

## COMMENT LES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS SE REPRÉSENTENT-ELLES LE PSYCHOLOGUE HOSPITALIER?

WHAT ARE ELDERLY PATIENTS REPRESENTATIONS OF THE ROLE AND SERVICES  
OFFERED BY HOSPITAL PSYCHOLOGISTS?

**Thierry Soulas<sup>1</sup>**

*Hôpital Georges Clemenceau (France)*

**Claire Arzac**

*Université Paris Descartes (France)*

**Christèle Cédât**

*Hôpital Georges Clemenceau (France)*

**Serge Sultan**

*Université Paris Descartes (France)*

**Cécile Flahault**

*Université Paris Descartes (France)*

Le problème de la prise en charge des aînés par les services de santé mentale va s'amplifier dans les quarante prochaines années et de nombreux pays seront confrontés à un vieillissement notable de leur population. En France, à l'horizon 2050, plus d'un tiers de la population aura plus de 60 ans, contre un cinquième en 2000. L'augmentation du nombre de personnes âgées est exponentielle puisqu'il est prévu que la population des plus de 75 ans passe de 4,2 à 11,6 millions entre 2000 et 2050 (Brutel, 2002).

Dans diverses régions du monde, chez les personnes âgées consultant pour des troubles somatiques, l'existence d'un pourcentage de comorbidité psychopathologique compris entre 32 % et 49 % a été démontré (aux États-Unis : Lyness, Caine, King, Cox, & Yoediono, 1999; en Inde : Sood, Singh, & Gargi, 2006; au Niger : Uwakwe, 2000). Selon l'enquête menée par Ritchie *et al.* (2004) auprès de 1873 personnes de plus de 65 ans tirées au sort sur les listes électorales d'une grande ville française, la prévalence de troubles psychiatriques répondant aux critères du DSM-IV (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) est de 17 % tous troubles confondus, de 14 % pour les troubles anxieux, de 3 % pour les épisodes dépressifs majeurs, de 2 % pour les psychoses et de 10 % pour les idées suicidaires. Parmi les 27 % de personnes ayant fait un épisode dépressif majeur (prévalence vie entière), 17 % ont vu ce trouble diagnostiqué après 60 ans. Ces chiffres sont bien supérieurs à ceux rapportés par Prévillat et ses collaborateurs (2008). Dans cette étude, basée sur l'Enquête sur la santé des aînés (ESA) menée au Québec en 2005-2006 auprès de 2 798 personnes âgées de 65 ans et plus, 12,7 % des participants présentent une détresse psychologique selon les critères du DSM-IV. La prévalence par trouble, sur l'année précédant l'évaluation,

---

1. Adresse de correspondance : Hôpital Georges Clemenceau, Service de gériatrie, 91750 Champcueil, France. Téléphone : 33 1 69 23 21 89. Télécopieur : 33 1 49 81 23 26. Courriel : soulas.th@gmail.com

## Représentations du psychologue chez les aînés

---

est de 5,6 % pour les troubles anxieux, 7,4 % pour les troubles de l'humeur – dont 1,1 % de troubles dépressifs majeurs et 5,7 % de troubles dépressifs mineurs – et 2,3 % de dépendance aux benzodiazépines. Les différences de prévalence observées entre ces deux études pourraient être en partie expliquées par le fait que la présence de troubles cognitifs est un critère d'exclusion dans l'étude québécoise, ce qui n'est pas le cas dans l'étude française.

Ces études attestent qu'un pourcentage notable des plus de 65 ans est atteint d'une psychopathologie. On peut cependant penser qu'un nombre significatif de ces personnes ne voit pas ses troubles diagnostiqués. En effet, selon Prévile et collaborateurs (2008), dans l'année précédant l'étude, sur les 12,7 % d'individus ayant une psychopathologie repérée, seuls 39 % ont consulté un professionnel de la santé pour ces troubles. Lecrubier (2007), lui, constate que 79 % des personnes qui se plaignent spontanément de difficultés psychologiques sont identifiées comme ayant un trouble psychiatrique, mais que seulement 29 % de celles qui n'ont aucune plainte à ce sujet sont détectées.

Le taux de troubles repérés et celui des prises en charge psychologiques sont cependant croissants, mais vraisemblablement encore insuffisants. En effet, aux États-Unis, les diagnostics de dépression ont vu leur nombre plus que doubler entre 1992 et 1998 (Crystal, Sambamoorthi, Walkup, & Akincigil, 2003), tandis que sur la période comprise entre 1987 et 1994 l'utilisation des services psychologiques a presque doublé (Maiden & Peterson, 2002). Néanmoins, même les personnes diagnostiquées n'accèdent pas encore toutes à une prise en charge spécialisée, puisque 32 % d'entre elles ne bénéficient d'aucune prise en charge adaptée (Crystal *et al.*, 2003). Maiden et Peterson (2002) estiment que 31 % des plus de 65 ans nécessiteraient d'être pris en charge par un service de santé mentale, alors qu'ils ne sont que 18 % à suivre une psychothérapie ou à être traités par des psychotropes. Il pourrait donc exister un ensemble de facteurs pouvant entraver le recours aux professionnels de la santé mentale, dont certains différeraient selon que la personne est hospitalisée ou non. En effet, Weinberger, Mateo et Sirey (2009) ont montré que, parmi les personnes âgées dépressives résidant à leur domicile, celles qui acceptent d'être prises en charge par un professionnel de la santé mentale se heurtent principalement à des barrières d'ordre logistique (transport, difficultés à se déplacer). En revanche, celles qui refusent la prise en charge le font parce qu'elles estiment qu'elles peuvent gérer leurs symptômes par elles-mêmes, donnée confortée par les travaux de Pepin, Segal et Coolidge (2009). L'absence de spécialiste de la santé mentale à proximité de leur domicile de même que le coût peuvent aussi constituer des obstacles au soin

(Neese, Abraham, & Buckwalter, 1999; Wei, Sambamoorthi, Olfson, Walkup, & Crystal, 2005). *A contrario*, la présence d'un conjoint favorise la prise en charge de la personne atteinte d'une maladie psychique par un professionnel de la santé spécialisé, possiblement parce que le proche peut identifier des changements d'humeur chez son partenaire et l'inciter à consulter (Neese *et al.*, 1999).

Dans le cas où les personnes sont hospitalisées, certaines barrières sont levées et le patient peut se voir proposer différents traitements. Ainsi, dans le cadre de la dépression, lorsqu'un choix est offert aux patients, une majorité d'entre eux préfère bénéficier d'une psychothérapie plutôt que d'un traitement par antidépresseur, ce dernier étant estimé tout aussi efficace, mais au prix d'effets secondaires plus importants (Kuruvilla, Fenwick, Haque, & Vassilas, 2006; Unützer *et al.*, 2003). Le choix des psychothérapies efficaces chez les personnes âgées est vaste (Hepple, 2004), que ce soit pour les troubles anxieux (Ayers, Sorrell, Thorp, & Wetherell, 2007), l'insomnie (McCurry, Logsdon, Teri, & Vitiello, 2007) ou la dépression (Pinquart, Duberstein, & Lyness, 2006; pour une méta-analyse : Pinquart, Duberstein, & Lyness, 2007). Concernant cette dernière maladie, bien qu'aucune psychothérapie ne semble présenter une efficacité prééminente évidente, la revue de Scogin et McElreath (1994) conclut à une supériorité des psychothérapies vis-à-vis des groupes placebo/liste d'attente. Enfin, il faut noter que l'association psychothérapie et pharmacothérapie procure habituellement les meilleurs résultats pour le traitement de la dépression (Thompson, Coon, Gallagher-Thompson, Sommer, & Koin, 2001).

Cependant, même dans le cadre de l'hospitalisation, tel que nous l'observons dans notre pratique clinique quotidienne, il existe des obstacles aux prises en charge psychologiques. Ceux-ci sont liés aux croyances ou représentations des patients et concernent leur perception de la maladie psychique en général et plus spécifiquement des personnes qui en sont atteintes. Ainsi que Zank l'a montré en 1998, chez les personnes âgées, les préjugés « La psychothérapie est une mode; ça ne marche pas », mais aussi les peurs « Si j'y vais, j'ai peur de ce que les autres vont raconter » sont élevés, surtout chez les 75 ans et plus.

La dépression, trouble psychique le plus fréquent chez les personnes âgées, est souvent perçue comme faisant partie du vieillissement normal (Pepin *et al.*, 2009), donc ne justifiant pas d'être évoquée lors d'un entretien médical (Murray, Banerjee, Byng, Tylee, Bhugra, & Macdonald, 2006). *A contrario*, les personnes qui la reconnaissent comme une maladie ont une vision bien plus favorable des services de santé mentale (Jang, Chiriboga, & Okazaki, 2009). Pour Segal, Coolidge, Mincic et O'Riley (2005), les préjugés sur les individus atteints de dépression (considérés

comme embarrassants, d'une compagnie peu désirable) sont liés à une moindre volonté de faire soi-même appel à une aide psychologique. D'ailleurs, les personnes dépressives, et *a fortiori* anxieuses, sont estimées comme plutôt responsables de leur état, et ce, surtout par les hommes (Webb, Jacobs-Lawson, & Waddell, 2009). Ces perceptions des patients et de leur maladie font redouter aux personnes dépressives que leur état ne soit connu, ce qui explique leur préférence pour les psychothérapies individuelles et non de groupe (Choi, Ransom, & Wyllie, 2008).

Si nombre d'études rapportent que plusieurs facteurs logistiques ou liés à la perception des maladies psychiques peuvent faire obstacle à la prise en charge psychologique des personnes âgées, à notre connaissance, aucune ne dépeint les représentations que ces personnes ont du psychologue hospitalier et de l'aide qu'il est susceptible de leur apporter en cas d'hospitalisation dans un service de gériatrie. L'objectif de notre recherche est donc de décrire qualitativement, à travers les discours de personnes de plus de 65 ans, ces représentations, et d'en dégager d'éventuels facteurs pouvant faire obstacle aux prises en charge.

### MÉTHODOLOGIE

Notre étude étant qualitative et exploratoire, nous avons retenu le cadre théorique proposé par Thomas (2006) : l'approche inductive générale. Celle-ci a pour intérêt de fournir un ensemble précis de procédures permettant une démarche de production de connaissances inédites et d'élaboration de sens à partir de données obtenues dans un contexte original. Cette méthode a trois objectifs principaux : la condensation de données brutes en un format résumé, la production de liens entre les objectifs de la recherche et les catégories issues de l'analyse et le développement d'un cadre de référence, ou d'un modèle, issu de la structure sous-jacente des catégories émergentes. Bien qu'elle puisse paraître proche de la théorisation ancrée, l'approche inductive générale s'en distingue en ce que les chercheurs qui y font appel tendent à l'exposé des principales catégories émergentes de leur analyse, et non à la production d'une théorie (Blais & Martineau, 2006). Ces objectifs sont conformes à ceux de notre étude puisqu'elle vise à décrire les représentations que les personnes âgées ont des psychologues exerçant en milieu hospitalier.

Afin de garantir la validité de nos résultats, nous avons eu recours à de nombreuses stratégies méthodologiques, tant du point de vue du recrutement des participants que de la collecte ou de l'analyse des données.

### Population étudiée

La sélection des participants a été guidée par deux principes : la saturation empirique et la diversification. En recherche qualitative, il a été démontré qu'un échantillon de 12 personnes permet habituellement de satisfaire le premier critère évoqué, c'est-à-dire qu'au-delà de ce nombre, l'ajout de sujets supplémentaires ne se traduit pas par un surcroît d'informations nouvelles ou de thèmes inédits (Guest, Bunce, & Johnson, 2006). Dans notre étude, considérant que les représentations pouvaient fortement différer selon le lieu de résidence et le niveau d'éducation, nous avons souhaité inclure un nombre bien supérieur de sujets. Cela nous a permis de satisfaire rapidement ces deux critères, en assurant la représentativité qualitative de notre population d'étude par la diversification du choix des participants quant au sexe, au lieu de résidence et au niveau d'éducation.

Cette étude vise à décrire les représentations que des personnes âgées confrontées pour la première fois à la visite d'un psychologue, à l'occasion d'une hospitalisation dans un service général de gériatrie, pourraient avoir quant à la fonction de ce professionnel et quant à la nature de l'aide qu'il pourrait leur apporter. C'est pourquoi nous avons voulu nous entretenir avec des personnes non hospitalisées et répondant aux critères d'inclusion suivants : personnes âgées de plus de 65 ans, autonomes, ayant une bonne maîtrise de la langue française à l'oral et sans troubles cognitifs. Afin d'objectiver l'absence de toute atteinte des fonctions supérieures, le *MMSE (Mini Mental State Examination; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975)* a été utilisé, dans sa version française (Derouesné, Poitreneau, Hugonot, Kalafat, Dubois, & Laurent, 1999). Pour ce critère d'inclusion, nous avons préféré prendre en compte les seuils fournis par les normes françaises, en fonction de l'âge, du genre et du niveau d'éducation (Lechevallier-Michel, Fabrigoule, Lafont, Letenneur, & Dartigues, 2004), plutôt que le seuil de 24 habituellement retenu. Souhaitant bénéficier de sujets totalement naïfs quant à la psychologie, nous n'avons inclus aucune personne ayant déjà bénéficié d'une prise en charge par un spécialiste de la santé mentale (psychologue, psychiatre, psychanalyste, psychothérapeute, etc.), ayant exercé une activité professionnelle dans ce secteur ou dont l'un des proches directs aurait une telle profession.

### Modalités de recrutement et lieux de passation des entretiens

Tous les participants ont été recrutés dans des résidences pour personnes âgées autonomes situées soit dans Paris intra-muros, soit en banlieue, soit dans des zones rurales à plus de 200 kilomètres de la capitale. L'ensemble des établissements situés à Paris et en banlieue appartenait à une même association, tous ceux situés en milieu rural

appartenait à une autre fédération. La totalité des cadres résidait à Paris même. Le recrutement s'est déroulé selon les étapes suivantes :

1. Lorsque les directeurs d'établissements contactés par téléphone donnaient leur accord de principe, les critères d'inclusion et la lettre d'information – contenant une brève description des objectifs et du déroulement de l'étude, ainsi que l'ensemble des informations éthiques et réglementaires – leur étaient transmis par courrier électronique;
2. Les directeurs devaient ensuite proposer l'étude à leurs résidents répondant aux critères d'inclusion et remettre la lettre d'information aux personnes consentant à participer. Ainsi, celles-ci pouvaient bénéficier d'un délai de réflexion avant la venue de l'interviewer;
3. Chaque directeur de résidence devait programmer les entretiens afin de faciliter la venue du psychologue-chercheur;
4. Lors de sa venue au domicile des participants, l'interviewer commençait par répondre aux questions des participants puis, après avoir recueilli leur consentement libre et éclairé, procédait à la passation du *MMSE* et à la réalisation de l'entretien de recherche.

L'ensemble de cette étude s'est déroulé dans le respect de la loi française concernant les recherches en psychologie portant sur des volontaires sains, et ne présentant aucun risque sérieux prévisible. À l'issue de la recherche, afin de respecter l'obligation de fournir une information complète sur les résultats obtenus dès que disponibles, ces derniers seront communiqués à l'ensemble des directeurs qui en assureront la diffusion auprès des résidents ayant participé.

### Collecte des données

Afin d'accéder aux représentations que les personnes âgées ont des psychologues hospitaliers, nous avons utilisé un entretien semi-directif basé sur des questions que certains de nos patients âgés, dans notre pratique clinique quotidienne, nous posent lors de nos premières visites. Ces entretiens, d'une durée comprise entre 15 et 30 minutes, furent tous enregistrés puis retranscrits.

Pour parvenir à nos objectifs, nous avons construit des entretiens précis structurés en deux parties. Lors de la première partie de l'entretien, il était demandé aux participants d'occuper la place du psychologue hospitalier, tandis que l'interviewer jouait le rôle d'un patient qui venait tout juste d'être hospitalisé en gériatrie et auquel le psychologue rendait sa première visite. Le chercheur-patient posait alors des questions telles que :

- Mais qui vous a demandé de venir?
- Qu'est-ce que vous voulez que je vous raconte?
- Et comment ça va m'aider de vous parler?
- Mais pourquoi vous faites ce métier-là?

Ensuite, chacun reprenait son rôle et des questions plus générales et directes étaient alors posées aux participants, dont :

- Dans un hôpital de gériatrie, à quoi peut servir un psychologue?
- Avez-vous déjà envisagé de voir un psychologue? Dans quelles circonstances?

Dans la première partie, le recours au jeu de rôle visait à recueillir des renseignements sur les représentations des participants sans leur demander explicitement de verbaliser ce que le psychologue représente pour eux, tandis que les questions directes, dans la seconde partie, permettaient de compléter les données obtenues. La structure de cet entretien avait pour objectif d'accroître la diversification des données en recueillant des points de vue et des représentations du psychologue contrastés (Côté & Turgeon, 2002).

#### Analyse des données

Le contenu des entretiens a été analysé selon quatre étapes (Thomas, 2006) : préparation des données brutes, lecture approfondie afin d'avoir une vision globale des sujets couverts par le texte, identification et description des premières catégories, puis révision des catégories. Concrètement, après avoir retranscrit et relu tous les entretiens, deux cotateurs (TS et CA) ont construit une première grille qui a été mise à l'épreuve sur quelques entretiens. Après de premières modifications, la grille a alors été retestée par les cotateurs (TS, CA auxquels un troisième cotateur CC s'est joint) sur de nouveaux entretiens, puis validée par une psychologue expérimentée (CF). L'ensemble du corpus a alors été introduit dans le logiciel QDA Miner 3.2.4 (*Provalis Research*), sous session administrateur (TS). Les deux autres cotateurs ont bénéficié d'une session aux droits réduits, ne leur permettant d'avoir accès qu'à leur propre cotation, toutes les sessions étant protégées par un code.

À l'issue de cette première session de cotation, effectuée en aveugle, l'accord interjuges était considéré comme bon (Alpha de Krippendorff = .67, compris entre .60 et .79). L'ensemble des cotations, celles des catégories et plus spécifiquement celles des sous-catégories pour lesquelles l'accord était faible, a alors été relu par les juges. Après discussion, redéfinition de certains codes et ré-analyse, la fidélité interjuges de cette seconde analyse s'est avérée très bonne (Alpha de Krippendorff = .80 > .80). La synthèse, puis l'analyse des résultats ont été effectuées par deux cotateurs (TS et CA), sous la supervision du psychologue expérimenté (CF).

## RÉSULTATS

### Description des participants

À l'issue de la phase de recrutement téléphonique, 14 directeurs de résidences pour personnes âgées avaient accepté de nous apporter leur soutien (trois à Paris, cinq en banlieue, six en milieu rural). Dans cinq de ces milieux, aucun résident ne voulait participer à l'étude. Sur l'ensemble des neuf autres résidences (deux à Paris, trois en banlieue et quatre en milieu rural), 53 personnes consentirent à participer. Cependant, 14 ne purent être incluses. Six montraient des troubles cognitifs trop importants, cinq avaient bénéficié d'une prise en charge par un spécialiste de la santé mentale (deux par un psychologue, deux par un psychanalyste et une par un psychiatre), deux avaient travaillé en psychiatrie, et une dernière refusa de nous recevoir le jour de notre venue. L'analyse porte donc sur 39 entretiens, ce qui représente 6 % des 629 sujets pouvant potentiellement participer à l'étude. Le Tableau 1 présente le nombre de participants par lieu de recrutement et le Tableau 2 décrit les 39 participants retenus. Le critère d'âge à l'inclusion était de plus de 65 ans, mais puisque le participant le plus jeune avait 70 ans, nous avons réellement étudié les représentations d'une population légèrement plus âgée qu'envisagé initialement.

### Les représentations du psychologue hospitalier

#### *Les motivations à exercer le métier de psychologue*

La majorité des personnes âgées (69 %;  $n = 27$ ) adopte un même mot pour traduire la vocation du psychologue : aider. Dans « cette société égoïste » où les rapports humains authentiques sont rares, il choisirait sa profession pour de hautes valeurs morales telles que l'entraide ou l'aide aux personnes malades, isolées ou dans le besoin. Nombre de femmes évoquent aussi l'amour du prochain. L'une d'entre elles, dans une vision plus humaniste, propose même d'essayer d'embellir la vie des gens<sup>1</sup>.

Parce que j'aime les gens, déjà, et d'une. Et puis euh... On aime... partager... On aime aider. [...] Faut déjà aimer son prochain. Aimer les gens. Et quand on voit quelqu'un de malheureux, on essaie de faire davantage pour lui. L'aider, comme on peut.

Une proportion bien moindre de nos participants (38 %;  $n = 15$ ) estime que c'est le plaisir du contact humain et de la rencontre avec de nouvelles

---

1. Le rôle joué par les participants dans la première partie de l'entretien justifie la présence dans les citations qui suivront de nombreuses phrases à la première personne du singulier.



Tableau 1  
Lieux de recrutement et nombre de participants

Résidences	Souhaitant participer <sup>a</sup>	Engagées dans l'étude		
		Potentiels	Volontaires	Retenus
Candidats				
Lieu de résidence				
Paris	177	106	16	11
Banlieue	335	232	22	16
Milieu rural	117	89	15	12
Total	629	427	53	39

<sup>a</sup> Les résidences souhaitant participer sont celles où le directeur a donné son accord, mais où aucun résident n'a consenti à participer.

Tableau 2  
Caractéristiques des participants retenus

Caractéristiques	n	(%)
Nombre total de participants	39	
Genre		
Femmes	29	(74 %)
Hommes	10	(26 %)
Vivant en couple	3	(8 %)
Scolarité		
Faible (aucune/primaire)	22	(56 %)
Moyenne (secondaire)	12	(31 %)
Élevée (postsecondaire)	5	(13 %)
Lieu de résidence		
Paris	11	(28 %)
Banlieue	16	(41 %)
Milieu rural	12	(31 %)
Âge moyen [années, (ET)]	82,49	(5,69)
Étendue (années)	70 à 94	
<i>Mini Mental State Examination</i> (ET)	27,00	(1,91)

personnes, cultures, ou façons de penser, qui justifie la décision de devenir psychologue. Pour d'autres (46 %;  $n = 18$ ), cette curiosité peut également être plus intellectuelle. La volonté de comprendre les

comportements, les états d'esprit, les désirs humains, voire parfois d'étudier le cerveau, l'esprit, ou l'âme est alors évoqué.

Ça m'a intéressé, un petit peu, d'étudier, à travers cette relation humaine, les réactions des personnes qui sont en face de moi, qui sont d'origines diverses, de niveaux sociaux différents, de tous les âges. C'est ce qui m'a tout de suite intéressé dans cette fonction.

Toutefois, il est évident que ce clivage n'est qu'apparent et que valeurs morales et curiosité se rencontrent parfois. En effet, il faut bien « savoir ce qui se passe dans leur tête pour pouvoir les aider ».

Il existe enfin un sous-groupe de femmes (13 %;  $n = 5$ ) pour lesquelles la vocation d'être psychologue est issue d'une volonté de réparation, d'un désir d'offrir à ceux et celles qui souffrent ce qu'elles n'ont pu obtenir pour leurs proches ou pour elles-mêmes lors d'une maladie somatique sévère ou à la suite de graves événements de vie. Et c'est ainsi que cette dame explique au patient que nous sommes devenu :

J'ai eu des cas dans ma vie, ça m'aurait aidée peut-être à ces moments-là. Parce que j'ai peut-être gardé ça, moi, pour moi. [...] C'est là qu'on peut penser qu'on peut être aidé quand même. Et, ça, pour moi, je pense que ça y contribue beaucoup. Parce que moi-même, si j'avais eu ça dans ma vie, je pense que j'aurais été aidée beaucoup mieux. Et que j'aurais pas eu des idées comme j'ai eu. Pour vous, ça doit être pareil. Voilà c'que je pense, moi.

### *Les spécificités professionnelles du psychologue*

Pour un tiers des participants, le psychologue, c'est en premier lieu quelqu'un qui a un savoir (31 %;  $n = 12$ ) et des capacités de bienveillance et d'empathie (33 %;  $n = 13$ ). Les sujets se le représentent comme une personne qui a fait des études et obtenu des diplômes, qui a une connaissance des symptômes, mais aussi une expérience professionnelle, ce qui lui permet de mieux comprendre ses patients et de parfois les aider à se « libérer de... de (leur) subconscient ». C'est pourquoi il est plus à même d'aider que les proches des personnes malades. Mais il est vrai qu'il « a plus d'expérience. Il en a tellement vu qu'il peut comparer... ».

Le psychologue est également perçu comme quelqu'un de proche et de chaleureux, qui prête attention aux soucis et aux états d'âme de ses patients. Ses capacités à écouter, à se mettre à la place des gens et parfois même à deviner ce qui est tu, en font une personne sympathique en qui il est possible d'avoir confiance ; ce que résume bien l'une des participantes : « C'est un homme qui a, je l'espère, de la tolérance et de la bonté et qui est à l'écoute de l'autre. »

Toutefois, pour deux personnes (5 %), le psychologue c'est également celui qui dispose de temps pour écouter les patients, tel que le font d'ailleurs les visiteurs bénévoles. Cette première confusion nous amène à en aborder une autre, bien plus fréquemment partagée.

En France, l'exercice du métier de psychologue n'est pas conditionné par l'obligation d'avoir un doctorat. Et pourtant, la confusion est grande parmi nos participants. Plus du tiers d'entre eux (36 %;  $n = 14$ ) nous appelle Docteur ou considère que le psychologue est, ou serait, peut-être médecin, mais un médecin spécialisé dans une partie du corps particulière. En fait, « un psychologue, si calé soit-il, c'est quand même un médecin, un médecin de l'âme... ».

Ainsi, puisque cette confusion existe, nous avons souhaité l'explorer davantage en questionnant les similitudes et différences entre les deux spécialistes de la santé mentale les plus représentés dans les hôpitaux publics français : les psychologues et les psychiatres.

#### *Les distinctions entre le psychologue et le psychiatre*

Sur l'ensemble de la cohorte, seules six personnes (15 %) identifient le psychiatre comme étant « plus médical ». Pour elles, l'importante différence réside dans son habilitation à prescrire des traitements. On sent alors poindre dans le discours de certaines la crainte de la dépendance aux « drogues ». Cependant, une extrême confusion est exprimée chez près de la moitié de nos participants (44 %;  $n = 17$ ). En effet, pour trois d'entre eux, le psychiatre est assimilé à un psychanalyste, tandis que l'ensemble des autres avoue ignorer s'il existe une différence entre les deux catégories de professionnels.

Le seul point pour lequel un quasi-consensus existe, est celui de la différence de gravité des troubles pris en charge par chacun. Le psychiatre est considéré comme celui qui prend en charge les « fous », les « malades mentaux » les plus « atteints », ceux qui ont perdu la raison et qui ne pourront pas s'en sortir. Nos participants lui confient tout aussi bien les déments ayant totalement perdu la mémoire que les patients « dérangés mentalement, qui sont même dangereux », tous risquant de finir leur vie « à l'asile ».

Je pense quand même qu'il y a une nuance assez fondamentale entre les deux fonctions : l'une traite davantage des problèmes plus superficiels, et l'autre prend peut-être en charge des cas beaucoup plus lourds, des cas qui peuvent friser un petit peu la schizophrénie ou la folie, plus que le psychologue qui me paraît être, au travers de personnes qui sont plus superficiellement heu... déséquilibrées.

Ainsi, le psychologue traiterait de cas bien plus légers. Il est perçu comme celui qui arrange les petits tracassés quotidiens des bien portants ou qui peut aider à surmonter de légères difficultés, notamment celles des enfants ayant des problèmes scolaires. Se destinant à ceux qui sont mal dans leur peau, qui se sentent « mal dans le monde », il peut néanmoins aider ceux qui désespèrent et jouer un rôle dans la prévention de la dépression, comme dans l'exemple qui suit :

... dans mon esprit le psychiatre est une personne qui traite des maladies mentales. Je ne sais pas si je m'exprime comme il faut, mais c'est ce que je crois comprendre. Le psychologue s'adresse à des gens qui ne sont pas malades, qui ont des besoins de s'exprimer, de poser des questions, de demander quelque chose. Ça n'a rien à voir. Un malade mental, c'est donc quelqu'un qui a une maladie. Un psychologue ne s'adresse pas, dans mon esprit, à des malades, il s'adresse à tout le monde.

Le dernier point sur lequel il est possible de distinguer psychiatres et psychologues est celui de la finalité de leurs prises en charge. En effet, dans notre étude, environ un participant sur six (15 %;  $n = 6$ ) considère que la fonction du premier est de soigner ce que le second est censé pouvoir prévenir. « Un psychologue, bof... Un psychiatre, c'est les gens qui sont fous. Et un psychologue, c'est peut-être quelqu'un qui va prévenir cette dépression-là. Qui empêche... »

### Les déterminants de la prise en charge psychologique

#### *La demande*

Plus des deux tiers de nos participants (69 %;  $n = 27$ ) considèrent que la venue du psychologue est principalement conditionnée par une demande émanant du personnel hospitalier. Pour près de la moitié des participants (46 %;  $n = 18$ ), le médecin en serait à l'origine, tandis que l'infirmière est évoquée par 20 % des personnes ( $n = 7$ ), tout comme les divers autres employés de l'établissement, qu'ils soient identifiés – tel le directeur – ou non. Mais, pour une personne sur cinq (21 %;  $n = 8$ ), la famille ou d'autres proches peuvent également s'inquiéter et demander le passage du psychologue. D'ailleurs, ce dernier peut lui-même être à l'origine de la prise en charge. Il peut alors choisir de passer voir systématiquement tous les nouveaux arrivants (31 %;  $n = 12$ ) ou déterminer librement quels sont les patients à rencontrer après avoir pris connaissance de leur dossier, ce point de vue n'étant partagé que par un cinquième des personnes interrogées (21 %;  $n = 8$ ). Enfin, il existerait dans les hôpitaux des psychologues pragmatiques qui, à la question « Mais vous voyez tous vos patients? », ne peuvent que répondre : « Dans la mesure du possible oui. Si, si... si les arrivants sont trop nombreux, c'est à la possibilité, au cas par cas, et suivant la réaction de nos arrivants. »

La question concernant la demande étant la première de l'entretien, certains participants (8 %;  $n = 3$ ) ont parfois eu du mal à rentrer dans leur rôle et se sont alors trouvés en difficulté pour répondre. À ce moment, il a parfois été nécessaire de reformuler la question d'une manière plus directe : « Selon vous, quelle est la personne qui demande au psychologue d'aller voir un patient? » À cette question, aucun participant n'a évoqué le patient lui-même.

À la question de la suite à donner au premier entretien, plus du tiers des participants (36 %;  $n = 14$ ) considère que le psychologue repassera en fonction de la gravité de la maladie, des symptômes initiaux, mais aussi selon l'évolution du patient ou de ses progrès lorsqu'il souffre de troubles cognitifs. La fréquence des entretiens est estimée entre une et quatre fois tous les quinze jours. Cependant, pour environ un quart des personnes âgées (23 %;  $n = 9$ ), la périodicité des rendez-vous est fixée par le patient. Celui-ci, estimant que le premier entretien lui a plu ou lui a été profitable, signifiera à un membre de l'équipe qu'il souhaite revoir le psychologue qui reviendra naturellement.

C'est vous qui euh... De temps en temps, je passerai et c'est vous qui allez vous rendre compte si vraiment vous avez besoin de moi, vous en faites part au personnel qui demande que je passe vous voir.

#### *Les indications*

Pour les personnes âgées, le psychologue hospitalier rencontre de préférence des individus atteints par des maladies et qui sont confrontés à trois types de difficultés. Hiérarchiquement, la dépression semble être la principale indication puisqu'un participant sur deux (49 %;  $n = 19$ ) pense que le psychologue est là pour les dépressifs, ceux qui ont le moral bas, des idées noires, plus goût à rien, voire des idées de mort. Il faut noter que l'anxiété n'est presque jamais associée à l'ensemble de ces symptômes et qu'elle n'est que minoritairement évoquée (13 %;  $n = 5$ ). La seconde raison justifiant un suivi psychologique, pour 36 % des personnes âgées ( $n = 14$ ), serait la solitude, l'isolement et l'ennui. Si nul ne mentionne le veuvage, en revanche, sept personnes (18 %) dénoncent l'éloignement des proches et parfois même l'abandon par les familles. Ce thème est évidemment bien souvent lié au précédent. « Ça dépend de la situation de la personne âgée. Ça dépend de son entourage. Il y a des personnes âgées qui sont très bien entourées par la famille et d'autres qui sont, disons, un peu abandonnées. »

Presque aussi souvent abordé, mais dans un registre bien différent, le thème de la démence, toujours schématisé par les troubles de la mémoire, constitue la troisième principale indication à la prise en charge psychologique. Dans de nombreux discours (28 %;  $n = 11$ ), l'idée sous-

jacente que le psychologue va pouvoir soigner ces troubles est présente. Quelques participants (18 %;  $n = 7$ ) évoquent les événements de vie difficiles, les problèmes familiaux, voire les douleurs dues aux maladies somatiques. Seule une personne (3 %) pense que la présence d'hallucinations justifie la venue du psychologue.

### Les pratiques professionnelles du psychologue hospitalier

#### *Sa fonction*

Selon les personnes âgées, le psychologue hospitalier a quatre principales fonctions. Pour plus des deux tiers des participants (72 %;  $n = 28$ ), c'est tout d'abord un thérapeute dont le premier objectif est de remonter le moral de ses patients, de les « remettre en droite ligne ». Mais il peut aussi aider à réfléchir à sa vie.

En second lieu, un tiers des personnes âgées (33 %;  $n = 13$ ) estime que le psychologue a une fonction d'aide au diagnostic. En mettant en œuvre des tests et en réalisant des examens, il contribue à la prise en charge médicale des troubles somatiques, aide à réévaluer les traitements médicamenteux, dépiste les troubles mnésiques et permet parfois de comprendre les raisons d'une hospitalisation.

Qu'est-ce qui a motivé votre chute? Est-ce que vous étiez fatigué? Est-ce que vous aviez eu un souci? Est-ce que vous avez des problèmes de colonne vertébrale? On voudrait savoir pour pouvoir vous venir en aide, vous soigner, savoir... dans quel état vous étiez au moment où vous êtes tombé. [...] Est-ce que vous avez eu un problème familial, un souci, un choc? Ça peut nous aider pour connaître l'origine de votre chute.

Pour près d'une personne sur six (15 %;  $n = 6$ ), le psychologue est celui qui crée un lien entre le patient et l'établissement ou avec les autres professionnels de la santé. Puisqu'il s'informe du bon déroulement de l'hospitalisation, il lui revient, le cas échéant, de transmettre les doléances des patients. « Parlez-moi, racontez-moi votre vie actuelle, comment vous vous sentez, si vous êtes bien traité, si on prend soin de vous, si vous avez des réflexions à faire, si vous avez des demandes à formuler. »

Une dernière fonction est suggérée par un quart des participants (25 %;  $n = 10$ ) selon lesquels le psychologue serait un chercheur qui se consacre à l'étude de l'esprit et du cerveau des gens. Pour cela, il observe les gens et analyse leurs pensées et comportements afin de comprendre leurs réactions face aux difficultés de la vie.

#### *Ses modalités d'exercice*

Le psychologue, pour presque trois quarts des participants (72 %;  $n = 28$ ), c'est avant tout un professionnel à qui l'on peut se confier puisqu'il

propose une écoute différente. Il est censé mieux comprendre les personnes, car il est considéré comme disponible pour l'écoute là où la famille s'en est lassée. Dès lors, il est plus facile de lui parler franchement, et surtout librement, parce qu'il n'est pas de la famille. En effet, alors qu'habituellement les personnes tentent de préserver leur jardin secret afin de sauvegarder leurs relations familiales, il leur paraît plus simple d'y convier quelqu'un de neutre, sans idées préconçues, qui ne juge pas et qui a de la distance par rapport à leurs problèmes. *A fortiori*, le psychologue est un étranger que les patients ne sont jamais contraints de revoir sitôt sortis de l'hôpital et qui est tenu au secret professionnel.

... c'est souvent plus difficile d'en parler avec ceux avec lesquels on vit plutôt qu'avec quelqu'un dont on sait qu'il le gardera dans son ambiance professionnelle et que finalement il n'y aura pas de retombée vis-à-vis de vos proches ou de vos amis. C'est toujours plus facile de parler avec un tiers que de parler avec une personne avec qui on vit au quotidien.

S'il a la manière de faire parler les gens, cela peut parfois être ressenti comme un peu intrusif : « Ben, c'est de me faire avouer ce que je retiens en moi! »

Mais de quoi fait-il donc parler, ce psychologue? Près des deux tiers de nos apprentis psychologues (59 %;  $n = 23$ ) pensent qu'il établit tout d'abord un relevé des éléments d'anamnèse, qu'il fait raconter la vie de ses patients, professionnelle notamment, mais aussi les événements qui les ont conduits à l'hospitalisation. Un quart des participants (26 %;  $n = 10$ ) juge nécessaire d'aborder la qualité des relations avec les proches et presque autant (18 %;  $n = 7$ ) estime que la clé de tous les maux se trouve dans l'enfance.

La psychologie, c'est pour savoir exactement ce qui s'est passé dans votre vie, quand vous étiez jeune, qu'est-ce qui s'est passé, ce qui vous est resté dans la tête et que vous n'avez jamais pu en parler dans la famille et que vous pouvez, à mon niveau, raconter, ce qui vous a bloqué dans la vie.

Quinze personnes (38 %) considèrent que le patient peut également parler de quatre thèmes principaux : son hospitalisation (13 %;  $n = 5$ ), son vécu (10 %;  $n = 4$ ), sa maladie (18 %;  $n = 7$ ) et ses projets d'avenir (5 %;  $n = 2$ ), certains de ces participants pouvant naturellement aborder plusieurs thèmes. En revanche, six autres (15 %) semblent avoir de vives réserves vis-à-vis de la psychologie. Pour ces personnes, il n'est pas envisageable d'évoquer son « jardin secret » ou toute autre question personnelle, avis que ne partage absolument pas l'unique participant (3 %) qui trouve utile de raconter ses rêves.

Si la majorité des participants (51 %;  $n = 20$ ) pense qu'il faut parler, il convient alors de se demander à quoi cela sert. Comment le psychologue va-t-il pouvoir se saisir de cette parole? En premier lieu, pour plus d'un tiers des personnes âgées (36 %;  $n = 14$ ), la parole est libératrice en elle-même. Elle répond au besoin unanime de s'extérioriser, d'évacuer ses problèmes, de s'en dégager en les partageant avec autrui, dont le psychologue. Celui-ci va donc chercher à remonter le moral de ses patients. Et pour cela, il est très interventionniste. Pour la moitié des personnes (49 %;  $n = 19$ ), il rassure ses patients, leur redonne de l'espoir, les console. Dans certains cas, il peut aussi demander aux enfants des patients de venir leur rendre visite plus souvent. Le psychologue aide également à oublier les problèmes, à penser à autre chose, par exemple en parlant de la pluie et du beau temps. Et lorsque la parole ne suffit pas, il devient celui qui apporte des livres ou qui joue à des jeux de société avec les patients.

Toutefois, son rôle serait surtout de tenter de modifier les représentations que ses patients ont de la vie. Le psychologue va donc d'une part inciter les personnes à la patience et à relativiser les événements, mais surtout il les aide à apprendre comment réagir autrement. Pour ramener ses patients à une meilleure compréhension de la réalité et leur permettre de regarder la vie sous un angle positif, il donne alors des conseils de tous ordres. Il peut ainsi suggérer quelle attitude avoir dans telle ou telle situation, donner des règles pour une meilleure hygiène de vie et parfois même faire des recommandations pour une meilleure alimentation. En aidant ses patients à mieux gérer leur quotidien, il devrait leur permettre d'accéder à plus d'autonomie.

Je vais essayer de vous faire voir qu'en fin de compte, même si vous avez des idées morbides, qu'en fin de compte la vie est pas si triste que ça, qu'elle est pas gaie, mais qu'elle est pas si triste que ça, qu'il y a quand même des choses intéressantes.

### Motifs de consultation et raisons de s'abstenir

Nos participants de plus de 70 ans n'imaginent que bien peu d'événements susceptibles de les conduire à aller consulter un psychologue, hormis la perte ou la maladie d'un proche. Parmi les onze personnes (28 %) qui envisageraient d'accepter de l'aide ou qui y ont déjà pensé, neuf considèrent que c'est uniquement en situation de deuil ou de maladie grave d'un parent qu'ils pourraient consulter. Une autre personne reconnaît que cela l'aurait aidée à faire face à des problèmes de couple et la dernière conçoit qu'il aurait été utile de consulter quelqu'un lorsqu'il devenait trop difficile pour elle de soutenir son conjoint atteint d'une maladie neurodégénérative. Malgré tout, aucun de ces onze participants n'a jamais consulté un psychologue, et ce, principalement pour des raisons



matérielles, comme le coût ou la durée des prises en charge, ou à cause du manque de psychologues à proximité de leur lieu de résidence.

Le rôle joué par les représentations liées aux exemples fournis par les proches ou les médias semblerait également d'une grande importance. En effet, certains des participants (5 %;  $n = 2$ ) ont le sentiment qu'aujourd'hui « on ne parle plus que de psychologue pour la moindre petite bricole ». Qui plus est, pour près d'un quart des personnes âgées (18 %;  $n = 7$ ), voir un « psy » c'est ne pas faire preuve d'autonomie, donc ne pas être capable de faire face seul à ses responsabilités. D'ailleurs, les personnes de cette génération ont-elles eu le choix? Dans leur jeunesse, il n'y avait pas de psychologues, donc les gens parlaient en famille, à des amis en qui ils avaient toute confiance ou à leur médecin de famille. Nos participants évoquent d'ailleurs le rôle de confident joué par leur médecin généraliste (7 %;  $n = 3$ ) ou leur pharmacien (3 %;  $n = 1$ ).

Vous savez, la vie, quand on a passé la guerre et tout ça... On avait pris beaucoup l'habitude de passer sur soi. C'est vrai, les docteurs, on les voyait pas beaucoup. [...] Donc, on se parlait entre nous, c'est tout, on savait pas ce que c'était que...

La stigmatisation liée à la maladie mentale demeure également très prégnante. Pour certaines personnes âgées (13 %;  $n = 5$ ), le psychologue est celui qui reçoit les fous et les « dérangés », mais aussi ceux qui n'ont pas de problèmes et s'en créent. Il reste cet inconnu qui ne parle pas ou qui parle trop. Toutes les raisons que nous venons d'évoquer justifient chez certains une absence de croyance en la psychologie.

## DISCUSSION

Les 39 personnes âgées que nous avons rencontrées ont des perceptions convergentes du psychologue hospitalier travaillant en gériatrie. Tout d'abord, il est vu comme possédant des connaissances et un savoir-faire et est souvent identifié comme un médecin. Quant à lui, le psychiatre est quant à lui perçu comme plus inquiétant, car traitant la folie, les vraies maladies mentales. Pour sa part, le psychologue s'occupe des gens qui se sentent isolés, qui ressentent un certain mal-être, mais qui pourraient s'en sortir seuls s'ils faisaient un effort, car leur maladie n'en serait pas tout à fait une (Webb *et al.*, 2009) et ne serait que le fruit du vieillissement normal. En cela, leurs préjugés rejoignent ceux habituellement décrits (Murray *et al.*, 2006; Pepin *et al.*, 2009). Ainsi, la première fonction du psychologue hospitalier serait de remonter le moral des personnes dépressives, anxieuses ou isolées. Concernant les indications, il faut souligner que si 49 % ( $n = 19$ ) des participants évoquent la dépression, seuls 13 % d'entre eux mentionnent l'anxiété. Cela pourrait tenir aux représentations que les personnes âgées de 65 ans et plus ont

de ces deux troubles. Ainsi, les individus dépressifs, dont la maladie est envisagée comme plus biologique que l'anxiété, sont aussi perçus comme plus dangereux pour eux-mêmes et pour autrui (Webb *et al.*, 2009). Il faut ici préciser que dans l'étude de Webb *et al.* (2009), la nature du danger n'est pas documentée puisqu'il est demandé aux 101 sujets de juger, sur une échelle de type Likert en cinq points, à quel point ils estiment que la personne qui leur est décrite – schizophrène, dépressive ou anxieuse – constitue un danger important. De plus, les participants de cette étude envisagent moins volontiers de s'engager dans des relations sociales avec des personnes décrites dépressives qu'avec celles décrites anxieuses. Enfin, ces dernières, étant perçues comme plus responsables de leur trouble, sont censées pouvoir se remettre plus facilement seules de leurs tracasseries (Webb *et al.*, 2009). Concevoir l'anxiété comme un phénomène moins grave ou dangereux pourrait expliquer le faible recours aux services de santé observé par Prévaille *et al.* (2008) chez les individus ayant un trouble d'anxiété généralisée (28 % de ceux-ci ayant consulté durant l'année précédant l'enquête), comparativement à ceux affectés d'un trouble dépressif majeur (50 %) ou mineur (43 %). Cependant, on peut penser que la prévalence très importante des troubles anxieux, qui est de 26,2 % si l'on prend en considération les éléments infracliniques (Grenier *et al.*, 2011), puisse contribuer à la banalisation de ce trouble, du fait même de sa fréquence élevée. Nous pouvons également imaginer que sa sensibilité au contexte et ses fluctuations fréquentes lui confèrent un caractère de moindre gravité.

L'action du psychologue serait probablement plus efficace si elle était menée en coopération avec les différents intervenants sociaux, paramédicaux et les médecins généralistes (Yang & Jackson, 1998). En effet, comme nous l'avons constaté, nos participants reconnaissent se livrer très librement à leur médecin de famille en qui ils placent toute leur confiance, ce qui est habituellement décrit dans cette catégorie d'âge (O'Rourke & Hadjistavropoulos, 1997). L'opportunité d'une écoute hors de la famille ne serait-elle donc pas l'apanage des seuls psychologues? À l'occasion d'une première difficulté psychologique, seulement 15 % des personnes âgées iraient spontanément consulter un psychologue ou un psychiatre, contre 58 % qui se confieraient à leur médecin. En revanche, 79 % accepteraient de voir un spécialiste en santé mentale s'il leur était recommandé par leur médecin généraliste (Kovess-Masféty *et al.*, 2007). Des données québécoises indiquent également que, parmi les 39 % des personnes présentant une détresse psychologique qui ont fait appel pour cela aux services de santé durant les 12 derniers mois, 80 % ont consulté leur médecin de famille et seuls 10 % ont rencontré un psychologue (Prévaille *et al.*, 2008).

Selon nos participants, pour aider, le psychologue clinicien ne peut être quelqu'un qui se contente d'écouter. Il se doit d'être interventionniste, de conseiller, de recommander, d'aider à positiver. Il nous faut ici questionner l'échantillon même de notre étude. En effet, nos participants n'ont jamais été confrontés à un psychologue et les trois quarts d'entre eux estiment qu'ils n'y feront jamais appel. Toutefois, il est possible que ces personnes ne soient pas en mesure d'accepter l'aide qu'il pourrait leur apporter. Ceci peut être lié avec l'histoire de cette génération qui a été marquée par trois guerres successives, sur le territoire national, en moins d'un siècle. Les personnes ont dû y faire face, tout en apprenant à réprimer leurs sentiments (Choi *et al.*, 2008). Elles se sont endurcies. Pour elles, les symptômes de détresse psychologique peuvent être considérés comme des signes de faiblesse (Hatfield, 1999) qu'elles ont appris à gérer seules (Weinberger *et al.*, 2009). Dès lors, nos participants pourraient probablement être peu tentés de s'engager dans des thérapies qui, pensent-ils, risqueraient de les priver de leur libre arbitre.

Outre le soutien et l'information, selon nos participants, le psychologue hospitalier aurait aussi une fonction de prévention. Ce point est particulièrement intéressant puisqu'il a été démontré que si les personnes âgées de 65 à 75 ans ont rarement l'intention d'aller se confier à un professionnel de la santé mentale, en revanche, elles seraient bien plus nombreuses à accepter de participer à des formations de prévention (Westerhof, Maessen, de Bruijn, & Smets, 2008).

Enfin, les personnes âgées ont identifié chez le psychologue une dernière double fonction essentielle en milieu hospitalier et que nous synthétiserions ainsi : retenir et partager. Le psychologue est décrit par nos participants comme celui à qui l'on peut révéler, car il est tenu au secret professionnel, mais également comme le professionnel qui doit savoir partager certaines informations, d'une part avec l'équipe médicale, afin de contribuer à la prise en charge globale, et d'autre part avec les divers intervenants non médicaux également impliqués, tels que les travailleurs sociaux, par exemple.

Cette étude comporte certaines limites dont la principale réside bien sûr dans la constitution de son échantillon. Puisque nous voulions décrire les représentations les plus proches de celles que nos patients hospitalisés en gériatrie et confrontés pour la première fois à un psychologue, nous avons rencontré des personnes saines, car il n'aurait absolument pas été envisageable sur le plan éthique de faire participer à une recherche des personnes hospitalisées avant même de les prendre en charge. Toutefois, au vu des difficultés de recrutement rencontrées, il est fort probable que les sujets de notre étude soient les moins réfractaires à la psychologie et partagent ce que Bouvard et Cottraux (2005) appellent

des « croyances personnelles progressistes » en la valeur attribuée à la recherche scientifique, c'est-à-dire des convictions quant à l'efficacité des réponses apportées par la science.

La proportion de participants, par rapport à la population admissible (c.-à-d., 6 % des 629 sujets), pourrait également constituer un biais, mais le faible taux de participants effectivement inclus est explicable par quatre facteurs principaux. Tout d'abord, pendant la période estivale, durant laquelle nous avons réalisé l'étude, de nombreux occupants des résidences étaient partis en vacances, notamment ceux dont la santé est la meilleure. Les autres non-inclusions sont imputables d'une part aux troubles cognitifs présents chez certains postulants à l'étude, d'autre part à une connaissance préalable de la psychologie (selon les critères de non-inclusion) et enfin à certains refus non documentés, conformément aux règles éthiques en vigueur en France.

De plus, si à la lecture de certaines parties des résultats, il paraît possible de conclure que les personnes âgées ont une vision très favorable des psychologues hospitaliers, notre analyse ne peut cependant porter que sur le discours effectivement produit. Dès lors, il est concevable que l'absence d'avis d'une majorité des participants sur quelques points puisse être un résultat négatif à prendre en considération pour modérer l'interprétation des résultats.

En conclusion, il nous semble que cette étude apporte un certain nombre d'informations inédites sur les représentations que les personnes âgées partagent quant aux psychologues, mais surtout, elle suscite des réflexions quant aux rôles joués par les psychologues hospitaliers auprès des patients âgés. Tout d'abord, il semble que l'adéquation entre le type de prises en charge proposées et les attentes de nos patients ne soit pas toujours optimale. Ensuite, des barrières à la prise en charge thérapeutique paraissent exister. Elles sont en grande partie inhérentes aux représentations des personnes âgées sur les psychopathologies, mais aussi sur les psychothérapies. Enfin, il est probable que, outre leur fonction soignante, les psychologues puissent avoir une action de prévention, et ce, en collaboration avec les acteurs locaux de santé dont *a priori* avec les médecins généralistes. C'est pourquoi il nous semble nécessaire d'entreprendre un travail d'information visant à aider les personnes âgées à comprendre davantage ce que peuvent être la dépression ou l'anxiété, entre autres troubles, mais aussi à mieux se représenter ce que les psychologues peuvent leur offrir comme aide. Nous nous proposons donc, dès à présent, de rédiger un livret d'information sous forme de questions/réponses basées sur les représentations des participants de l'étude. Ce livret pourra ensuite être remis à chaque patient lors de son

admission dans notre service de gériatrie. Pour de plus amples informations sur le livret, voir la section « Pour en savoir plus... ».

#### POUR EN SAVOIR PLUS...

Voici les informations qui pourraient être remises (sous forme de livret) aux patients âgés admis dans un service de gériatrie.

*Madame, Monsieur,*

*Vous venez d'être hospitalisé(e) dans notre service. Vous allez pouvoir être pris(e) en charge par un certain nombre de professionnels, dont un psychologue clinicien.*

*Dans ce livret, nous voudrions répondre aux principales questions que se posent les personnes hospitalisées au sujet de ce professionnel.*

*Qui est le psychologue?*

Ayant étudié la psychologie à l'université pendant cinq ans, le psychologue peut évaluer la souffrance morale et assurer un accompagnement psychologique. Il est soumis au secret professionnel et à la confidentialité.

*Quelle est la différence entre un psychologue et un psychiatre?*

Le psychiatre est un médecin qui diagnostique des symptômes ou une maladie. Il propose bien souvent un traitement médicamenteux et parfois une psychothérapie qu'il réalise lui-même ou le plus souvent en orientant vers le psychologue. Ce dernier n'étant pas médecin, il ne prescrit pas de médicament.

*Quand puis-je consulter le psychologue?*

Quand vous ressentez le besoin de parler, que vous êtes triste, que vous êtes inquiet(e) ou angoissé(e), que ce soit du fait de votre maladie ou d'un autre événement de vie difficile, voire sans que vous sachiez pourquoi. Mais cela peut être aussi lorsque vous avez un conflit à résoudre, que vous êtes en colère ou que vous avez besoin de comprendre le sens d'un événement.

*Comment peut-il m'aider?*

En vous proposant une écoute différente, sans jugement et extérieure à votre famille et à vos proches, mais aussi en réfléchissant avec vous afin de vous permettre d'exprimer vos difficultés et de tenter de leur trouver un sens. Cependant, le psychologue a le souci que vous conserviez votre libre choix et votre autonomie.

*Comment faire pour que le psychologue vienne me rencontrer?*

Vous pouvez en parler à n'importe quel membre de l'équipe soignante, par exemple au médecin du service ou à une infirmière. Vous pouvez aussi le contacter directement par téléphone au : 00000000.

*Quelle est la durée d'un entretien avec le psychologue?*

Généralement, l'entretien avec le psychologue peut durer entre 30 et 45 minutes selon vos besoins ou les circonstances.

*À quelle fréquence puis-je voir le psychologue?*

Cela se décide avec vous, mais en général, à l'hôpital, le psychologue rencontre ses patients une fois par semaine.

*Ma famille peut-elle aussi demander à rencontrer le psychologue?*

Oui. Le psychologue recevra votre famille à l'hôpital si cette demande de consultation est en lien avec votre hospitalisation ou votre situation actuelle. Dans le cas contraire, il l'orientera vers un confrère exerçant en ville.

## Représentations du psychologue chez les aînés

---

À l'hôpital, l'entretien avec le psychologue est-il payant?

Non, un entretien avec le psychologue est pris en charge par l'hôpital, y compris pour les familles. En revanche, en privé, la consultation chez un psychologue n'est pas remboursée par la sécurité sociale.

Quelle différence existe-t-il entre un psychologue exerçant à l'hôpital et un psychologue en bureau privé?

À l'hôpital, ce n'est pas toujours le patient qui demande à rencontrer le psychologue, cela peut être aussi un membre de l'équipe soignante ou le médecin. De plus, le psychologue peut y rencontrer les patients dans leur chambre, ce qui est plus rare en privé puisque peu de psychologues vont au domicile de leurs patients. Enfin, à l'hôpital, il peut être amené à partager des informations avec l'équipe soignante si elles sont utiles à votre prise en charge, sauf si vous vous y opposez.

### RÉFÉRENCES

- Ayers, C. R., Sorrell, J. T., Thorp, S. R., & Wetherell, J. L. (2007). Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychology and Aging, 22*(1), 8-17.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives, 26*(2), 1-18.
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (2005). Problèmes d'éthique. In M. Bouvard & J. Cottraux (Éds), *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (4<sup>e</sup> édition, p. 39-43). Paris : Masson.
- Brutel, C. (2002). La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable. *Économie et statistique, 355-356*, 57-71.
- Choi, N. G., Ransom, S., & Wyllie, R. J. (2008). Depression in older nursing home residents : The influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy. *Aging and Mental Health, 12*(5), 536-547.
- Côté, L., & Turgeon, J. (2002). Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie médicale, 3*(2), 81-90.
- Crystal, S., Sambamoorthi, U., Walkup, J. T., & Akincigil, A. (2003). Diagnosis and treatment of depression in the elderly Medicare population : Predictors, disparities, and trends. *Journal of the American Geriatrics Society, 51*(12), 1718-1728.
- Derouesné, C., Poitreneau, J., Hugonot, L., Kalafat, M., Dubois, B., & Laurent, B. (1999). Le Mini-Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. *Presse médicale, 28*(21), 1141-1148.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*(3), 189-198.
- Grenier, S., Préville, M., Boyer, R., O'Connor, K., Béland, S. G., Potvin, O., et al. (2011). The impact of DSM-IV symptom and clinical significance criteria on the prevalence estimates of subthreshold and threshold anxiety in the older adult population. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 19*(4), 316-326.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods, 18*(1), 59-82.
- Hatfield, A. B. (1999). Barriers to serving older adults with a psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 22*(3), 270-276.
- Hepple, J. (2004). Psychotherapies with older people : An overview. *Advances in Psychiatric Treatment, 10*, 371-377.
- Jang, Y., Chiriboga, D. A., & Okazaki, S. (2009). Attitudes toward mental health services : Age-group differences in Korean American adults. *Aging and Mental Health, 13*(1), 127-134.
- Kovess-Masféty, V., Saragoussi, D., Sevilla-Dedieu, C., Gilbert, F., Suchocka, A., Arveiller, N., et al. (2007). What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health, 7*, 188.

- Kuruville, T., Fenwick, C. D., Haque, M. S., & Vassilas, C. A. (2006). Elderly depressed patients : What are their views on treatment options? *Aging and Mental Health, 10*(2), 204-206.
- Lechevallier-Michel, N., Fabrigoule, C., Lafont, S., Letenneur, L., & Dartigues, J.-F. (2004). Normes pour le MMSE, le test de rétention visuelle de Benton, le set test d'Isaacs, le sous-test des codes de la WAIS et le test de barrage de Zazzo chez des sujets âgés de 70 ans et plus : données de la cohorte PAQUID. *Revue neurologique, 160*(11), 1059-1070.
- Lecrubier, Y. (2007). Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders : Results from 3 European studies. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*(Suppl 2), 36-41.
- Lyness, J., Caine, E. D., King, D. A., Cox, C., & Yoediono, Z. (1999). Psychiatric disorders in older primary care patients. *Journal of General Internal Medicine, 14*(4), 249-254.
- Maiden, R. J., & Peterson, S. A. (2002). Use of mental health services by the rural aged : Longitudinal study. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 15*(1), 1-6.
- McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Teri, L., & Vitiello, M. V. (2007). Evidence-based psychological treatments for insomnia in older adults. *Psychology and Aging, 22*(1), 18-27.
- Murray, J., Banerjee, S., Byng, R., Tylee, A., Bhugra, D., & Macdonald, A. (2006). Primary care professionals' perceptions of depression in older people : A qualitative study. *Social Science and Medicine, 63*(5), 1363-1373.
- Neese, J. B., Abraham, I. L., & Buckwalter, K. C. (1999). Utilization of mental health services among rural elderly. *Archives of Psychiatric Nursing, 13*(1), 30-40.
- O'Rourke, N., & Hadjistavropoulos, T. (1997). The relative efficacy of psychotherapy in the treatment of geriatric depression. *Aging and Mental Health, 1*(4), 305-310.
- Pepin, R., Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2009). Intrinsic and extrinsic barriers to mental health care among community-dwelling younger and older adults. *Aging and Mental Health, 13*(5), 769-777.
- Pinquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2006). Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry, 163*(9), 1493-1501.
- Pinquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioural interventions on clinically depressed older adults : A meta-analysis. *Aging and Mental Health, 11*(6), 645-657.
- Prévaille, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punt, R., et al. (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *Canadian Journal of Psychiatry, 53*(12), 822-832.
- Ritchie, K., Artero, S., Beluche, I., Ancelin, M.-L., Mann, A., Dupuy, A.-M., et al. (2004). Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *British Journal of Psychiatry, 184*, 147-152.
- Scogin, F., & McElreath, L. (1994). Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: a quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(1), 69-74.
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., Mincic, M. S., & O'Riley, A. (2005). Beliefs about mental illness and willingness to seek help : A cross-sectional study. *Aging and Mental Health, 9*(4), 363-367.
- Sood, A., Singh, P., & Gargi, P. D. (2006). Psychiatric morbidity in non-psychiatric geriatric inpatients. *Indian Journal of Psychiatry, 48*(1), 56-61.
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation, 27*(2), 237-246.
- Thompson, L. W., Coon, D. W., Gallagher-Thompson, D., Sommer, B. R., & Koin, D. (2001). Comparison of desipramine and cognitive/behavioral therapy in the treatment of elderly outpatients with mild-to-moderate depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 9*(3), 225-240.
- Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams Jr, J. W., Hunkeler, E., Harpole, L., et al. (2003). Depression treatment in a sample of 1,801 depressed older adults in primary care. *Journal of the American Geriatrics Society, 51*(4), 505-514.

---

## Représentations du psychologue chez les aînés

---

- Uwakwe, R. (2000). Psychiatric morbidity in elderly patients admitted to non-psychiatric wards in a general/teaching hospital in Nigeria. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(4), 346-354.
- Webb, A. K., Jacobs-Lawson, J. M., & Waddell, E. L. (2009). Older adults' perceptions of mentally ill older adults. *Aging and Mental Health*, 13(6), 838-846.
- Wei, W., Sambamoorthi, U., Olfson, M., Walkup, J. T., & Crystal, S. (2005). Use of psychotherapy for depression in older adults. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 711-717.
- Weinberger, M. I., Mateo, C., & Sirey, J. A. (2009). Perceived barriers to mental health care and goal setting among depressed, community-dwelling older adults. *Patient Preference and Adherence*, 3(3), 145-149.
- Westerhof, G. J., Maessen, M., de Bruijn, R., & Smets, B. (2008). Intentions to seek (preventive) psychological help among older adults : An application of the theory of planned behaviour. *Aging and Mental Health*, 12(3), 317-322.
- Yang, J. A., & Jackson, C. L. (1998). Overcoming obstacles in providing mental health treatment to older adults : Getting in the door. *Psychotherapy*, 35(4), 498-505.
- Zank, S. (1998). Psychotherapy and aging : Results of two empirical studies between psychotherapists and elderly people. *Psychotherapy*, 35(4), 531-536.

### RÉSUMÉ

Cette étude vise à décrire les représentations des personnes âgées concernant les psychologues hospitaliers et la nature des prises en charge qu'ils proposent. L'étude des 39 entretiens de patients de plus de 65 ans, hospitalisés dans un service de gériatrie général et n'ayant jamais rencontré un psychologue auparavant, repose sur une analyse de contenu (Thomas, 2006). Les résultats nous livrent le portrait d'un psychologue ayant vocation à aider par une écoute spécifique, car distanciée. S'occupant de personnes souffrant principalement de dépression, ses principales actions seraient thérapeutiques, par le conseil et la réassurance, préventives, ainsi que de création de liens entre le patient et les différents intervenants de l'institution.

### MOTS CLÉS

---

patients âgés, service de gériatrie générale, représentations, rôle et services professionnels, psychologues hospitaliers

---

### ABSTRACT

This research intends to describe how the elderly imagine hospital psychologists and the kind of role or help they can propose. We analyzed the interviews of 39 people older than 65 years, who had never met any psychologist, with an approach based on content analysis (Thomas, 2006). They described a psychologist who is there to listen, giving a professional help. He especially takes care of depressed people, and gives help by counselling and reinsurance, preventive action, and building links between the patient and the professionals in the hospital.

### KEY WORDS

---

elderly patients, geriatric unit, representations, professional consultation and services, hospital psychologist

---