchir et être inventif sur les moyens d'accompagnement et sur son mode de présence auprès des familles, car en cas de problèmes, seule une réhospitalisation pourra être proposée.

Les infirmiers, dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique, voient une partie de leur travail disparaître au bénéfice de la famille.

Il est donc important de reconsidérer ce nouveau créneau de temps infirmier afin d'aider les familles à accompagner les patients dans leurs démarches et de leur proposer des activités thérapeutiques et resocialisantes plus adaptées.

Pour Geneviève NARUSE⁹, « la maîtrise par l'équipe soignante de l'ensemble de ces bouleversements repose essentiellement sur sa capacité d'analyse et de compréhension de la nature, du fonctionnement et de la régulation des liens créés par cette nouvelle situation ».

Il est important pour les soignants de ne pas négliger la famille d'origine du patient. Pour Maryvonne WETSCH-BENQUE, « il faut les associer, travailler avec elles. Que « leurs » patients aillent dans une autre famille les implique beaucoup plus que s'il partait en institution. Elles se sentent coupables de ne pas les reprendre, alors que des inconnus acceptent de s'en charger, et trouvent aussi insupportable l'idée de revivre avec lui ».

Nous avons vu l'importance de la nature des liens créés ou transformés par l'accueil familial thérapeutique, mais aussi des difficultés des équipes soignantes pour les saisir et les maîtriser. Il est important de repartir des particularités des familles afin d'éviter les travers des équipes soignantes dans des interventions héritées de pratiques psychiatrique institutionnelles et inadaptées dans le cadre de cette prise en charge.

⁹ NARUSE, G. (1997). *Jeu d'alliances, Santé mentale* n°20 p 36, Septembre 1997.

c) *Les familles d'accueil :*

Accueillir un malade mental chez soi, en présence de sa famille est quelque chose de très difficile et d'épuisant.

Pour Maryvonne WETSCH-BENQUE¹⁰, « les compétences de l'assistant familial et du reste de la famille lors du recrutement ne peuvent être appréciées que de façon subjective ; ils n'ont pas à ce moment de qualités particulières, si ce n'est leurs qualités humaines, leur intelligence des situations, leur empathie, leurs capacités à communiquer et leur disponibilité.

Et aussi quelque chose de plus secret, qui les motive pour ce métier (comme les autres soignants en psychiatrie) ».

Afin que la famille reste thérapeutique, il est important de maintenir une certaine dynamique afin de ne pas produire la chronicité. Il faut donc que la famille puisse avoir l'opportunité de faire le point régulièrement avec les équipes de soins, de manière simple et adaptée, afin de faire un bilan des effets de l'accueil :

- amélioration de l'autonomie ;
- reprise ou maintien des activités ;
- restructuration de l'identité ;
- reprise de conscience de soi.

Vu la durée souvent longue de l'accueil familial thérapeutique, il est important que la famille puisse bénéficier de temps de séparation, notamment lors des vacances, afin de se séparer, que chacun puisse prendre du recul en vivant autre chose.

Il n'est pas évident d'envisager ces temps de séparation pour la famille d'accueil, car comme nous l'avons vu, elles ont la particularité de partager leur vie familiale. Pour Jean-Claude CEBULA, « il y aurait beaucoup à dire sur les multiples facettes de ce partage. Il est matériel (mêmes espaces), investi d'affects (sinon comment supporter

¹⁰ *Santé Mentale* n°20.(Septembre 1997). *L'accueil familial thérapeutique, un mode de soins spécifique*, p21.

de vivre avec), psychique (chacun pense à l'autre). Enfin et surtout, il est structuré par quelques tabous culturels et valeurs familiales ».

La qualité d'un accueil thérapeutique est une articulation complexe qui dépend de la prise en compte de tous les acteurs que nous avons cité précédemment.

L'effet thérapeutique peut être long, chez des patients en demande de réassurance pour pouvoir modifier leur maladie, et en contrepartie livré trop à lui-même un accueil peut évoluer de manière inadaptée.

L'équipe de suivi prend alors toute son importance dans l'équilibre de l'accueil familial thérapeutique.

d) L'équipe de suivi :

La première chose importante est de préciser que c'est souvent l'équipe de suivi qui décide du patient à confier à une famille recrutée. Cette étape semble la plus importante dans l'adéquation du patient à sa nouvelle famille.

Pour Maryvonne WETSCH-BENQUE¹¹, « l'équipe de guidance reste à la fois partenaire de travail, recours éventuel auquel se confier, mais en même temps, celle qui surveille, critique, décide de la formation, et surtout peut mettre fin à un accueil, donc modifier l'économie familiale. D'où un système de relations complexes, avec d'insidieuses réactions de rivalité, des prises de pouvoir, qu'il faut savoir prendre le temps de décoder. L'important est que l'accueilli ne devienne pas un enjeu entre deux parties du conflit ».

Il est donc important de retravailler à partir des représentations de tous les soignants intervenants dans le suivi du patient et de la famille.

Le travail de coordination prend toute son importance car il n'est pas rare, qu'un patient ou une famille manifeste ses problèmes relationnels avec des attitudes différentes selon l'interlocuteur : le nombre d'interlocuteurs étant souvent important dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique :

- le psychiatre responsable de l'accueil familial thérapeutique ;
- le psychologue ;
- l'équipe infirmière ;
- la secrétaire ;
- les ergothérapeutes ou autres thérapeutes intervenants dans les activités proposées aux patients.
-

Pour Maryvonne WETSCH-BENQUE, le rôle de l'équipe de suivi peut se résumer de la manière suivante :

- cadrer avec les gestionnaires de l'hôpital le contrat d'accueil des patients et le statut des futurs accueillants ;
- définir la fréquence des visites à domicile, des consultations des patients au centre médico-psychologique ;
- le suivi des familles au centre médico-psychologique ;
- les réunions avec l'ensemble des accueillants ;
- des temps communs de réflexion et de bilan ;
- les temps de formation nécessaires.

Pour elle, « suivre l'accueil au seul domicile de la famille n'est pas suffisant. Il est important de pouvoir dialoguer avec la famille et l'accueilli dans un autre lieu. C'est une possibilité d'ouverture. Au CMP, la parole peut s'exprimer d'une autre manière que chez l'accueillant. L'accueilli y prend ses repères, croise des personnes qu'il connaît, trouve dans ces rencontres matière à réfléchir à son propre avenir ».

L'accueil familial thérapeutique se constitue en de nombreux enjeux que l'équipe de suivi doit maîtriser le mieux possible afin de tenter de recréer un lieu thérapeutique pour le patient, dans le respect de la famille et des compétences professionnelles de chacun.

Comme décrit plus haut, l'importance de travailler à partir des Représentations Sociales peut être capitale. Il est temps alors, de définir le concept des Représentations Sociales et celles de la maladie et de la Santé.

¹¹ *Santé Mentale* n°20.(Septembre 1997). *L'accueil familial thérapeutique, un mode de soins spécifique*, p20.

V. LES REPRESENTATIONS SOCIALES :

1- Historique des sciences sociales :

Les réflexions sur la société ont longtemps été des considérations politiques . Aristote est considéré comme l'un des premiers abordant la réalité sociale au cœur de cette société.

C'est Montesquieu, au 18^{ème} siècle que l'on identifie comme le précurseur de la sociologie. Il considère que rechercher les causes est une étape nécessaire pour découvrir les lois. Il distingue alors la nature de la société et les principes qui la font agir, que l'infinité des lois et des mœurs peuvent être intelligemment ordonnées, ce qui suppose que l'on peut identifier des causes et les classer.

Depuis le 19^{ème} siècle les sciences sociales se sont divisées en notions clés : la sociologie s'est séparée de la philosophie, la psychologie sociale de la sociologie, la démographie est devenue une spécialité. La psychologie sociale est née aux Etats-Unis en tant que science après la deuxième guerre mondiale après donc ce détachement des sciences sur lesquelles elle s'appuyait.

Pour Serge MOSCOVICI¹², cette nouvelle science comporte trois étapes ayant chacune un concept bien défini : les attitudes sociales, les cognitions sociales et les représentations sociales.

C'est ce concept qui nous intéresse ici : les représentations sociales comme théorie alternative à l'étude de la connaissance profane dans le domaine de la psychologie sociale.

¹² MOSCOVICI, S. (1986). *L'ère des représentations sociales*, P 36-77, In W. DOISE et G.PALMONARI (éd), *L'étude des représentations sociales*, Neuchâtel :Delachaux et Nieslé.

2- Les représentations sociales :

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

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

3- Théorie des représentations sociales :

a) *Historique* :

Le terme de « représentation sociale » à été introduit par Serge MOSCOVICI¹³. Il développe alors une approche nouvelle dans l'étude de la connaissance humaine.

Ce même auteur nous renseigne sur l'historique des représentations sociales : « Après avoir été le phénomène le plus marquant de la science sociale en France, le concept de représentation collective a suivi une éclipse qui a duré près d'un demi siècle. C'est vers le début des années 60 qu'il m'a semblé possible de renouer avec l'étude des représentations et de susciter l'intérêt d'un petit groupe de psychologues sociaux. Ils ont vu ma possibilité d'aborder les problèmes de leur discipline dans un esprit neuf, d'étudier les comportements et les rapports sociaux sans les déformer ni les simplifier, et aussi d'obtenir des résultats originaux »

DURKHEIM¹⁴ fût le premier à évoquer les représentations collectives dans une œuvre bâtie sur l'hypothèse que la société est un objet indispensable pour expliquer

¹³ MOSCOVICI, S. (1961). *La psychanalyse, son image son public*, Paris : PUF.

le monde. Il montre que la pensée logique est une création de la société et que celle-ci ne peut fonctionner que si ses membres partagent une certaine vision du monde.

Serge MOSCOVICI s'est appuyé sur cette notion de base de DURKHEIM afin de développer la théorie des représentations sociales qu'il situe à l'interface du psychologique et du social.

Pour lui : « c'est un outil de pensée pour l'individu qui lui sert dans sa vie quotidienne » et qu'il définit comme « une modalité de connaissance particulière ayant pour fonction l'élaboration des comportements et la communication entre individus ».

Cette théorie des représentations sociales a vu un nombre de publications importantes à partir des années 80.

Pour Denise JODELET¹⁵, cette théorie se caractérise fondamentalement par son caractère social car elle est élaborée et partagée par tous les membres de la société. Elle a une finalité d'organisation et d'orientation des communications et des conduites permettant d'acquérir une vision de la réalité commune à tous les membres d'un ensemble social déterminé.

b) Définition :

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

Pour Denise JODELET¹⁶ les représentations sociales peuvent se définir comme : « une forme de savoir pratique reliant un sujet à un objet ».

J.C ABRIC¹⁷, introduit en 1976 la notion de « noyau central » dans sa définition des représentations sociales formulée par « une vision fonctionnelle du monde, qui

¹⁴ DURKHEIM,E. (1967). *Représentations individuelles et représentations collectives*, In Sociologie et philosophie, Collection « Le sociologue », Paris : PUF.

¹⁵ JODELET,D. (1989). *Folie et représentations sociales*, P 36-37, Paris : PUF.

¹⁶ JODELET,D. (1989). *Folie et représentations sociales*, p 36-37, Paris : PUF.

¹⁷ ABRIC,J.C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*, p 13, Paris : PUF.

permet à l'individu ou à un groupe de donner un sens à ses conduites et de comprendre la réalité, à travers son propre système de référence, donc de s'y adapter, de s'y définir une place ... un guide pour l'action, elle oriente les actions et les relations sociales ... un système de pré-décodage de la réalité car elle détermine un ensemble d'anticipations et d'attentes. »

Comme nous l'avons dit précédemment, il existe un grand nombre de définitions des représentations sociales et donc une grande diversité lorsqu'il s'agit des caractéristiques de celles-ci au travers des différents auteurs ayant contribué à leur développement.

c) Caractéristiques des représentations sociales :

Les principales caractéristiques montrant l'évolution des représentations sociales peuvent se résumer de la manière suivante :

- c'est la connaissance de quelque chose par quelqu'un, considérée de manière systémique ;
- il y a abandon de la distinction classique entre sujet et objet, il n'y a pas de coupure entre les univers intérieur et extérieur de l'individu ou du groupe. C'est la relation objet-sujet qui détermine l'objet, le stimulus et la réponse se forment ensemble ;
- les représentations sociales possèdent toujours deux faces, l'image et la signification. Il existe une relation de symbolisation de l'objet et d'interprétation par le sujet ;
- ce sont des constructions élaborées au travers des mécanismes cognitifs, psychiques et sociaux des individus et des groupes ;
- elles ont pour finalité de servir de grille de lecture et de décodage de la réalité ;

- les pratiques constituent l'unique source de transformation des représentations.

Partant de ces principales caractéristiques, les représentations sociales vont se structurer afin de permettre la construction de celles-ci.

d) Structure des représentations sociales :

Les représentations sociales sont formées d'un processus et d'un résultat. Elles associent une activité mentale (mécanismes intra-psychiques ou cognitifs) aux aspects liés à l'environnement social afin de permettre un processus de construction de la représentation et l'appropriation d'une réalité extérieure.

Denise JODELET¹⁸ définit cet environnement social comme : « contexte concret où sont situés personnes et groupes, type de communication qui s'établit entre eux, cadre d'appréhension qui fournit leur bagage culturel, codes de communication, valeurs et idéologies liés aux positions sociales spécifiques ».

Pour elle, la réalité est élaborée socialement et les représentations sociales donnent un sens aux comportements du sujet et de son entourage : « Toute représentation sociale est représentation de quelque chose et de quelqu'un. Elle n'est donc ni le double du réel, ni le double de l'idéal, ni la partie subjective de l'objet, ni la partie objective du sujet. Elle est le processus par lequel s'établit leur relation ».

Pour Denise JODELET¹⁹, objet et sujet sont en interaction dans la construction d'une représentation, le sujet se faisant sa propre représentation de l'objet selon le contexte dans lequel l'objet se trouve.

De ce fait, on ne peut étudier une représentation en général, mais des représentations sociales en particulier.

¹⁸ JODELET, D. (1984). *Représentations sociales, phénomènes, concept et théorie*, In MOSCOVICI S : *Introduction à la psychologie sociale*, vol.1, p 360, Paris : Larousse.

¹⁹ JODELET, D. (1984). *Représentations sociales, phénomènes, concept et théorie*, In MOSCOVICI S : *Introduction à la psychologie sociale*, vol.1, p 362, Paris : Larousse.

Une fois la structure des représentations sociales établie, elles vont au travers d'un individu ou d'un groupe d'individu établir des produits que nous nommerons résultats des représentations sociales.

e) Les résultats des représentations sociales :

Nous avons vu précédemment que les représentations sociales aboutissent à la connaissance particulière d'un objet, élaborée par un individu ou un groupe d'individu, dans un contexte particulier.

Pour Denise JODELET²⁰, cette connaissance de l'objet est observable au travers des discours, des conduites, ainsi que toute autre forme de communication et se transmet dans la société grâce à des canaux divers (institutionnels, médiatiques, conversationnels). Cette connaissance va alors servir de grille d'interprétation du réel.

On peut dire de manière générale que les produits d'une représentation sociale se structurent selon trois axes :

- l'attitude ;
- l'information ;
- le contexte de la représentation.

Pour MOSCOVICI²¹, l'attitude est le reflet de la disposition plus ou moins favorable, positive ou négative d'un sujet face à l'objet qui oriente l'action en relation à l'objet.

Pour Claudine HERZLICH²², l'information sur l'objet est formée par des croyances, préjugés, connaissances significatives ou non, stéréotypes que nous possédons de l'objet.

Le contexte de la représentation désigne l'individu ou le groupe d'individu qui va structurer les éléments de l'objet de manière différente selon le contexte dans lequel

²⁰ JODELET, D. (1991). *Les représentations sociales*, p 13, Paris : PUF.

²¹ MOSCOVICI, S. (1961). *La psychanalyse, son image son public*, Paris : PUF.

²² HERZLICH, C. (1969). *Santé et maladie, étude d'une représentation sociale*, Paris : Mouton.

il se trouve. Le temps, l'espace mais aussi tous les autres éléments sont susceptibles d'intervenir dans la contextualisation de l'objet au moment où se produit la représentation.

On peut donc dire au niveau des résultats que chaque culture établit sa propre représentation du monde dans lequel elle évolue.

Chaque objet va représenter un grand nombre de traits de caractéristiques qui vont être décomposés et décontextualisés. Plus l'objet sera complexe et plus les traits de caractéristiques seront nombreux.

Chaque groupe d'individu sélectionnera alors les informations selon leur appartenance culturelle et le contexte dans lequel la situation se trouve, rejetant ou neutralisant les traits conflictuels que pourrait présenter l'objet.

Ainsi seules les informations en accord avec nos schémas de références socioculturelles seront retenues. Pour Denise JODELET²³ : « Les notions sont ainsi détachées du champ scientifique auquel elles appartiennent et du groupe d'experts qui les a conçues pour être appropriées par le public, qui, en les projetant comme faits de son univers propre, peut ainsi les maîtriser ».

Les représentations sociales sont organisées autour de plusieurs notions complexes que nous allons étudier. La formation du noyau figuratif restant la principale.

f) La formation du noyau figuratif :

C'est à partir de cette notion que J.C ABRIC²⁴ développe sa théorie du noyau central que l'on peut résumer de la manière suivante : toute représentation est organisée autour d'un noyau central déterminant à la fois la signification et l'organisation de la représentation.

Nous développerons cette théorie ultérieurement.

²³ JODELET, D. (1991). *Les représentations sociales*, p 670, Paris : PUF.

²⁴ ABRIC, J.C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*, p 19-23, Paris : PUF.

Pour Denise JODELET²⁵, lorsque le groupe d'individu a saisi les notions clés, va se former le noyau figuratif. Les notions vont alors être hiérarchisées, organisées et adaptées afin de former une image ou un schéma cohérent de l'objet.

L'objet n'est alors plus une traduction du réel, il devient une traduction avec des traits objectifs, imaginaires et symboliques de l'objet.

Les éléments de cet objet ainsi créés ne sont, comme nous l'avons vu, plus une traduction du réel. L'objectivation va alors intégrer ces éléments dans la réalité

g) L'objectivation :

Les éléments structurés dans le schéma deviennent alors des éléments de la réalité. Ils transforment les concepts en catégories sociales du langage et permettent aux membres d'un groupe social d'élaborer des échanges et des avis à partir d'un savoir commun minimal.

L'objectivation permet de rendre concret ce qui est abstrait, ensuite ces éléments seront intégrés par les groupes sociaux au travers d'un phénomène d'ancrage.

h) L'ancrage :

Pour Denise JODELET²⁶, c'est l'enracinement social de la représentation de l'objet. Le sujet peut construire et reconstruire la réalité en intégrant l'information de l'objet, ou les schémas qui ont été construits à propos de cet objet, dans les schémas préexistants.

Pour Denise JODELET²⁷, l'ancrage assure quatre fonctions :

- l'intégration cognitive de la nouveauté ;
- l'interprétation de la réalité ;
- l'orientation des conduites et des rapports sociaux ;
- l'assignation de sens.

²⁵ JODELET, D. (1991). *Les représentations sociales*, p368, Paris : PUF.

²⁶ JODELET, D. (1984). *Représentations sociales, phénomènes, concept et théorie*, In MOSCOVICI S, *Introduction à la psychologie sociale*, vol 1, p 371, Paris : Larousse.

Une fois enracinées, les représentations sociales vont exercer plusieurs fonctions sur les individus d'un groupe social.

4- Les fonctions de la représentation sociale :

Les représentations sociales présentent plusieurs fonctions que nous allons détailler ci dessous :

- Tout d'abord, elles permettent de comprendre et d'expliquer la réalité. Elles permettent donc un échange social, une communication entre les individus d'un même groupe qui a acquis et intégré des connaissances lui permettant l'interprétation et la reconstruction de la réalité.
- Elles permettent donc à ce groupe d'acquérir une identité sociale et personnelle et donc la sauvegarde de la spécificité du groupe social d'appartenance.
- Les représentations sociales guident les pratiques et les comportements jusque dans leur finalité. Elles interviennent dans la définition de la finalité de la situation, permettant de déterminer la démarche cognitive, la structure et le type de communication des individus indépendamment de la réalité objective de la tâche.
- Pour JC ABRIC²⁸, elles permettent aussi de justifier les comportements à posteriori.

L'étude des représentations sociales a fait part à de nombreuses critiques et de reproches : D'après JC ABRIC²⁹ « on lui reproche de relever des naïvetés des philosophies sociales du consensus », de par son approche floue et ambiguë.

²⁷ JODELET, D. (1989). *Les représentations sociales*, Paris : PUF.

²⁸ ABRIC, JC. (1994). *Pratiques sociales et représentations*, p 15-18, Paris : PUF.

²⁹ ABRIC, JC. (1994). *Pratiques sociales et représentations*, p 29, Paris : PUF.

De plus, il n'existe pas de consensus dans la méthode utilisée en ce qui concerne l'étude des représentations sociales.

La clarification des études des représentations sociales se fera grâce notamment aux travaux de JC ABRIC, cités ci-dessus et sa théorie du « noyau central », mais aussi de S LAHLOU³⁰ dans son approche de la « formalisation en relativité complète ».

Nous aborderons la théorie du noyau central selon JC ABRIC, plus en lien avec mon travail de recherche.

5. Une autre approche des représentations sociales : la théorie du noyau central :

Dans ses travaux de recherche de 1976 à 1989, JC ABRIC va développer une théorie selon laquelle il affirme que les représentations sociales se forment autour d'un noyau central qui détermine la signification de la représentation ainsi que son organisation.

Dans cette théorie, le noyau central remplit deux fonctions fondamentales :

- une fonction génératrice au travers de laquelle la représentation prendra sa signification en se créant ou en se transformant ;
- une fonction organisatrice ou le noyau central va établir les liens qui unissent les éléments de la représentation entre eux.

Le noyau central est considéré comme l'élément le plus stable de la représentation, et en se modifiant, c'est toute la représentation qui va se trouver modifier.

L'étude des représentations va pouvoir alors se faire autour du repérage de ce noyau central et donc permettre de comparer des représentations construites dans des contextes différents.

³⁰ LAHLOU, S. (1995). Cité dans Cahiers de recherche n°C134, CREDOC.

Selon JC ABRIC³¹, des éléments périphériques se constituent de manière hiérarchisée autour du noyau central, constituant la partie la plus concrète et accessible de la représentation (stéréotypes, croyances, préjugés...). Pour lui : « proches du noyau central, ils jouent un rôle important dans la concrétisation de la signification de la représentation, plus éloignés ils illustrent, explicitent ou justifient cette signification ».

Ces éléments périphériques forment un système dont la fonction est d'intégrer les éléments dans la situation où se produit la représentation et d'adapter cette représentation selon l'évolution du contexte.

Ils exercent une véritable fonction de défense de la représentation afin d'en éviter la transformation.

Pour JC ABRIC³², c'est au niveau de ces éléments périphériques que la représentation est susceptible de se transformer et que l'individu peut supporter des contradictions.

Pour ABRIC, le noyau central ainsi que les éléments périphériques font des représentations un système à la fois stable et mouvant : « stables et rigides parce que déterminées par un noyau central profondément ancré dans le système de valeurs partagé par les membres du groupe », « mouvantes et souples parce que nourries par des expériences individuelles, elles intègrent les données du vécu et de la situation spécifique et l'évolution des relations et des pratiques sociales dans lesquelles s'insèrent les individus et les groupes ».

Pour FLAMENT³³, lorsque la représentation est menacée, le noyau central se transforme en « schéma étrange défini par quatre composants : le rappel du normal, la désignation de l'élément étranger, l'affirmation d'une contradiction entre ces deux termes, la proposition d'une rationalisation permettant de supporter (pour un temps) la contradiction ».

³¹ ABRIC, JC. (1994). *Pratiques sociales et représentations*, p 25, Paris : PUF.

³² ABRIC, JC. (1987). *Pratiques sociales et représentations*, p 23-27, Paris : PUF.

³³ FLAMENT, C. (1987). Cité par ABRIC JC (1994), *Pratiques sociales et représentations*, p 27, Paris : PUF.

A ce moment, le système périphérique s'active et met en place des schémas conditionnels : « de par les circonstances, je fais quelque chose d'inhabituel, mais j'ai de bonnes raisons pour cela ».

Pour JC ABRIC³⁴, c'est l'analyse de ces « schémas étranges », qui permet de repérer les éléments essentiels de la transformation ou de la modification de la représentation.

Après avoir étudié les représentations sociales, nous avons constaté que celles-ci restent une notion difficile à cerner, constamment en mouvement selon les groupes, les personnalités qui les composent et le contexte dans lequel elles se mettent en place et s'exercent.

La propagation de notions telles que les stigmates, les préjugés et les stéréotypes peut être à l'origine de l'acceptation ou du rejet des individus concernés.

C'est pour cela que nous allons revenir sur ces notions.

6. Le stigmaté :

La maladie et la maladie mentale en particulier, amènent la personne atteinte et son entourage à rechercher une signification aux brusques changements qui s'opèrent dans l'état de la personne atteinte.

Selon Ervin GOFFMAN³⁵, « Les personnes sont stigmatisées lorsque l'attente des autres à leur égard est supérieure à ce qu'elle présente effectivement. Cette attente est fondée sur un jugement de valeur sociale, sur ce que telle personne de telle identité sociale devrait être ».

GOFFMAN déclare que les personnes normales supposent le plus souvent que les personnes stigmatisées ne sont pas humaines ou tout à fait humaines. « Partant de ce postulat, nous pratiquons toute sorte de discriminations, au travers desquelles nous réduisons efficacement, même si c'est souvent inconsciemment, les chances de cette personne. Afin d'expliquer son infériorité et de justifier qu'elle représente un danger,

³⁴ ABRIC, JC. (1994). *Pratiques sociales et représentations*, p 28, Paris : PUF.

³⁵ GOFFMAN, E. (1975). *Stigmaté. Les usages sociaux des handicapés*, traduit de l'anglais. Paris : Editions de minuit

nous bâtissons une théorie, une idéologie du stigmaté, qui sert aussi parfois à rationaliser une animosité fondée sur d'autres différences, par exemple de classe ».

Dans le cas de la maladie mentale, les personnes peuvent interpréter les symptômes comme étant la propriété du malade plutôt que comme des caractéristiques de sa façon d'agir dans le rôle de malade.

Face à la stigmatisation des réactions vont se créer. Betty BLACKWELL³⁶ souligne la signification du physique dans la détermination des attentes en ce qui concerne sa propre personnalité et la personnalité des autres : « Le physique est la caractéristique centrale dans l'évaluation de l'individu. Le spectateur peut attribuer à l'handicapé une sensibilité aux besoins des autres, particulièrement s'il considère comme importante la perfection physique. Cette sensibilité serait le résultat de la souffrance ».

Pour GOFFMAN³⁷, la personne infirme peut « avoir le sentiment que sa présence parmi les normaux l'expose sans protection à voir sa vie privée envahie, sentiment qui prend peut être plus d'acuité quand le regard est celui des enfants ».

Les patients souffrant de troubles mentaux apparaissent souvent comme discrédités aux yeux de la population, mais aussi aux yeux des soignants et des familles d'accueil. Le rôle de ceux ci prend alors toute son importance dans la relation avec le patient.

Il faut, dans un premier temps, maîtriser la tension pendant les interactions avec le patient et, dans un second temps, aider le malade à maîtriser ses tensions avec les autres.

Cette prise de connaissance des soignants et des familles, de la stigmatisation va contribuer à limiter leurs préjugés de la maladie mentale.

³⁶ WRIGHT, B. *Le stigmaté*, in *Les comportements humains. Concepts et applications aux soins infirmiers*, sous la direction de Carolyn E.CARLSON et Betty BLACKWELL, Infirmières d'aujourd'hui.

³⁷ GOFFMAN, E. (1975). *Stigmaté. Les usages sociaux des handicapés*, traduit de l'anglais, p 28. Paris : Editions de minuit

7. Les préjugés :

Un préjugé est « une attitude négative ou une disposition à adopter un comportement négatif envers un groupe, ou envers les membres de ce groupe, qui repose sur une généralisation erronée et rigide ». ³⁸

Les préjugés impliquent pour un individu ou un groupe d'individu le rejet de toute personne faisant partie d'un groupe pour lequel les sentiments sont négatifs et non partagés.

Ils font appel à l'inconscient et aboutissent à un jugement pré-élaboré qui nuit aux membres d'un même groupe.

Il est facile de penser que toute personne présentant des troubles mentaux va se trouver confrontée à des sentiments défavorables à son égard par les autres individus ou groupes d'individus.

Pour DOVIDO et GAERTNER³⁹, « les préjugés sont économiques, commodes et efficaces, facilitateurs de la communication sociale en même temps qu'activateurs épistémologiques de la pensée vulgaire ».

Comme nous l'avons vu, les préjugés sont très négatifs. Il n'en est pas forcément de même pour les stéréotypes, qui restent cependant indispensables de maîtriser dans l'étude des représentations sociales.

8. Les stéréotypes :

Pour LEYENS⁴⁰, ce sont « des théories implicites de personnalité que partage l'ensemble des membres d'un groupe à propos de l'ensemble des membres d'un autre groupe et du sien propre ».

³⁸ ALLPORT. (1954). *Les fondements de la psychologie sociale*. VALLEYRAND RJ. (1994).

³⁹ DOVIDO et GAERTNER. (1986), *les fondements de la psychologie sociale*, VALLEYRAND RJ (1994).

⁴⁰ LEYENS. (1983). *Les fondements de la psychologie sociale* , VALLEYRAND RJ, (1994).

Pour lui, contrairement aux préjugés, « les stéréotypes ne sont pas nécessairement négatifs » et leur fonction est « de rendre l'environnement complexe dans lequel on vit, plus compréhensible et prévisible ».

Connaître les stéréotypes, c'est permettre de donner un sens à ce que quelqu'un fait et à ce que nous observons à son égard, en le reliant à une catégorie de personne.

Il est important de ne pas perdre de vue que les stigmates, les préjugés et les stéréotypes interviennent dans les représentations sociales et provoquent des attitudes d'acceptation ou de rejet d'un individu, au sein même de son groupe d'appartenance, ou au sein d'un autre groupe.

Ces phénomènes interviennent d'autant plus que ces représentations concernent la santé et la maladie. C'est ce que je développe dans le chapitre suivant.

VI. LES REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA SANTE ET DE LA MALADIE :

Pour Claudine HERZLICH⁴¹, il existe trois types de représentation de la santé ainsi que trois types de représentation de la maladie :

- la « santé vide », qui s'apparente à un état et ne présente pas de contenu. Elle est caractérisée par l'absence de maladie et détruite en présence de celle-ci.
- le « fond de santé », reposant sur les notions de force et de robustesse. Cette forme de santé remplit une fonction de résistance à la maladie, elle est la base de l'équilibre. Il ne s'agit ici plus d'un état mais plutôt d'un savoir.
- L' « équilibre », se définit par un bien être psychique, la bonne humeur, l'activité et les bonnes relations à autrui. Il ne s'agit ici plus d'un état ou d'un savoir mais d'un faire. Les éléments de la maladie sont pris en compte afin de dépasser celle-ci. C'est cette notion d'équilibre qui est ressentie comme la vraie santé.
- La maladie « destructrice », qui voit le malade exclu, perdant tout rapport avec autrui. L'individu ne voit pas de solution pour combattre la maladie et adopte une attitude de déni ou de passivité, refusant de consulter un médecin allant même jusqu'à cacher sa maladie.
- La « maladie libératrice », véritable libération des contraintes liées à la vie en société. La maladie est méprisée et développe chez le sujet une « personnalité exceptionnelle » correspondant au caractère exceptionnel de la maladie. Lorsque l'entourage prend part à cette situation de manière positive, elle peut être vécue de manière positive par l'individu.

⁴¹ HERZLICH, C. (1992). *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, p 121. Editions de l'école des hautes études en sciences sociales.

- La « maladie métier », ou le malade mène une véritable lutte contre la maladie. Cette maladie est alors acceptée dans le but de pouvoir lutter pour la guérison.

La maladie apparaît donc comme une agression extérieure et la santé comme facteur endogène nécessaire afin de pouvoir lutter contre la maladie.

Pour Claudine HERZLICH, « santé et maladie se présentent donc à nous comme mode d'interprétation de la société par l'individu, comme mode de rapport de l'individu à la société ».

Dans cette étude, il est important de remarquer qu'un individu peut se sentir en bonne santé alors qu'il est malade et qu'inversement il peut se sentir malade alors qu'il est en bonne santé.

Pour Claudine HERZLICH, « l'origine des représentations actuelles de la maladie et de la santé peut être rapportée à une configuration historique et idéologique précise : la vision Rousseauiste des rapports de l'homme à la nature, de l'homme et de la ville qui s'est élaborée à la fin du 18^{ème} siècle ».

Ces représentations sont donc « enracinées dans la réalité sociale et historique » elles donnent « accès aux croyances, aux interprétations, à l'ensemble des rapports de sens qui se nouent dans une société ».

Selon Claudine HERZLICH⁴², « qu'il s'agisse de la genèse de la santé et de la maladie ou de leurs formes et de leurs critères, un schème directeur s'impose ; *santé* et *maladie* sont toujours pensées en corrélation avec un autre couple de notion : *l'individu* et *la société*.

C'est à partir de ces quatre termes et de leurs inter-relations que la représentation s'organise : ainsi le conflit entre l'individu et la société s'actualise dans les états de santé et de maladie. Réciproquement, celles-ci ne se définissent que comme santé ou maladie d'un individu dans la société ».

⁴² HERZLICH, C. (1992). *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, p 121. Editions de l'école des hautes études en sciences sociales.

Il est important de remarquer pour ce travail, que les soignants vont donc avoir chacun leurs représentations de la santé et de la maladie en lien avec leur histoire individuelle et du groupe social dans lequel ils évoluent.

Comme nous l'avons vu l'objectif de ce travail, est de montrer l'influence des représentations sociales sur le travail des infirmiers et des familles d'accueil dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique.

VII. LA PROBLEMATIQUE :

La problématique s'est affinée au fur et à mesure de l'évolution de mes recherches, faisant de mon cadre conceptuel un cadre théorique

De ce cadre conceptuel, mais aussi de mes expériences professionnelles, émergent de nombreuses questions.

Comme décrit dans le chapitre concernant le constat, la politique actuelle en matière de santé mentale, au travers de la sectorisation et des schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale, vise à prendre en charge les patients, au sein de leur lieu d'habitation d'origine ou à défaut le plus proche possible.

Ainsi, le patient peut retrouver des repères qui lui étaient familiers, mais c'est surtout le lien avec la famille qui est privilégié, réduisant considérablement la distance entre le lieu d'habitation de la famille et le lieu d'hospitalisation du patient.

Cette politique, face à des réalités socio-économiques tend aussi à réduire le nombre de lits d'hospitalisation au sein de chaque secteur de psychiatrie.

De plus, l'évolution de la demande de soins en psychiatrie nécessite une réorientation de l'activité notamment dans l'accueil et la prise en charge des urgences et des situations de crise, notamment liées aux difficultés socio-économiques rencontrées par la population de la région.

Il paraît donc nécessaire pour les équipes de psychiatrie de chaque secteur de réfléchir et de réorienter l'accueil et la prise en charge des patients souffrant de pathologies chroniques, autour de solutions alternatives à l'hospitalisation.

La prise en charge de patients au travers de l'accueil familial thérapeutique est une des solutions alternative à l'hospitalisation apparue un peu avant les années 70. La complexité de la prise en charge des patients en famille d'accueil et fortement liée à deux concepts ayant beaucoup évolués dans le temps mais toujours fortement liés aux représentations sociales de la population : la famille et la folie.

Cependant, ce mode de prise en charge s'avère être un mode de réponse efficace face aux réalités socio-économiques.

Une question se pose en ce qui concerne les perspectives professionnelles de ma future fonction de cadre de santé : Quel peut être le rôle du cadre de santé dans l'accompagnement des équipes, des familles d'accueil et de la population pour favoriser un dialogue cité hôpital indispensable à la mise en place de projets de vie cohérents et adaptés en matière d'alternative à l'hospitalisation pour les patients souffrant de troubles psychiatriques chroniques ?

De ce cadre théorique est ressorti la problématique suivante :

Il me semble donc que les comportements et le ressenti des soignants et des familles travaillant dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique sont liés aux représentations sociales de la folie.

De fait, mon questionnement peut se formuler comme suit :

Les représentations sociales ont-elles une influence sur les pratiques des soignants en psychiatrie ainsi que sur les familles d'accueil dans de cadre de l'accueil familial thérapeutique ?

De cette nouvelle question découle des hypothèses sur lesquelles je base mon travail de recherche.

VIII. HYPOTHESES

De la problématique, et du cadre théorique nous pouvons désormais déduire les hypothèses générales suivantes qui seront vérifiées à l'aide de questionnaires :

- Hypothèse 1 :
 - Les soignants des services de psychiatrie auraient des représentations plutôt positives de la famille d'accueil.

- Hypothèse 2 :
 - Les familles d'accueil auraient des représentations de la folie qui peuvent être un frein à l'autonomisation et à la réinsertion des patients.

- Hypothèse 3 :
 - Les représentations sociales des soignants et des familles d'accueil auraient une influence sur la nature des relations instaurées dans le cadre de la prise en charge en accueil familial thérapeutique.

- Hypothèse 4 :
 - Les représentations sociales des soignants et des familles d'accueil auraient une incidence sur la nature du suivi mis en place dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique.

IX. METHODOLOGIE

L'analyse d'une représentation sociale telle que nous l'avons définie précédemment, « ensemble d'informations, d'opinions, d'attitudes, de croyances, organisé autour d'une signification centrale » (Abric) nécessite la détermination de ses trois composantes essentielles : son contenu, sa structure interne, son noyau central. Il n'existe aujourd'hui aucune technique permettant de recueillir conjointement ces trois éléments.

Il me semble nécessaire de me baser sur une approche pluri-méthodologique articulée selon ce qui suit :

- Le recueil du contenu de la représentation.

- La recherche du noyau central.

- La définition de la structure de la représentation avec la constitution d'ensemble de mots.

- La contextualisation de la représentation par son analyse.

1. Le recueil de données :

Le recueil de données sera obtenu par un questionnaire⁴³ composé de deux parties. La première est destinée aux soignants la deuxième aux familles d'accueil. Ce questionnaire est élaboré à partir des hypothèses pré-citées. Il concerne l'étude des représentations sociales proprement dites et se compose en trois étapes.

Dans une première phase, le sujet doit produire 15 mots ou expressions qui lui viennent à l'esprit, lorsqu'il lit la phrase inductrice. La technique de l'association libre utilisée permet de repérer le contenu de la représentation sociale.

⁴³ Annexe 2

La consigne sera de répondre la plus naturellement possible. Même si certains points paraissent ardues, il est nécessaire de répondre de manière spontanée, sans chercher à décoder mes attentes.

Les deux suivantes permettent d'appréhender l'organisation de la représentation sociale. A partir de la liste obtenue, les sujets effectuer des tris. Ils doivent regrouper les mots ou expressions qui leur sont les plus significatives et les moins significatives.

2. Les traitements de données :

a) L'analyse prototypique

Dans la première étape, la phase inductrice a permis de recueillir 15 mots par sujets et par questions. A partir de ces 15 mots, il sera possible d'effectuer des regroupements sémantiques et des regroupements lexicaux.

A partir de la liste des mots obtenue, il sera possible de croiser la fréquence moyenne d'apparition (l'élément est le plus ou moins cité) et un rang moyen (s'il est cité en premier son rang est faible, s'il est cité en dernier son rang est élevé).

De fait,

- un élément « fort » possède une fréquence élevée et un rang faible. Il appartient à la zone centrale de la représentation.
- un élément « faible » possède une fréquence faible et un rang élevé. C'est un élément de la zone de périphérie.
- Un élément possédant une fréquence et un rang élevés, ou bien une fréquence et un rang faibles, appartient à une zone « floue ». Celle ci a été peu développée par les différents auteurs.

Cette méthode permet de confirmer l'hypothèse d'éléments organisateurs de la représentation. Mais, de traitement simple, elle se base cependant sur un postulat qui peut porter à critique. C'est pourquoi il sera nécessaire de procéder à une vérification du noyau central.

b) Le repérage de l'organisation de la représentation

A partir des regroupements effectués par les sujets, du plus significatif au moins significatif, des types de catégories seront dégagés. Il s'agira là de dégager le noyau central des éléments périphériques. Le nombre d'évocations de chaque mots sera dégagé et sera calculé.

Dans la catégorie la plus significative, un nombre de point sera attribué de façon dégressive (de 3 à 1). Les totaux de points obtenus permettront de vérifier que le noyau central représente le maximum de points.

Dans la catégorie la moins significative, un nombre de points sera également attribuée de la même façon. Les totaux de points obtenus permettront quant à eux d'obtenir les notions les plus représentatives des éléments périphériques.

Il s'agit d'appréhender la structure schématique de la représentation. Comme l'est précisé plus haut, l'analyse prototypique permet de dégager les éléments centraux de la représentation, mais cette méthode repose sur un postulat. Pour valider les résultats de cette méthode, dont l'hypothèse pourrait être critiquée, la technique du « tri hiérarchisé » proposée par Abric est recommandée et se justifie.

X. RESULTAT DE L'ENQUETE

28 questionnaires adressés aux soignants de deux établissements différents ont été analysés.

22 questionnaires adressés aux familles de ces deux même établissements ont été analysés.

Ces établissements sont :

- Le centre hospitalier de Valenciennes,
- Le centre hospitalier de Saint Amand les Eaux.

Ces soignants émanent d'une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin, de psychologues, de cadre de santé, d'infirmiers et d'aide soignants. Ces questionnaires étant anonymes, je ne suis donc pas en mesure d'analyser le ratio de ces différents corps de métiers.

1) Analyse et commentaires des résultats du questionnaire : questions 1, 2 3 concernant les soignants.

La première catégorie : *Les représentations de la famille d'accueil selon les soignants.*

Question n°1 : Que représente pour vous l'accueil familial thérapeutique (AFT)?

Voici les 15 mots les plus représentatifs

Mots	Fréquence	Moyenne de rang
accompagnement	5	7
aide	4	8
accueil	3	8
alternative	8	3
collaboration	3	8
difficulté	4	7
famille	3	9
hébergement	3	10
lien	3	11
outil	2	12
réinsertion	7	4
resocialisation	7	4
sacerdoce	5	5
profession	7	4
soins	3	10

Vérification du noyau central de la question 1

Mots	Nombre de points
Alternative	20
Profession	18
Réinsertion	17

Question n°2 : Quelles sont pour vous les indications de l'Accueil Familial Thérapeutique ?

Voici les 15 mots les plus représentatifs

Mots	Fréquence	Moyenne de rang
accompagnement	3	6
aide	3	9
dépendance	6	4
éducation	4	8
incapacité	4	7
inadéquat	6	3
isolement	3	8
médical	4	7
oligophrénie	7	3
placement	5	7
psychose	4	9
réadaptation	4	6
repère	2	10
souffrance	5	5

Vérification du noyau central de la question 2 :

Mots	Nombre de points
Oligophrénique	19
Inadéquat	14
dépendance	11

Question n°3 : Quelles sont pour vous les qualités d'une famille d'accueil ?

Voici les 15 mots les plus représentatifs

Mots	Fréquence	Moyenne de rang
accueillante	3	8
adaptation	6	5
appartenance	8	4
chaleureuse	4	9
compétente	3	10
éducative	2	11
empathique	2	10
disponibilité	2	9
filiation	7	6
humaine	2	10
motivation	2	10
objectivité	2	11
professionnelle	6	6
utilité	6	5
non substitution	6	7

Vérification du noyau central de la question 3 :

Mots	Nombre de points
Appartenance	19
Filiation	15
Professionnelle	15

Commentaires :

Pour la majorité des soignants, l'accueil familial thérapeutique apparaît comme une solution alternative à l'hospitalisation, permettant de sortir le patient du circuit hospitalier, de le resocialiser, afin de lui proposer un projet de réinsertion.

Cependant, l'opinion des soignants converge vers le fait que cette prise en charge demeure une solution pour les patients dont on ne trouve pas d'autre solution d'alternative à l'hospitalisation (les mots oligophrénique, inadéquat font penser que ces patients sont difficiles à réinsérer dans la cité).

Pour la nature des liens, les soignants sont partagés. Certains pensent que la famille d'accueil ne peut en aucun cas remplacer la famille naturelle (non substitution), d'autres étant d'accord avec le fait que la famille d'accueil doit combler les carences affectives et s'assimiler à la famille naturelle (appartenance, filiation).

Pour les soignants, le rôle de la famille d'accueil est donc perçu comme difficile, devant à la fois créer un cadre chaleureux et être capable de s'adapter aux difficultés liées à la pathologie mentale au quotidien.

Pour les soignants, l'aspect financier (travail, profession) reste la principale motivation des familles d'accueil.

Par ailleurs, se rendre utile apparaît comme une motivation supplémentaire.

Pour certains, ils restent assez ambivalents par rapport à cela, mettant en avant l'aspect financier, mais reconnaissant que c'est un véritable sacerdoce.

Analyse et commentaires des résultats du questionnaire : questions 1,et 2 concernant les familles.

La deuxième catégorie : *Les représentations de la folie d'après les familles d'accueil.*

Question n°1 : Quelles ont été vos motivations pour accueillir chez vous une personne atteinte de troubles psychiques ?

Voici les 15 mots les plus représentatifs

Mots	Fréquence	Moyenne de rang
apprendre	2	9
aide	2	11
besoin	3	10
compassion	5	8
découverte	2	8
éduquer	2	10
écoute	2	9
envie	2	10
famille	3	7
mission	3	8
liberté	3	9
relation	8	5
profession	12	2
service	14	2
utilité	12	4

Vérification du noyau central de la question 1

Mots	Nombre de points
service	28
Utilité	25
profession	23

Question n°2 : Quelles auraient pu être vos craintes avant d'accueillir chez vous un patient souffrant de troubles psychiatriques ?

Voici les 15 mots les plus représentatifs

Mots	Fréquence	Moyenne de rang
Amis	4	7
agression	3	9
attachement	4	8
comportement	3	10
évolution	2	11
famille	4	9
hygiène	6	5
inadaptation	2	9
incompatibilité	7	3
motivation	2	10
relation	2	9
regard	6	5
responsabilité	7	3
psychiatrie	7	4
violence	3	6

Vérification du noyau central de la question 1

Mots	Nombre de points
responsabilité	16
incompatibilité	14
psychiatrie	12

Commentaires :

Pour la majorité des familles rencontrées, cette prise en charge correspond à un réel besoin de rendre service à des personnes nécessiteuses, un véritable souci de se rendre utile.

Mais, ces personnes évoquent également l'accueil familial thérapeutique comme une véritable activité professionnelle.

Pour les familles, il est évident que beaucoup de liens (relations) se créent et que les patients accueillis font partie intégrante de la famille, impliquant vraisemblablement de manière naturelle l'ensemble des membres de la famille.

Par rapport à la crainte de la pathologie mentale, les familles n'émettent pas le fait d'en avoir peur réellement. Concernant une plus grande majorité de familles, la crainte est liée à la maladie n'est pas au tout premier plan, mais est plutôt liée au contact et aux responsabilités entraînées par ce genre de prise en charge.

Au travers le questionnaire adressé aux familles, il apparaît des mots montrant certaines représentations négatives (incompatibilité, regard, hygiène) de la personne atteinte de troubles mentaux, malgré l'absence de peur liée à la maladie mentale.

Analyse et commentaires des résultats du questionnaire : question 4 concernant les soignants et question 3 concernant les familles.

La troisième catégorie : *La nature du travail quotidien dans l'accueil familial thérapeutique.*

Question n°4 adressée aux soignants : Quelles sont pour vous les difficultés rencontrées par les familles d'accueil ?

Voici les 15 mots les plus représentatifs

Mots	Fréquence	Moyenne de rang
alternative	8	3
accompagnement	3	7
autorité	2	9
déséquilibre	2	10
distance	3	9
environnement	3	8
formation	8	3
impatience	2	10
implication	2	11
méconnaissance	6	5
objectivité	3	7
sexualité	3	7
séparation	5	6
responsabilité	3	8
thérapie	7	5

Vérification du noyau central de la question 4

Mots	Nombre de points
alternative	18
formation	17
thérapie	15

Question n°3 adressé aux familles: Quelle est la nature de votre quotidien en ce qui concerne la prise en charge des personnes que vous accueillez ?

Voici les 15 mots les plus représentatifs

Mots	Fréquence	Moyenne de rang
bien être	8	3
conversation	3	8
consultation	3	7
éducation	6	5
écoute	4	7
échec	4	6
hospitalisation	4	5
hygiène	4	7
loisirs	4	9
organisation	3	8
repas	3	9
repos	2	11
responsabilité	3	7
traitement	4	6
violence	5	5

Vérification du noyau central de la question 3

Mots	Nombre de points
bien être	18
éducation	15
violence	10

Commentaires :

L'opinion des soignants converge vers le fait que le travail accompli dans le cadre de la famille d'accueil doit être différent de celui proposé par l'hôpital (alternative).

Les soignants pensent aussi être impliqués dans la mise en place du quotidien, notamment en devant former la famille à la prise en charge thérapeutique du patient en fonction de sa pathologie.

Certains évoquent la difficulté de la prise en charge de ces patients liée aux bouleversements occasionnés au sein de celle-ci (déséquilibre, environnement, séparation).

En ce qui concerne l'ensemble des familles, le quotidien semble se gérer de manière naturelle sans générer de difficultés trop importantes.

En outre, un nombre significatif évoque que leur quotidien ressemble plus à des moments d'éducation auprès du patient.

Pour une partie des familles, les problèmes de violence pourraient faire partie de leur quotidien. A ce propos elles évoquent l'importance de la prise médicamenteuse.

A propos de difficultés rencontrées par les familles, certaines évoquent également le problème de la réhospitalisation qui reste un moment difficile.

Les familles ne sont pas insensibles devant la difficulté liée à la crainte de l'échec.

Analyse et commentaires des résultats du questionnaire : question 5 concernant les soignants et question 4 concernant les familles.

La quatrième catégorie : L'articulation soignant / famille d'accueil dans la mise en place et le suivi de l'accueil familial thérapeutique

Question n°5 : Comment envisagez vous la nature du suivi dans le cadre de l'Accueil Familial Thérapeutique ?

Voici les 15 mots les plus représentatifs :

Mots	Fréquence	Moyenne de rang
accompagnement	4	6
activités (cattp)	7	4
adaptation	2	9
centremédico-psychologique	8	3
confiance	6	6
disponibilité	4	7
entretien	5	6
évaluation	4	8
lien	3	9
prévention	2	10
soutien	3	9
suivi	4	8
synthèse	8	4
thérapie systémique	6	5
visite à domicile	8	2

Vérification du noyau central de la question 5 :

Mots	Nombre de points
Visite à domicile	21
CMP	19
synthèse	18

Question n°4: Qu'attendez vous de l'équipe de soins dans le cadre du suivi ?

Voici les 15 mots les plus représentatifs :

Mots	Fréquence	Moyenne de rang
activité	6	7
aide	4	6
communication	2	9
compréhension	3	10
continuité	2	11
conseil	5	7
disponibilité	8	3
écoute	2	10
infirmier	7	4
médecin	4	9
organisation	4	6
psychologue	5	5
réaction	6	5
soutien	4	9
visites	5	7

Vérification du noyau central de la question 5

Mots	Nombre de points
disponibilité	18
infirmier	15
psychologue	11

Commentaires :

En ce qui concerne le suivi, une majorité des soignants pensent que les visites au domicile restent le moyen le plus fiable pour évaluer les compétences de la famille.

Pour les soignants, il s'agit d'introduire une relation de confiance.

L'idée d'organiser le suivi en d'autres lieux que le domicile de la famille émerge. Il s'agit donc d'assurer le suivi pendant les activités organisées au centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (cattp). D'autre part il paraît tout aussi important d'organiser des réunions sous formes de synthèse en intégrant les familles (thérapie systémique).

La notion de confiance mutuelle est une notion très importante dans la nature du suivi.

En ce qui concerne les familles, elles évoquent l'importance de l'encadrement des soignants dans la prise en charge.

Pour l'ensemble des familles, il paraît très important de pouvoir joindre, le plus vite possible, quelqu'un en cas de difficultés. L'équipe revêt alors la fonction de guide, de conseil et de personne en qui on a confiance.

Elles démontrent qu'il existe, dans la prise en charge, une réelle importance aux activités extérieures. Les visites à domiciles sont aussi primordiales et sont un gage de confiance.

2) Synthèse générale du commentaire des résultats :

L'exploitation de l'ensemble des questionnaires montre que les soignants considèrent l'accueil familial thérapeutique comme une alternative à l'hospitalisation que l'on peut intégrer dans le cadre du soin en psychiatrie.

Cependant, ce mode de prise en charge reste pour eux, une solution ultime lorsque les tentatives de prise en charge du patient hors de l'hôpital ont échouées.

De fait, en dehors de cette difficulté de trouver des solutions de prise en charge adaptée, l'indication retenue par les soignants est bien de recréer une structure familiale, chaleureuse, accueillante, chez des patients. La finalité de cet accueil est de pouvoir aider les patients dans une démarche d'autonomie et de réinsertion, ce qui implique donc une limite dans le temps de prise en charge du patient par les familles.

En ce qui concerne les familles, il est très difficile de garder en vue cette notion de progression, de retour à l'autonomie, l'affectif montrant une grande difficulté d'envisager la séparation avec le patient accueilli.

Les motivations des familles vues par les soignants restent fortement liées à l'aspect financier de la profession et passent avant le besoin de se rendre utile. En ce qui concerne les familles, l'aspect financier est également évoqué alors que le besoin de s'occuper de quelqu'un en difficulté reste la principale motivation.

Pour les soignants, l'accueil familial thérapeutique génère un bouleversement de la structure familiale, alors que pour les familles, l'implication de l'ensemble de celle-ci demeure quelque chose d'acquis, ne procurant qu'un bouleversement vécu de manière très positive.

En outre, les familles ne manifestent pas de crainte liée aux pathologies psychiatriques. Cette observation émane vraisemblablement de leur propre vécu au travers leur expérience professionnelle

Par ailleurs, le rôle de soignant, ses connaissances de la pathologie psychiatrique, son attachement aux patients obligent souvent les équipes de soins à se sentir impliquées dans l'organisation et la supervision du quotidien dès l'arrivée du patient dans la famille d'accueil.

Mais en ce qui concerne les familles, le quotidien ne semble pas montrer de difficultés insurmontables et l'intervention des équipes de soins dans la gestion du quotidien leur paraît inutile.

A propos du suivi pouvant être mis en place, les équipes de soins envisagent celui-ci sous la forme d'une relation de confiance où toutes les informations doivent pouvoir être partagées entre les deux parties. D'ailleurs, elles sont en majorité favorables à ce que le suivi se fasse au domicile des familles.

Au travers de ce suivi, les soignants montrent une réelle volonté de former les familles et de faire évoluer leur connaissance à propos de la maladie mentale. En ce qui concerne les familles, cette volonté de connaître la pathologie du patient qu'elles accueillent est souvent liée aux craintes liées à l'intégration de celui-ci.

Toujours en matière de suivi, les familles voient l'équipe comme une véritable aide, à partir du moment où celle-ci est présente pour répondre aux difficultés.

Il n'en reste pas moins que les structures tel que le Centre Médico-Psychologique qui permet la mise en place d'entretiens, ou le Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel qui organise des activités thérapeutiques, ont aussi leur place dans le dispositif.

3) Confrontation des hypothèses et des résultats

Première hypothèse

Compte tenu des résultats précédents, il semble que notre première hypothèse soit validée, à savoir que « *les soignants des services de psychiatrie ont des représentations plutôt positives de la famille d'accueil* ».

En effet, en ce qui concerne le dispositif famille d'accueil, les soignants voient cette alternative comme un recours quand d'autres solutions visant à faire sortir le patient de l'institution ont échouées.

L'adverbe plutôt, dans la syntaxe de l'hypothèse démontre que les représentations positives dominant. Il n'en reste pas moins que même si les soignants considèrent l'accueil familial thérapeutique comme bénéfique au sein du secteur psychiatrique, les capacités des familles à accueillir les patients sont parfois mises en doute.

En effet, l'une des principales motivations évoquées est l'aspect financier au cœur de l'opinion des soignants, même si cette représentation ne fait pas partie du noyau central défini par l'enquête. Ceci peut leur laisser penser, que cet aspect peut cacher des défauts de prise en charge basés sur une motivation lucrative prédominante.

Par ailleurs, certains patients, en famille d'accueil, ont connu des carences socio-familio-affectives importantes. Les soignants mettent donc l'accent sur le fait que la famille accueillante ne peut remplacer la famille d'origine d'un point de vue affectif.

Les représentations plutôt négatives mais néanmoins minoritaires des soignants envers la famille d'accueil, sont dues à ce que ceux-ci attendent beaucoup des qualités de l'accueillant. Pour eux, au delà de ces qualités liées à la chaleur de l'accueil, elles doivent aussi connaître la pathologie psychiatrique.

Ce manque de connaissance incite les soignants à organiser un suivi au domicile. Le besoin d'encadrer la famille et d'instaurer les bases de la prise en charge au quotidien sont très présents chez les soignants.

Deuxième hypothèse

En ce qui concerne notre deuxième hypothèse « *les familles d'accueil ont des représentations de la folie qui peuvent être un frein à l'autonomisation et à la réinsertion des patients* », nous pouvons considérer qu'elle est validée mais de manière très nuancée.

En effet, en ce qui concerne l'avenir des patients il paraît évident que les liens affectifs qui se créent empêchent les familles d'accueil de penser à la séparation. De plus le questionnaire révèle que toute la famille fait partie intégrante de la prise en charge du patient. Donc, ceci complexifie ses repères et accroît la difficulté à l'autonomisation. Dans ce cas, nous pouvons penser qu'un projet de vie hors de la famille d'accueil, qu'un projet de réinsertion mené de manière plus autonome, ne soit alors pas possible. Il faut noter que l'affect exacerbé peut également générer des problèmes conflictuels. D'autre part, les membres de la famille peuvent être amenés à banaliser ou tout simplement ne pas suffisamment insister sur l'importance de la prise du traitement par exemple, d'où parfois les problèmes de violence.

En outre, il apparaît que les familles ne manifestent pas de craintes particulières lors de l'accueil des patients au sein de leur foyer. Il en résulte donc une adaptation facile et naturelle des actes du quotidien. Les familles proposent au patient un mode de vie beaucoup plus autonome contribuant à la réinsertion de celui-ci, notamment au travers de leur participation à la gestion du quotidien, mais aussi aux sorties socioculturelles proposées dans le cadre familial par exemple.

Il est mis en exergue également dans le résultat du questionnaire l'importance de l'éducation du patient prodiguée chaque jour par la famille. Cette dernière est l'une des clés de réussite de la réinsertion. Il s'agit de conduire un projet visant au respect de l'hygiène alimentaire, vestimentaire, et corporelle par exemple, ou au respect de la gestion de l'argent du patient.

Troisième hypothèse

La troisième hypothèse « *les représentations sociales des soignants et des familles d'accueil influent sur la nature des relations instaurées dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique* » est considérée comme validée.

Il apparaît, au cours des résultats du questionnaire, que le ressenti des soignants et des familles d'accueil est souvent contradictoire. Cela va de manière inévitable conditionner la nature des relations entre les professionnels et les accueillants.

Comme nous l'avons vu en ce qui concerne les motivations, la nature des relations va s'établir sur des représentations très différentes. En effet, les soignants mettent en avant l'aspect financier, à contrario, les familles d'accueil mettent en valeur l'aspect humain et la nécessité de se rendre utile.

Les soignants pensent que la famille d'accueil ne peut sur le plan affectif remplacer la famille naturelle, alors que chez les familles, c'est l'affect et l'implication de la famille en tant que telle qui est mise en avant.

En ce qui concerne la prise en charge de la pathologie mentale, les équipes de soins considèrent cela comme une difficulté. Or, les familles octroient bien souvent la place de l'aspect pathologique sur un second plan. Les soignants, au vu de leur expérience institutionnelle, vont placer en avant l'obstacle lié à la gestion du quotidien, alors que les familles ne trouvent pas cette prise en charge difficile.

L'investissement affectif, comme nous l'avons vu précédemment, montre l'intensité des liens qui empêche la séparation alors que pour le soignant il ne faut pas perdre de vue le projet de vie du patient, en évitant que celui-ci ne se chronicise.

Toutes ces contradictions nous montrent bien que les représentations de chacun vont alors avoir un rôle important dans la nature des relations s'établissant entre les soignants et les familles.

Quatrième hypothèse

En ce qui concerne la quatrième hypothèse « *les représentations sociales des soignants et des familles d'accueil ont une incidence sur la nature du suivi mis en place dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique* », on peut considérer qu'elle soit validée, mais également de manière nuancée.

Dans le cadre du suivi de l'accueil familial thérapeutique, il apparaît que les représentations de chacun peuvent avoir des incidences. En effet, pour les soignants, leur rôle est d'apporter des connaissances par rapport à la pathologie des patients, et surtout de se trouver présent au domicile dans le cadre de ce suivi.

Il incombe donc aux soignants de maintenir des liens sérieux avec la famille.

En ce qui concerne les familles, elles n'expriment pas le besoin d'obtenir des informations concernant le patient, et n'évoquent pas non plus le besoin d'acquérir des notions de psychiatrie.

Toutefois, malgré les représentations de chacun, les attentes des familles et des soignants se rejoignent en ce qui concerne la nature du suivi.

En effet, la nécessité d'encadrer, de soutenir, d'organiser des rencontres, apparaît chez les soignants et répond aussi parfaitement aux exigences des familles.

D'une manière générale, la discussion autour de ces hypothèses nous permet d'établir des liens avec l'étude des représentations sociales.

En effet, pour les familles d'accueil et les soignants, les représentations sociales permettent de comprendre et d'expliquer la réalité de l'accueil familial thérapeutique, chacun ayant intégré des connaissances qui peuvent générer une forme de construction de la réalité.

Les représentations sociales guident chacun des acteurs dans leurs pratiques, leurs comportements, et permettent d'établir un type de communication adapté entre eux.

Pour conclure, nous retrouvons donc vraisemblablement dans les résultats de l'enquête, des thèmes que nous avons abordés dans la première partie de ce travail de recherche tels que les préjugés, les stigmates et les stéréotypes, les pratiques liées à l'historique et à l'évolution de la psychiatrie.

4) Propositions concernant l'Accueil Familial Thérapeutique

La finalité de ce travail, nous montre que la prise en charge en famille d'accueil implique solidement le Cadre de Santé. Celui-ci ne peut d'ailleurs faire l'économie d'un travail basé sur l'évolution des représentations sociales de tous ses partenaires. Cette évolution des représentations doit se mener aussi bien sur les processus pathologiques, la prise de conscience de soi mais aussi le rapport aux autres, même dans ses aspects les plus élémentaires.

Il est donc essentiel que le Cadre de Santé ne perde de vue les réticences de tous les acteurs liées à ce mode de prise en charge.

Il est primordial que le soignant ne vive pas l'Accueil Familial Thérapeutique comme « une voie de garage » similaire à toutes celles déjà essayées.

En outre, la principale réticence des familles vient souvent du fait que la personne accueillie ne corresponde pas à la conception qu'elle avait de celui-ci, que ce soit en matière de nature du handicap, de dépendance ou de réinsertion. Il est indispensable d'informer et de former les familles sur ce que pourrait être la nature de leur quotidien avec la personne accueillie. Il est fondamental de créer dès le départ une relation de confiance basée sur l'authenticité.

De plus, le travail, dans ce type de prise en charge, mobilise à la fois les compétences individuelles mais aussi les compétences collectives. Il doit être mené de manière interactive, avant, pendant et après un accueil familial thérapeutique. Il est indispensable au Cadre de Santé, de créer une ambiance de travail en

interdisciplinarité. Ce groupe de soignant ainsi constitué doit impérativement y adjoindre les familles d'accueil au sein même de ce processus.

En ce qui concerne les familles d'accueil, l'aide et la réflexion ne doivent pas se cantonner à une simple relation avec l'équipe de soins. Il est donc important d'organiser des réunions, des groupes de travail, de réflexions voire de paroles avec l'équipe et les familles.

Il est également primordial que le Cadre de Santé puisse aussi inscrire dans son plan de formation, des journées de formation mais aussi de rencontre avec d'autres équipes de soins pour ainsi partager les difficultés mais aussi les points forts de nos différents dispositifs mis en place.

Il est donc évident que le suivi ne s'opère pas uniquement lors de « visites de contrôle » au domicile de la famille, mais plutôt qu'un réseau enrichissant de relations en différents lieux de rencontre puisse être mis en place.

.

Pour conclure, nous aborderons de manière non exhaustive, le rôle du soignant dans cette articulation complexe.

Le soignant reste le médiateur pivot indispensable de la coordination de tous les acteurs intervenants.

Il établit les objectifs de soin avec l'ensemble des personnes intéressées et en fait de même pour l'évaluation.

Il est le garant d'un équilibre très fragile oscillant entre emprise et rejet, capture et rupture.

Ainsi mené, l'Accueil Familial Thérapeutique garde un potentiel dynamique, évitant de créer la chronicisation. Il devient alors un réel dispositif de réinsertion, motive les équipes, et est un réel outil de prise en charge que certains ont tendance à banaliser.

XI) CONCLUSION

Nous avons pu constater à travers ce travail, que la prise en charge en Accueil Familial Thérapeutique, doit être conçue de façon créative en parfaite symbiose avec l'évolution des mentalités. C'est pourquoi, l'étude et l'analyse des représentations sociales s'avèrent décisives.

Elle est en outre, un moyen précurseur de la mise en place d'une méthode didactique de formation. C'est aussi à partir de ce type d'étude, que nous pourrions modifier nos représentations et engendrer un progrès réel au sein de nos pratiques.

Mais, il convient également de travailler sans hégémonie, de demeurer disponible, humble, de se déplacer et non de faire venir dans un lieu qui même, extrahospitalier demeure encore marqué par une image refusée par beaucoup à priori.

Cette démarche ne peut également être gagnante qu'à partir du moment où l'usager, la famille, les soignants ainsi que la société représentée par ses élus doivent être mobilisés vers des aspirations partagées. Or, comme le met en exergue Mr Georges MASCLET dans son ouvrage intitulé *les différentes dimensions psychologiques du Management*, « on ne peut changer les habitudes que d'un coup de baguette magique ! ».

Pour conclure ce travail, je mettrai en avant ses limites et ses intérêts car il serait fortement présomptueux de penser pouvoir répondre dans l'absolu, à de telles questions.

D'une part, le nombre réduit de questionnaires ne permet pas de recueillir l'exhaustivité du ressenti et de l'opinion des soignants et des familles d'accueil.

D'autre part, les soignants travaillant dans deux établissements hospitaliers ne sont qu'un aperçu de ce que pourraient apporter l'ensemble des soignants de l'ensemble des services de psychiatrie.

Au delà de ces limites, ce travail de recherche ne manque pas de présenter un certain intérêt .

Les familles d'accueil sélectionnées viennent d'origine géographique différentes et présentent des expériences très variées, ayant pour certaines travaillé avec des équipes de soins différentes.

Cette recherche est suffisamment ciblée pour être réalisable et utilisable dans d'autres unités ou centres hospitaliers, et a permis d'apporter un éclairage sur les comportements des soignants et des familles d'accueil dans le cadre de l'Accueil Familial Thérapeutique.

Outre les limites et les intérêts de cette recherche, celle-ci présente à posteriori la possibilité de pouvoir retravailler, autour des hypothèses afin de les affiner et de pouvoir analyser plus finement la richesse du matériel recueilli. Dans cette perspective, il conviendrait même pourquoi pas, d'étudier la représentation sociale de la famille chez les personnes accueillies.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES :

ABRIC JC, 1994, *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF.

HERZLICH C, 1969, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton.

JODELET D, 1984, *Représentations sociales, phénomènes, concept et théorie*, In MOSCOVICI S, *Introduction à la psychologie sociale*, Volume 1, Paris, Larousse

JODELET D, 1989, *Folie et représentations sociales*, Paris, PUF.

JODELET D, 1991, *Les représentations sociales*, Paris, PUF.

MOSCOVICI S, 1961, *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF.

MOSCOVICI S, 1984, *Psychologie sociale*, Paris, PUF

FOUCAULT M, 1961, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon.

DURKHEIM E, 1967, « Représentations individuelles et représentations collectives », in *Sociologie et philosophie*, Paris, PUF.

DURKHEIM E, 1967, *Les règles et la méthode sociologique*, Paris, PUF.

REVUES

RUANO BORBALAN,1993, «Les représentations. Images trompeuses de la réalité », *Sciences humaines*, 21.

SARFATY J, 1999, *Cahiers de l'AFASER*, 7.

DEROUET B, 1986, « La famille malgré tout », *N° de la revue Panoramiques*, 25, p15.

DEROUET B, 1983, « Famille et socialisation », Acte du colloque recherche et famille, Paris.

SCHAFFHAUSER V et RONDARD V, « Le lien institution famille », *Les cahiers de l'AFASER*, p18.

ROCHE C, 2002, « L'accueil familial thérapeutique », *VST. Revue du champ social et de la santé mentale*, 73, CEMEA.

WENSCH-BENQUE M, CEBULA J-C, NARUSE G, « L'accueil familial thérapeutique », 1997, *Santé mentale*, 20.