

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

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire
« Santé mentale dans la communauté »

Année 2017

**Du « psychotique dans la ville » à « l'utilisateur dans la communauté », panorama
de représentations sociales autour de la psychiatrie et de la santé mentale**

Candidat : Nicolas JANAUD

Tutorat : Aude CARIA

SOMMAIRE

I.	<u>Introduction</u>	4
II.	<u>Le psychotique dans la ville</u>	6
A.	<u>Les films scientifiques</u>	6
B.	<u>Le contexte du film</u>	7
C.	<u>Les personnages du film</u>	8
D.	<u>Le microtrottoir</u>	9
1.	<i>La maladie</i>	10
2.	<i>La dangerosité</i>	10
3.	<i>L'enfermement</i>	11
4.	<i>Les soins</i>	12
5.	<i>L'autonomie</i>	12
E.	<u>La projection aux Journées Cinéma et Psychiatrie du Vinatier</u>	13
III.	<u>L'usager dans la communauté</u>	14
A.	<u>Contexte réactualisé</u>	14
1.	<i>Des vœux pieux du secteur</i>	14
2.	<i>L'affirmation de la santé mentale</i>	15
3.	<i>Un contexte socio-économique tendu</i>	16
4.	<i>Des droits des usagers à l'empowerment</i>	17
B.	<u>La stigmatisation : des représentations sociales à la discrimination</u>	18
1.	<i>Des représentations sociales à la stigmatisation</i>	18
2.	<i>Médiatisation réciproque, une vision sociale inspiratrice et inspirée à l'image du Cinéma, de la télévision et de l'internet</i>	20
C.	<u>Objectifs de la réalisation documentaire</u>	22
1.	<i>Étude comparative</i>	22
2.	<i>La rencontre</i>	23
3.	<i>Outil de lutte contre la stigmatisation</i>	24
D.	<u>Méthodologie</u>	24
1.	<i>Démarche des usagers</i>	24
2.	<i>Les autres personnages</i>	25
E.	<u>Dispositif audiovisuel</u>	28
1.	<i>Trame narrative</i>	28
2.	<i>Les interviews microtrottoir</i>	29
F.	<u>Synthèse des réponses aux interviews</u>	30

1.	<i>Le malade</i>	31
2.	<i>La dangerosité</i>	34
3.	<i>L'enfermement</i>	35
4.	<i>Les soins</i>	35
5.	<i>L'autonomie</i>	36
G.	<u>Analyse des résultats</u>	38
1.	<i>Analyse comparative</i>	38
2.	<i>Analyse qualitative</i>	41
H.	<u>Discussion</u>	43
1.	<i>Une ambivalence moderne ?</i>	43
2.	<i>Vers l'abolition des diagnostics ?</i>	44
3.	<i>Si plus personne n'est fou, alors tout le monde le deviendra ?</i>	44
4.	<i>Se rencontrer, informer, sensibiliser</i>	45
IV.	<u>Conclusion</u>	46
V.	<u>Annexe</u>	48
VI.	<u>Bibliographie</u>	51
VII.	<u>Filmographie sélective</u>	55

I. Introduction

Le psychotique dans la ville...

Lorsque j'ai découvert ce film d'Eric DUVIVIER, datant de 1973, j'ai associé son titre au personnage de *Minos*, l'étrange assassin de *Peur sur la ville*, réalisation noire d'Henri VERNEUIL sortie deux ans plus tard dans les salles obscures. *Minos* ce personnage énigmatique taxé de «schizophrène paranoïaque» par la police et les journaux, qui perturba d'angoisse le sommeil d'un bon nombre de nos concitoyens. *Minos* ce dangereux criminel qu'on redoute de croiser dans une rue sombre, comme avant lui *M le Maudit* ou encore *Jack l'éventreur*.

Je me suis dit ensuite que tant de fantasmes apparaissent aujourd'hui en décalage d'une époque où la psychiatrie évolue maintenant depuis une quinzaine d'années au rythme des droits des usagers et des politiques de réhabilitation, évolution plus « normative » ou tout du moins « intégrative » de l'univers psychiatrique.

Mais qu'en est-il réellement ? Quelles sont en 2017 nos représentations de celui ou celle qui, au diagnostic de malade par la psychiatrie, aurait le dessein de trouver sa place dans la société ?

Le psychotique dans la ville est avant tout un film scientifique illustrant l'ouverture des soins psychiatriques dans la cité, soins jusque-là résumés à l'internement dans l'hôpital de tradition asilaire. Si le contexte cible par un propos didactique la mise en place du secteur psychiatrique, Éric DUVIVIER pose d'emblée la question des inquiétudes suscitées par le retour de ce *grand méchant fou* (1) et de ce fait, des représentations qui l'habillent aux yeux des administrés de son quartier.

L'idée de ce mémoire est née du déménagement à venir de dispositifs ambulatoires de psychiatrie générale adulte regroupés en un lieu unique situé dans le secteur du 8ème arrondissement de Lyon. Il s'agit donc pour les riverains et commerçants de s'attendre à l'arrivée de personnes prises en soins par l'hôpital psychiatrique, contexte a priori comparable à celui de la mise en place du secteur au début des années 1970.

L'objectif de ce mémoire est d'interroger l'évolution des représentations autour de cette figure de « malade psychiatrique », par la réalisation d'un second film se proposant de sonder, par la même technique du micro trottoir, l'avis de la population, depuis son rapport à la folie jusqu'aux enjeux d'une possible meilleure intégration de ceux que l'on appelle désormais les usagers de la psychiatrie.

Les enjeux de la santé mentale viennent progressivement supplanter ceux d'une psychiatrie institutionnelle orientée actuellement dans un virage ambulatoire offrant la possibilité communautaire (2,3). La représentation des usagers dans la société progresse en droits comme en affirmation de soi, organisée autour des notions de rétablissement et d'empowerment (4). L'action politique sur le plan local vient en résonance d'une inscription légale de la santé mentale en 2017 (5,6).

Le phénomène de stigmatisation des maladies psychiques et de l'univers psychiatrique apparaît un frein majeur à l'établissement d'une réhabilitation sociale de qualité pour les usagers de soins. La lutte contre cette stigmatisation figure donc comme levier prioritaire en vue de l'amélioration de la qualité de vie et des soins (7).

Dans un premier temps, nous proposerons une analyse du film *Le psychotique dans la ville*, dont la réalisation visionnaire offre de précieuses données à propos de la stigmatisation du malade psychiatrique dans le contexte clé de l'ouverture de l'hôpital psychiatrique.

La seconde partie de notre travail traitera de l'évolution de ces représentations sociales, à partir de la réalisation d'un dispositif similaire d'interviews filmées en 2017 et proposées sous la forme d'un second film, *L'usager dans la communauté*.

En marge du document audiovisuel, ce mémoire propose d'analyser comparativement les réponses du public des deux époques, d'en dégager des pistes de réflexion, voire d'éventuelles applications pratiques dans un but de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et de promotion de la santé mentale.

II. Le psychotique dans la ville

A. Les films scientifiques

Durant les années 60 et 70, l'industrie pharmaceutique, à la demande de services hospitalo-universitaires, a financé la réalisation de films thématiques concernant la pratique médicale, générale ou spécialisée, proposant aux équipes de soins un support didactique propice à l'enseignement.

Éric DUVIVIER, neveu de Julien DUVIVIER (*Voici venu le temps des assassins*, *Pepe le Moko*, *Panique*), représente quasiment à lui seul la réalisation de cette filmographie spécialisée, à propos de laquelle il montrera un attrait particulier pour la psychiatrie.

DUVIVIER va mettre en scène l'univers psychiatrique de façon ludique (*Les Autopathes* dans lequel Jacques DUFILHO joue dans un registre burlesque l'autostoppeur aux différents troubles de personnalité), fictionnelle (*Concerto mécanique pour la folie* avec un Jacques HIGELIN encore inconnu du public) ou expérimentale (*Images d'un monde visionnaire*, coréalisé avec Henri MICHAUX dans lequel il tente de restituer par l'image les effets de drogues hallucinogènes).

L'avènement des films dits scientifiques permet à cette époque une véritable ouverture de la connaissance médicale par la formulation de sujets didactiques relativement vulgarisés et selon le pari nouveau de l'outil audiovisuel.

Dans une période culturellement et socialement débridée, propice à l'expérimentation, il s'agit surtout de l'invitation d'un regard extérieur, celui du cinéaste, dont on imagine que l'œil verra plus loin que le souci d'un matériel de formation des professionnels.

La possibilité de technologies modernes, permettant notamment l'enregistrement d'un son synchrone en parallèle d'une caméra portative, a vu naître au début de la décennie 60 l'émergence d'un *cinéma vérité* dont l'objet est de capter directement le réel, par la proximité et l'authenticité de son interaction avec le sujet (8).

Le contexte de développement d'un cinéma documentaire de la psychiatrie, dont font partie les films d'Éric DUVIVIER, est donc celui d'une plus grande liberté technique, colorée d'une expression artistique dont on peut dresser un parallèle avec l'émergence d'une production d'art brut chez le malade à l'apogée de la psychothérapie institutionnelle.

Aujourd'hui, près de 400 films du fond DUVIVIER sont en projet de conservation et de numérisation, certains sont d'ores et déjà disponibles en téléchargement libre via une plateforme internet.

B. Le contexte du film

En mars 1960, paraît une circulaire définissant les prémices et fondements d'une politique de secteur psychiatrique visant à accomplir une possible réhabilitation sociale du malade par sa réintégration dans la cité, en proposant l'externalisation d'un dispositif de soins ambulatoires (9), prémisses de ce que l'on nomme désormais la santé mentale dans la communauté.

Cette ébauche de loi n'est pas soutenue d'un renforcement législatif précis vis à vis de son application, ce qui aboutit initialement à une mise en place très disparate sur le territoire français en termes de qualité de dispositif mais aussi de rapidité de mise en place.

A Villeurbanne, l'opportunité de soins ambulatoires en psychiatrie émerge en 1968 sous l'impulsion de l'équipe hospitalo-universitaire des Pr GUYOTAT et HOCHMANN, associés au Dr SASSOLAS par l'intermédiaire de l'association *Santé Mentale et Communauté* (10).

Benoît EYRAUD définit ce désir de changement que figurent les promesses du secteur comme un « cocktail idéologique fait de militantisme anticolonialiste et de psychothérapie institutionnelle, sur fond de pensée psychanalytique » (11).

Dans ce contexte expérimental et socialement novateur, c'est donc par le parrainage commercial d'un laboratoire pharmaceutique, à l'occasion de la promotion de sa médication neuroleptique sous forme injectable, que sera finalement proposé le support d'un film scientifique visant à expliquer les fondements du secteur.

Les objectifs de la réalisation sont clairement didactiques comme s'il fallait se justifier d'un contenu exclusivement scientifique, le film mentionnant au générique d'ouverture la réserve « strictement réservé au personnel médical ».

Dans la tradition d'un style hybride qui lui est propre, Éric DUVIVIER parvient au savoureux mélange du propos didactique souhaité avec une atmosphère propice à une scénarisation jouant du bagage fantasmatique de son sujet. Pour servir celui-ci, le cinéaste illustre dès le début du film la problématique qui relève d'une stigmatisation du malade, probablement sans se douter qu'il s'agirait quelques décennies plus tard d'un enjeu majeur pour la possibilité d'un rétablissement des personnes malades.

C. Les personnages du film

Des plans larges de la cité comme décor à son nouveau lieu de soin, le malade psychiatrique en est longtemps absent. La trame narrative prend une forme de suspense vis à vis de celui qui a quitté depuis longtemps son rôle principal et dont on aurait de bonnes raisons d'anticiper voire de craindre son retour dans la ville.

Le décor se plante donc dans un premier temps au sein d'un dispositif dont nous faisons progressivement la rencontre par l'intermédiaire d'acteurs secondaires à la problématique, ceux-là rendus utiles à dessiner pour nous le portrait-robot du mystérieux malade, *Le psychotique dans la ville* :

- *Monsieur et Madame tout le monde* sont pris de vif à l'annonce de l'arrivée de leur concitoyen et jettent au micro leurs premières impressions.

- *Monsieur le maire* se félicite d'une coordination en réseau tout en se montrant rassurant vis à vis de ses administrés dont il imagine déjà l'inquiétude.

- *Monsieur le commissaire de police* tient son rôle de représentant de la sûreté publique de façon sereinement préparée.

- *Monsieur le médecin généraliste* nous livre toutes ses difficultés vis à vis de cette clientèle spécialisée, livrant ainsi tout son espoir dans le dispositif nouveau.
- *Monsieur le professeur de psychiatrie* nous livre l'éminence de son savoir et justifie, tracés de ronds et de flèches à l'appui, du bon fondement de la théorie du secteur.
- *La famille* est représentée dans le confort de la pièce principale de l'appartement, organisée autour de cette mère d'apparence inoffensive mais dont le spécialiste a bien prévenu juste avant de son implication au risque de fusion inhérent au processus psychotique.
- *L'assistante sociale*, prise dans la nécessité d'être là où le devoir l'appelle, joue son rôle d'interface sociale et de médiation dans l'incompréhension déjà réclamante du voisinage.

Si on parle beaucoup de lui, c'est aussi manifestement de façon bienveillante, chacun de sa position semblant vouloir bien réussir avec lui la réincarnation de sa place dans la société.

Puis il arrive enfin, ce "psychotique", en gros plan de qui plus est, là, assis au milieu des siens. Il n'a ni camisole ni entonnoir, il est calme et apparaît même plutôt adapté, mais on ne sait jamais...

Nous le retrouvons plus tard dans le cabinet médical et il semble comprendre et même accepter l'idée de cette injection qui lui est présentée comme un vaccin.

Nous avons donc réussi, collectivement, à l'intégration de ce "psychotique" dans la ville...

Nous pouvons nous séparer tranquillement avec ce plan large de la cite où on sait qu'il se repose, paisible parmi ses concitoyens.

D. Le microtrottoir

A l'époque du film, on ne fait évidemment pas encore état de la problématique de stigmatisation comme frein essentiel à la réhabilitation psychosociale pour celui que l'on ne nomme pas encore l'utilisateur de soins psychiatriques. Néanmoins, et sans doute sans le savoir, Éric DUVIVIER constitue par ces séquences filmées des données historiques concernant les

représentations sociales du malade, cet autre qui vient nous envahir de son immersion aux promesses de contamination.

Voici quelques réponses, piquées sur le vif, de la population avoisinant l'hôpital spécialisé du Vinatier, lorsque leur interlocuteur, armé d'un micro et d'une caméra, leur propose de réagir à la nouvelle : « Vous savez que désormais les malades psychiatriques vont pouvoir sortir de l'hôpital et venir se soigner ici, parmi nous... Qu'en pensez-vous ? »

Nous proposons de répertorier ces réponses selon des catégories thématiques : la maladie, la dangerosité, l'enfermement, les soins et enfin l'autonomie.

1. *La maladie*

Elle est manifestement méconnue.

Il ne sera pas de question de diagnostic, au contraire, la maladie peine à garder sa valence médicale, facilement remplacée par le bagage de folie : « la dépression c'est une chose, mais les fous... ». Lorsqu'elle est reconnue de façon plus rationnelle, la maladie laisse l'image de la fatalité : « on n'a pas bien l'espoir de les récupérer », « ils sont toujours malades, on ne peut pas toujours les soigner ».

Il est assez peu question de reconnaître l'habit de cette folie, probablement du fait que sa place est encore à l'intérieur, à l'abri des regards. Seul un homme nous raconte son expérience, finalement peu traumatisante : « j'en ai vu un, signalé comme étant du Vinatier, il paraissait normal, même si... oui, un comportement bizarre mais il me semble que c'était sa place ».

2. *La dangerosité*

Elle est présente de près ou de loin, nommée ou suggérée, centrale ou périphérique, pour quasiment l'ensemble des réponses, à tel point que l'on peut se demander s'il ne s'agirait pas ici d'un choix délibéré du réalisateur pour appuyer l'idée générale de l'arrivée tant redoutée de cet inconnu à qui on attribue le crime.

Des invités sortant de l'anonymat, on entendra ensuite le commissaire de police présenter son rôle vis-à-vis de la création du secteur comme « un devoir de sécurité publique et de tranquillité publique », donnant le ton général de la réaction de ses administrés à l'annonce du changement.

Il n'y a pas de mots expliquant plus rationnellement le risque encouru, celui-ci est connu du simple fait de la maladie « dangereux car ils ne sont jamais guéris ».

Devant la nécessité de s'adapter à ce postulat on envisage déjà les conséquences de laisser s'échapper la folie hors les murs : « celui qui commet un crime, si on le laisse en liberté, il recommence », « s'il se promène en liberté, devant les enfants... ».

3. *L'enfermement*

La façon de se prémunir du danger est de le contenir, référence à la question de l'enfermement plus qu'à celle du soin : « celui qui est dangereux, on le laisse enfermé », « s'ils sont incurables, je ne vois pas pourquoi on les laisserait sortir ».

Un jeune homme est plus critique de cette solution : « c'est difficile de les guérir s'ils restent enfermés, il faut les amener à vivre une vie normale ».

Un autre ramène plus d'ambivalence vis-à-vis de l'ouverture : « ça peut être intéressant pour eux mais enfin, un fou ça peut quand même être dangereux... », on y revient.

Une femme se montre plus inquiète et en fait appel à notre responsabilité : « il y a des dangers, vous ne trouvez pas ? S'ils se répandent dans la nature... S'ils ont été internés, c'est bien pour quelque chose... », avant de reprendre plus calmement devant l'absence de réaction solidaire « ... ou alors leur consacrer un village ou des coins un peu isolés et les mêler avec des gens qui voudraient bien se dévouer... et les remettre dans le bain... mais les répandre dans une ville. », on peine à se dégager de la seule solution asilaire.

4. *Les soins*

Il est évidemment compliqué d'envisager la qualité des soins extrahospitaliers à venir, notamment dans leurs caractéristiques psychosociales, tellement le chemin de pensée est jusque-là parasité par la crainte et l'ambivalence.

Les réponses sont donc rares pour caractériser l'enjeu thérapeutique de la psychiatrie sectorielle. On essaie par endroit de se prononcer, prudemment, dans la tradition d'un respect médical : « si les médecins pensent que c'est utile, je pense que c'est utile, mais ils doivent prendre toutes les précautions nécessaires en cas de dangerosité, je leur fais tout à fait confiance », voilà les médecins prévenus.

Il est intéressant d'entendre enfin la seule personne qui semble avoir été confrontée directement au problème, un homme qui exprime une colère et tient à nous préciser le deuil récent de son épouse : « il y a plus de fous dehors que dedans (...) certains ont un raisonnement meilleur que d'autres à l'extérieur (...) dans les hôpitaux, les malades ne sont pas soignés comme il faut, il y a des victimes fautes de moyens, comme des condamnés à mort ».

5. *L'autonomie*

L'externalisation du malade psychiatrique, après la réaction d'inquiétude, fait envisager sa capacité à tendre vers la normalité et, bien avant d'envisager la possibilité d'une réhabilitation, les réponses en appellent unanimement à la famille comme la tenue d'un cadre au champ des possibles.

Ce sont principalement les femmes qui l'abordent : « il y en a qui peuvent être chez eux, dans les familles ils se remettent mieux », « le tout est de savoir s'ils ont une famille » rétorque Madame à Monsieur lorsqu'il appuie l'enfermement comme solution princeps.

Un autre homme semble trancher : « ceux qui sont peu atteints, on peut les remettre dans les familles, sinon il est préférable de les laisser à l'hôpital ».

Une autre femme envisage que la famille puisse souffrir d'une telle situation, au-delà de son devoir de soutien « je pense à la famille qui est concernée, qui risque de ne pas être à la

noce ».

E. La projection aux Journées Cinéma et Psychiatrie du Vinatier

A l'occasion des deuxièmes Journées Cinéma et Psychiatrie du Vinatier, en novembre 2012, une projection du film *Le psychotique dans la ville* d'Éric DUVIVIER a donné lieu à une rencontre et un débat entre personnels soignants, dont certains avaient assisté à l'époque de la mise en place du secteur, et non soignant (social, médico-social, associatif, cinéma...).

Les journées Cinéma et Psychiatrie sont organisées annuellement autour de deux objectifs : la formation des professionnels et la rencontre, pour la promotion de la santé mentale et la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques (12).

La discussion a suscité un vif intérêt de tous les participants, posant du même coup la question de ce que serait aujourd'hui l'évolution des représentations sociales telles qu'elles étaient interrogées 40 ans plus tôt dans les scènes du micro-trottoir.

III. L'utilisateur dans la communauté

A. Contexte réactualisé

1. *Des vœux pieux du secteur*

Depuis cette époque, l'articulation de soins sectoriels ambulatoires s'est développée sur le département du Rhône comme partout en France, à priori conformément à l'esprit de la circulaire de 1960.

A cela, on peut soulever cependant une certaine limite de la vision sectorielle par l'évidence de constats :

- Le dispositif est très inégal en fonction du secteur géographique en termes de moyens mis en œuvre, notamment en ce qui concerne l'adaptation à l'évolution sociétale de sa population (vieillesse, précarisation, inflation démographique...).

Selon EYRAUD, si la promesse d'un mouvement novateur s'est heurtée dans son évolution à des difficultés matérielles et organisationnelles et à une résistance idéologique, le développement attendu du secteur a aussi souffert de la complexité de s'ériger solidement sur un socle institutionnel globalement affaibli par l'insuffisance du développement parallèle des droits des usagers (11).

- Bien souvent et malheureusement, en pratique, la loi du secteur va faire office de barrage dans une politique de la *patate chaude*, faisant justifier la domiciliation comme exclusion à une demande de prise en charge par un service de psychiatrie, soit une réalité antinomique avec les vœux de proximité, de disponibilité et de continuité des soins ambulatoires.

Là aussi, manque de moyens et réflexe de résistance peuvent être contrebalancés avec la réalité d'une insuffisance de développement parallèle de dispositifs associés générant du lien dans la communauté.

2. *L'affirmation de la santé mentale*

La préoccupation liée aux problématiques reliant la santé mentale émerge au début des années 2000 sur le plan international.

L'OMS établit un premier rapport en 2001 mettant l'accent sur « le fait que la santé mentale, trop longtemps négligée, est essentielle pour le bien-être des individus, des sociétés et des pays. Il indique les politiques à adopter d'urgence pour mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination, et pour instaurer une prévention et un traitement efficaces » (13).

En 2013, l'organisation internationale formule un plan d'action en faveur de la santé mentale pour une durée septennale, faisant le bilan :

- de préoccupations en santé mentale encore trop souvent négligées,
- de violations des droits humains ou d'une discrimination dont sont victimes les personnes atteintes de troubles psychiques ou de handicaps psychosociaux.

Ce plan d'action global réaffirme « le rôle essentiel de la santé mentale dans la réalisation de l'objectif de la santé pour tous. Il repose sur une approche portant sur toute la durée de la vie, vise à parvenir à l'équité moyennant la couverture sanitaire universelle et souligne l'importance de la prévention » (14).

En France, la loi du 26 janvier 2016 définit le projet territorial de santé mentale (PTSM) visant à « l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture ». Le PTSM concerne l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, incluant les représentants des usagers, des politiques de la ville, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale (5).

Le décret du 27 juillet 2017 en propose une application concrète en termes d'intégration sociale, de promotion du rétablissement et des droits des usagers, considérant notamment la limitation du recours aux restrictions de liberté (6).

3. *Un contexte socio-économique tendu*

Le contexte de crise économique de ces dernières années a amené l'hôpital à devoir envisager la nécessité d'un « virage ambulatoire » des soins.

Il s'agit concrètement de devoir envisager la fermeture de lits d'hospitalisation, relayant l'action sanitaire à des équipes mobiles en psychiatrie et recherchant des solutions de drainage d'un système en entonnoir, engorgé comme trop coûteux.

C'est donc dans un rayonnement social et associatif qu'apparaît la place légitime des personnes en soins, lesquels soins seraient soutenus par des dispositifs en réseau dans la communauté et sous une responsabilité citoyenne portée par les élus locaux dans un objectif primaire de santé mentale (15).

Face au mouvement de *fermeture* de l'hôpital psychiatrique, on observe une ambivalence générale marquée dans un mouvement oscillant entre une fonction de contenance « asilaire » et de la nécessité progressiste d'une désinstitutionalisation.

La fonction psychiatrique voit périodiquement revenir à elle la délicate responsabilité de devoir juger et même trancher à propos de questions orientées inévitablement vers des enjeux sécuritaires. Pour exemple, relevons ici le lien entre le drame dit « de Grenoble » et le discours prononcé dans la foulée par le ministre de l'intérieur, Nicolas SARKOZY, à l'hôpital psychiatrique d'Antony, resservant à chaud l'image du schizophrène dangereux à la manière d'une boîte de Pandore (16).

A l'inverse, l'institution psychiatrique est aussi dénoncée pour certaines de ses pratiques contraignantes jugées excessives, amenant le pouvoir législatif à veiller à un meilleur contrôle de la qualité des soins à l'hôpital, révisant les mesures de soins psychiatriques sous contrainte (17) ou imposant des registres d'isolement et de contention physique (18).

La pression sous le couvercle fluctue donc désormais en cycles rapides ; le praticien est taxé tour à tour d'avoir trop fermé, puis trop ouvert en fonction d'un contexte politique, dénonçant alternativement l'enfermement abusif de l'usager et le manque de contrôle du malade dangereux.

4. *Des droits des usagers à l'empowerment*

La loi KOUCHNER de mars 2002 apporte un vent de révolution au schéma classique d'une prise en charge des usagers jusque-là organisée uniquement selon une vision médicale (19).

L'utilisateur apparaît désormais comme pivot central, acteur et même « détenteur » du projet de soins s'adressant à lui.

En plus de dispositions légales du droit à l'information et à la décision, elle implique l'ouverture des portes et même des instances de l'hôpital psychiatrique avec la possibilité d'une représentation des usagers et de leur famille (CRUQPEC, CDU, MDU).

Ce contexte est propice au développement de mouvements associatifs qui s'organisent à l'extérieur de l'hôpital, possiblement de façon militante, pour créer du lien.

Avec la loi de février 2005 portant reconnaissance du handicap psychique et instituant les Groupes d'entraide mutuelle (GEM), les usagers s'approprient désormais leur sort, s'organisent pour la constitution de GEM dont le projet d'autonomisation se voit renforcé par celui du rétablissement (20).

Les semaines d'information en santé mentale (SISM) constituent chaque année une invitation de valence citoyenne au reste de la population, par l'organisation d'événements, de rencontres et d'échanges, dans l'objectif d'une lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques.

La représentation citoyenne incite par ailleurs une inévitable participation à l'action politique locale par le développement de conseils locaux de santé mentale (CLSM), à l'initiative des mairies et de la psychiatrie publique, instances dans lesquelles siègent de façon paritaire : élus, soignants du dispositif de secteur et représentants d'usagers et de familles (21).

Les pensées se délient et progressent vers la consécration des concepts de rétablissement, d'empowerment, de pair aidance et des médiateurs de santé pairs (22).

Au-delà des textes et des bonnes paroles, l'action militante autour des usagers s'organise pour défendre leurs droits et permettre qu'ils puissent enfin s'approprier un statut à part entière dans la société (4).

B. La stigmatisation : des représentations sociales à la discrimination

1. *Des représentations sociales à la stigmatisation*

Pour JODELET, les représentations sociales sont des constructions élaborées et partagées par un ensemble social dans le but de définir une réalité commune, différant temporellement et géographiquement, et utile à guider les individus dans leurs pensées et leurs actes (23).

Pour MOSCOVICI, cette utilité est destinée à l'interprétation et au façonnement du réel (24).

Les images qui en sont issues, pour GIORDANA, possèdent une valeur prédictive et prédictive, se colorent affectivement plus qu'intellectuellement et survivent largement à l'expérience du savoir (25).

L'étape suivant le processus primaire de représentations sociales constitue le phénomène de stigmatisation qui, selon GOFFMAN, intervient lorsqu'il existe un désaccord entre l'identité sociale réelle (ce qu'est l'individu) et l'identité sociale virtuelle (ce qu'il devrait être) (26).

Il existe ainsi une volonté de marquer la différence en la catégorisant, dans un lien d'interaction sociale, à l'échelle de la rencontre interindividuelle et sur les bases de ces représentations collectives.

Généralement, comme ce sera le cas pour la stigmatisation du malade psychique, l'attribution d'une marque négative aura l'utilité de se différencier, dans le positif par réciprocité, avec également le dessein de devoir isoler le stigmaté, par souci d'échapper à ce qui pourrait figurer de la contamination. L'exclusion du groupe résulte donc de cette étape finale que constitue la discrimination.

Ainsi, pour GIORDANA, les personnes souffrant de troubles psychiques seraient répertoriées, dans un processus de stigmatisation, selon trois catégories (7) :

- Le malade violent et dangereux, générant envers lui des attitudes de crainte, d'évitement et d'exclusion,

- Le malade marginal, inapte à la vie en société du fait de ses comportements bizarres et imprévisibles, générant en regard des attitudes dirigistes et autoritaires,
- Le malade régressé, infantile et déficitaire, à l'origine d'attitudes maternantes pouvant être positives ou alors insuffisamment mesurées ou maîtrisées.

Le processus relevant de la stigmatisation alourdit bien évidemment la qualité de vie mais également le pronostic des troubles psychiques, par surajout de conséquences négatives à la maladie, comme double peine ou seconde maladie comme la qualifie FINZEN (27).

En même temps que d'envisager un pronostic fonctionnel défavorable en terme de réhabilitation, la prise de conscience de cette complication sociale des maladies psychiques, et en particulier des troubles schizophréniques, a conduit, depuis le début des années 2000, à un effort de lutte contre la stigmatisation, s'inscrivant comme axe prioritaire pour la recherche, la formation, la prévention et les soins dans les programmes et politiques de santé mentale. (28,29)

Pour exemple, l'enquête « *Santé Mentale en Population Générale : images et réalités* » (SMPG), *recherche-action internationale multicentrique*, menée depuis 1997 par l'initiative et la coordination du CCOMS, constitue un outil d'aide à l'élaboration des politiques locales et nationales de santé mentale, en relation avec les perceptions et représentations des problématiques de santé mentale au sein des populations de différentes cultures (30).

Un volet recherche définit deux axes d'enquête :

- Un axe socio anthropologique s'intéresse à décrire les représentations attribuées au fou, malade mental ou dépressif.
- Un axe épidémiologique relève la prévalence des principaux troubles psychiques dans la population générale.

Un volet action propose de développer des outils utiles à la formulation de politiques de santé mentale en termes d'information, de sensibilisation, de formation ou encore de prévention.

Les résultats de l'enquête offrent, dans sa démarche anthropologique, des éléments descriptifs

de profils perçus par la population générale, qui nous intéresseront dans l'objet de notre travail de mémoire :

- Le fou fait référence à la perte de faculté, du lien à la réalité et dont l'inexplicable mène aux représentations de l'imprévisible, de la violence et plus globalement de la dangerosité.

- Le malade mental est représenté en lien avec une certaine organicité dans ce qui relève de l'anatomie et le rapproche de la médecine avec un accès curable rendu possible par les soins.

- Le dépressif renvoie à notre fragilité individuelle, débordée par des éléments le plus souvent extérieurs et identifiables, volontiers explicables dans un souci de rationalité.

2. *Médiatisation réciproque, une vision sociale inspiratrice et inspirée à l'image du Cinéma, de la télévision et de l'internet*

Le fou dérange ou effraie, l'univers asilaire est oppressant et hermétique, le lien au monde extérieur est clivé voire antinomique ; il suscite ainsi une panoplie fantasmagorique par l'irrationnel.

De *Freaks* (1932) de Tom BROWNING à *Shock Corridor* (1963) de Samuel FULLER, l'étrange fascine celui qui est invité à découvrir l'univers psychiatrique de l'intérieur, pour mieux se rassurer, le rideau baissé, d'être toujours du bon côté.

Le cinéma et ses auteurs appuient, façonnent et accélèrent ces processus archétypaux en jouant sur l'excitation voire la fascination d'un voyage au cœur de la folie. Le cinéma participe ainsi à creuser le fossé existant entre l'aliéné et celui qui ne l'est pas, caricaturant souvent pour mieux s'assurer d'une différenciation suffisante.

L'après-guerre promet la transformation de l'asile en un lieu de soins porteur d'une discipline prometteuse qu'est la psychiatrie moderne. A partir des années 60/70, sous l'impulsion d'une plus grande médicalisation, le fou voudrait devenir malade.

Grâce aux mouvements libertaires de l'époque, à l'origine de la création du secteur

psychiatrique en France, le malade évolue maintenant parmi nous, comme voisin ou parent proche.

Le cinéma de cette période le raisonne davantage comme notre nouveau concitoyen, même s'il demeure le plus souvent à la marge de la société.

Des intrigues moins stigmatisantes intègrent une plus grande complexité dans les relations entre un intérieur dérangé et une société qui envisage désormais de prendre en charge ses malades, en même temps qu'elle participerait à les créer ou les aggraver.

Rosemary's Baby (1968) de Roman POLANSKI invite la question de la folie au cœur d'une famille en construction, rappelant le mal qu'il peut y avoir à s'attaquer au mythe d'une jeunesse prometteuse.

De la même façon, la maladie échappe aux effets de bienveillance et d'amour dans le couple (*Une femme sous influence* de John CASSAVETES en 1974).

L'impuissance autour de la situation désespérée de Janice, dans *Family Life* (1971) de Ken LOACH, appuie l'idée d'un système de soins alternatifs en posant les fondements outre-manche d'une santé mentale communautaire.

Toujours plus près de nous rode possiblement le crime, celui du « schizophrène dangereux ».

Des scénarios complexes jouent pour lui à l'écran les personnalités des plus dérangées pour nourrir l'angoisse et l'insensé que réclament le spectateur.

American psycho de Mary HARRON en 2000 met en scène la folie sanguinaire d'un golden boy new-yorkais dans la démesure et le pouvoir de l'argent des années 80.

Lost Highway (David LYNCH, 1997) orchestre l'incompréhensible univers paranoïde et discordant de Fred Madison, un homme qui a réussi, également sur fond de meurtre.

Assis dans les salles obscures, le spectateur est fasciné mais peu rassuré, moins sûr du fauteuil voisin et même de sa propre différenciation vis-à-vis de ce nouveau fou qu'on lui tend à l'écran.

La société à laquelle il appartient se confond dans des représentations schizophréniques qui le poussent à se méfier de soi et d'autrui, en veillant au passage à ne pas perdre raison.

Il serait bien plus aisé de retourner à l'image caricaturale de l'aliéné.

Si on voit réapparaître épisodiquement dans le cinéma post 2000 les bonnes vieilles recettes caricaturales de l'asile, comme dans *Shutter Island* de Marin SCORCESE (2010), les stigmates les plus efficaces en grande consommation sont issus des médias et premièrement de la télévision.

On y voit régulièrement resurgir la camisole, les électrochocs, l'image du simplet ou du lunatique aux multiples personnalités, pour nourrir de façon directe l'amusement ou la fascination divertissante que réclame l'audience.

Qu'il s'agisse de contenus commerciaux ou de reportages scandalisants (et scandaleux) mettant en scène les malades dans l'institution psychiatrique, la puissance de ces références médiatiques est déterminante dans la qualité d'entretien et de renouveau de stigmates.

On ajoute que dans une échelle de diffusion en réseau et de grande consommation de l'image s'invite naturellement l'internet, par lequel des messages les plus simplistes et ne pouvant être critiqués vont être relayés de façon exponentielle, dans une temporalité aussi instantanée qu'éphémère.

Les effets des actions de lutte contre la stigmatisation telles qu'elles sont développées toute l'année via des plateformes comme le Psycom, ou de façon concentrées durant les SISM, sont largement affaiblis par cet auto-entretien de stigmates.

Une émission, une publicité ou un contenu internet auront une portée considérable, d'où l'idée d'une riposte à armes équivalentes. Citons ici la chaîne *YouTube* du *PsyLab*, proposant des contenus tout aussi ludiques que didactiques à propos de sujets de psychiatrie et de santé mentale.

C. Objectifs de la réalisation documentaire

1. *Étude comparative*

Le principal objectif de la réalisation de *L'utilisateur dans la communauté* est d'apporter, comme cela a pu être le cas pour *Le psychotique dans la ville*, un échantillon de représentations sociales nées de l'idée de l'intégration des personnes souffrant de troubles psychiques au sein

de la communauté.

Les questions sont logiquement plus ciblées aujourd'hui, comme témoin d'une époque plus éclairée sur le sujet, là où le premier opus n'avait pas d'autre possible idée que le retour du malade parmi son entourage après une absence prolongée.

Le contexte choisi pour le film est l'installation dans la cité d'un centre regroupant des structures sectorielles ambulatoires de psychiatrie publique. L'anticipation de la rencontre avec celui représenté par sa maladie permet de recueillir dans la population des projections fantasmatiques forgeant la constitution de stigmates. L'interaction avec l'inconnu invite au préalable de cette rencontre un panel de préjugés à propos de la *folie*.

Aujourd'hui, il nous faudrait dépasser les seules représentations classiques de la dangerosité et de l'enfermement et aborder également les différents pans d'une réhabilitation psychosociale que l'on pourrait souhaiter de qualité en 2017: droits, travail, logement...

De même que le premier film invitait la parole des acteurs de ce vivier expérimental et bouillonnant que constituait nouvellement le secteur psychiatrique, le propos actuel se doit d'être éclairé par des théoriciens permettant d'affiner la lecture comparative.

Les séquences du micro-trottoir sont donc entrecoupées d'interviews de spécialistes qui reviennent de façon plus approfondie sur les contextes et enjeux croisés des deux époques.

2. *La rencontre*

Un objectif primaire parallèle à l'objectif principal est de permettre, par la réalisation pratique du document vidéo, la rencontre de l'utilisateur avec le public. Cette rencontre est organisée comme propice à l'échange autour des différentes thématiques définissant notre sujet.

Elle représente pour l'utilisateur un premier cadre à sa citoyenneté dont il peut être acteur, de la même façon qu'il est désormais légitime d'être le pivot central des soins s'articulant pour lui, le dispositif amenant symboliquement le médecin à céder sa place d'interlocuteur au public.

3. *Outil de lutte contre la stigmatisation*

L'objectif secondaire consiste à imaginer des applications pratiques permises par le document vidéo dans une dynamique de promotion de la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques.

Le film réalisé sera mis à disposition gratuite en ligne pour toute initiative pédagogique ou de rencontre dans le champ de la santé mentale souhaitant utiliser le Ciné-débat comme médiation à l'échange.

La réalisation de *L'usager dans la communauté* est en cours de montage, l'utilisation finale du film comme outil de lutte contre la stigmatisation sera disponible à partir du premier trimestre 2018.

D. Méthodologie

1. *Démarche des usagers*

Le psychotique dans la ville amenait l'idée qu'un soin sectoriel puisse permettre la réhabilitation des usagers de la psychiatrie dans la communauté. Il fallait donc partir de ce postulat pour planter le décor d'une scène réactualisée au sujet de ce travail.

Si l'association *Santé Mentale et Communauté* de Villeurbanne fonctionne toujours sur le principe de proposer une gamme d'outils et de lignes de soins conformes à l'engagement initial, elle est depuis de nombreuses années détachée structurellement de l'hôpital publique.

J'ai donc choisi préférentiellement de m'adresser au Centre Médico Psychologique du 8ème arrondissement de Lyon, structure située à moins d'un kilomètre du Centre Hospitalier du Vinatier, principal hôpital psychiatrique de l'agglomération lyonnaise dont il est déjà question dans le film de 1973.

Ma démarche a été accueillie avec enthousiasme par l'équipe du CMP SARRAZIN et une rencontre a pu permettre, par le visionnage du film d'Éric DUVIVIER, d'établir une discussion autour du bien-fondé d'une action dans la communauté engageant un ou plusieurs usagers pris en soin, dans le but d'une action de lutte contre la stigmatisation.

De plus, l'occasion du déménagement à venir du CMP pour un regroupement de plusieurs structures extrahospitalières sur un même site est repéré comme changement à l'origine de légitimes inquiétudes pour tous riverains, personnes en soins mais aussi soignants eux même.

La proposition de la participation de plusieurs usagers a été formulée par les soignants, sur la base de critères cliniques, veillant notamment que l'exercice ne soit pas un facteur de déstabilisation psychique, mais également du fait d'éléments de personnalité traduisant des types intérêts ou d'initiatives pouvant convenir au *rôle*.

J'ai donc fait la connaissance, sur un temps de leur présence au CATTP, de trois usagers mis en lien par l'équipe. Ces personnes avaient au préalable donné leur accord pour discuter de leur possible participation au projet, après en avoir été informées dans les grandes lignes par les infirmiers du CMP.

Sur ces trois personnes, un jeune homme a finalement souhaité renoncer à sa participation, expliquant qu'il vivait dans le quartier où une partie des plans vidéo étaient prévus, gêné de pouvoir rencontrer des proches dans une démarche où il s'afficherait dans son statut d'utilisateur. J'ai par la suite revu, en dehors du cadre du CMP et à plusieurs reprises, mes deux nouveaux compères, Jean GARRIDO et François FERRANDIS, pour discuter du sujet puis de l'aspect pratique du dispositif audiovisuel à venir.

Ce trio a rapidement trouvé une certaine convivialité, excluant nos positions respectives de médecin et de malades, utilisant le tutoiement et prenant le temps aux terrasses de café d'élargir nos discussions au-delà du projet à l'origine de notre rencontre.

Une autre étape a été celle de l'élaboration collective des questions destinées au microtrottoir, puis une séance de mise en situation durant laquelle nous nous sommes entraînés à nous mettre en scène pour servir le questionnaire, afin de se familiariser avec le dispositif.

2. *Les autres personnages*

- Le public

Le public intégré dans le dispositif des interviews a été choisi pour une part de façon aléatoire mais également en fonction de sa représentativité de la société entourant les structures sanitaires ciblées dans le 8ème arrondissement de Lyon.

Nous avons essayé de recouvrir des critères démographiques variés pour relever un panel le plus hétérogène possible de la population présente lors du recrutement.

Nous avons voulu ce dispositif le plus avenant et sympathique possible, proposant aux interviewés de prendre une dizaine de minutes avec nous pour un « échange autour de la question des usagers de la psychiatrie d'aujourd'hui ».

- Les « spécialistes » :

Dr Marcel SASSOLAS

Après en avoir été initialement le responsable médical, le Dr SASSOLAS est Président du conseil d'administration de l'association *Santé Mentale et Communauté* de Villeurbanne, créée en 1968.

Il a été alors à l'origine de cette expérimentation qu'est le secteur en région lyonnaise aux cotés de l'équipe du Pr GUYOTAT du service hospitalo-universitaire du CHS Le Vinatier à BRON.

Psychiatre de formation psychanalytique, il est membre du groupe lyonnais de psychanalyse du Rhône. Depuis 1986, il est directeur scientifique de l'enseignement sur les techniques de soin en psychiatrie de secteur qui a lieu tous les deux ans à Villeurbanne. Il consacre aujourd'hui son temps à un travail de supervision dans diverses structures soignantes en France et en Italie.

Aujourd'hui encore, l'association *Santé Mentale et Communauté* poursuit son action à destination des personnes en souffrance psychique par la mise à disposition de dispositifs d'accueil, de soins et d'accompagnement, comme alternative à l'hospitalisation, bénéficiant d'un financement combiné de l'assurance maladie et du département du Rhône.

Le Dr SASSOLAS intervient dans le film en témoignage du contexte du film de DUVIVIER, ce qu'ont été les discussions, les réticences et les espoirs soulevés par cette époque.

Il évoque aussi le climat social et politique qui a pu accompagner ce mouvement de désinstitutionalisation des personnes en soins et propose ainsi son bilan de l'expérimentation initiale, au regard de l'évolution longitudinale de psychiatrie associative et communautaire.

Dr Patrick CONFALONIERIE

Le Dr CONFALONIERIE est psychiatre, il a travaillé à l'hôpital du Vinatier à compter des années 80 et jusqu'à sa retraite de l'institution publique il y a peu.

Il est à l'origine de la première expérience d'appartements thérapeutiques externalisés de CHS en France.

Témoin de cette seconde période de la mise en place pratique du secteur à Lyon à partir de la seconde moitié des années 1970, le Dr CONFALONIERIE porte un regard précieux sur

l'intégration des malades par le logement et comme alternative à l'hospitalisation complète. Il défend la notion d'un cadre institutionnel sur lequel les relations sociales du patient souffrant de troubles psychotiques viennent s'appuyer pour permettre le maintien d'une homéostasie psychique et sociale (31).

Mme Aude CARIA

Psychologue de formation, Mme CARIA est directrice du *Psycom*, organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale et psychiatrie qui coordonne notamment les SISM.

Elle participe également aux actions et programmes du Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale. En particulier, Mme CARIA coorganise tous les ans le DIU « Santé Mentale dans la Communauté ».

Mme Aude CARIA nous dresse un panorama de la notion de représentations sociales, stigmatisation et discrimination, mais également développe les actions et initiatives du *Psycom* comme des mouvements associatifs et militants en faveur des usagers.

Mr Benoît EYRAUD

Benoît EYRAUD est docteur en sociologie, maître de conférences en sociologie et anthropologie à l'université Lyon 2, Centre Max Weber.

Il a reçu pour ses recherches le prix UNAFAM (Union Nationale des Amis et FAMILLES de Malades psychiques), le prix de l'AMADES (Association d'anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et à la Santé), et le prix de la DREES / CNSA (Caisse Nationale de Solidarité et Autonomie) sur le handicap et la perte d'autonomie.

En parallèle d'une analyse des représentations sociales dans le contexte de l'interaction telle que l'a défini GOFMAN, Benoît EYRAUD développe l'idée selon laquelle l'avancée des droits et de la représentativité des usagers fournira la socle suffisant pour permettre à l'action sectorielle et communautaire de favoriser le rétablissement des usagers.

E. Dispositif audiovisuel

1. *Trame narrative*

Si *Le psychotique dans la ville* interrogeait les fondements et modalités de la mise en place du secteur, *L'usager dans la communauté* s'intéresse plus particulièrement aux représentations de l'univers psychiatrique de nos jours. Du parallèle entre ces deux époques apparaissent les enjeux d'une problématique de stigmatisation des usagers de soins psychiques faisant toujours frein à la réhabilitation psychosociale.

L'objet de ce second film est donc de permettre un outil de lutte contre la stigmatisation, comme support médiatisé à des rencontres de type Ciné-débat dans un cadre public comme professionnel, ce qui lui confère un objectif didactique dans un registre suffisamment vulgarisé pour être accessible au plus grand nombre.

Sur un format court métrage d'une vingtaine de minutes, le sujet est amené de façon chronologique et thématique.

Livrées brutes, nous découvrons tout d'abord les réponses de 1973 concernant la réaction de la population à l'annonce de l'ouverture des portes de l'hôpital.

L'utilisation de séquences du film de DUVIVIER est également l'occasion d'introduire le contexte de mise en place du secteur.

Par un retour à l'époque actuelle, nous faisons alors la connaissance de Jean GARRIDO et François FERRANDIS, dans l'actualité du déménagement du CMP/CATTP qu'ils fréquentent à l'occasion de leurs soins. Le cadre d'aujourd'hui est ainsi posé.

Le film présente alors les séquences des interviews du public, questionnant les représentations actuelles de l'usager et de l'univers de la psychiatrie.

Les thématiques abordées sont dans la continuité de celles présentes dans le film de DUVIVIER : la maladie, la dangerosité, l'enfermement, les soins, l'autonomie.

Cette partie centrale du film utilise un montage permettant d'ajuster le commentaire des spécialistes aux séquences d'interviews choisies pour leur pertinence vis-à-vis du sujet. Elle fait également l'objet d'une comparaison avec l'époque ancienne signifiant d'une évolution, statique ou dynamique, des représentations.

Comme synthèse des réponses obtenues par les interviews, Jean et François reviennent à l'image, quelques semaines après le tournage, pour découvrir et commenter le fruit de leurs interviews.

2. *Les interviews microtrottoir*

Celles-ci se sont déroulées durant les mois de juin et juillet 2017, dans le 8^e arrondissement de Lyon.

La situation du futur CMP avenue Jean MERMOZ n'était pas propice à réaliser une interview de plus de 10 minutes dans des conditions de qualité du fait d'importantes nuisances dues au trafic sur cette grande artère de circulation.

Il a donc été retenu que ces interviews tiendraient place à la terrasse du *Café de l'Industrie*, place Ambroise Courtois, du fait de sa position centrale et agréable, comptant ainsi sur la disponibilité bienveillante du public d'accepter de participer à l'exercice.

Nous avons convenu que j'assurerais le recrutement des participants en expliquant mon projet de travail universitaire, mais sans devoir forcément dévoiler nos statuts de psychiatre et d'usagers, à moins que cela soit explicitement demandé, afin de ne pas biaiser le déroulé et le contenu de l'interview. A aucun moment la question n'a été posée.

Concernant l'enregistrement, étant donné un dispositif audiovisuel assez simple et standardisé de façon autonome, il a été décidé que je participerais à poser les questions, alternativement avec Jean et François, afin de donner davantage de rythme à plusieurs voix et pour moi d'orchestrer la mise en confiance de mes compères en lien avec les personnes interrogées.

Parfaitement novices en la matière, François et Jean ont finalement été tout à fait à l'aise dans le rôle qui leur avait été confié.

Dans ce cadre travaillé, ils ont su exploiter la consigne d'une liberté d'expression : à tout moment, ils pouvaient s'écarter de la liste des questions pour un commentaire, voire dévier la conversation, à leur convenance.

D'autres interviews, plus rares, ont été rendues possibles hors de la terrasse du café, piquées sur le vif de la place Ambroise Courtois.

Enfin, deux commerçants à proximité du bâtiment *Le Quadrille*, lieu de déménagement du

CMP, ont accepté de se livrer à l'exercice.

A l'occasion du recrutement, j'ai pu comptabiliser trois à quatre fois plus de refus que d'acceptation de participer à l'interview, qu'il s'agisse de riverains ou de commerçants, mettant en avant le fait d'être « occupés », de « n'avoir pas le temps » ou de « ne pas vouloir être filmés ».

Sur l'ensemble des personnes interrogées, de leur confiance spontanée pendant ou en dehors de l'enregistrement vidéo, plus de la moitié avait eu au cours de leur existence un rapport plus au moins direct avec la psychiatrie.

Trois sur dix nous ont même expliqué avoir été eux même usagers de soins psychiques, dont deux lors d'un passage à l'hôpital psychiatrique.

Si la majorité des personnes ont dû se laisser quelque peu convaincre par le bien-fondé de la démarche motivant la réalisation de leur interview, tous ont été satisfaits voire enthousiastes, après coup, d'une discussion autour de la psychiatrie, nous demandant de pouvoir, dès qu'il serait terminé, leur envoyer un lien de téléchargement du film.

Pour beaucoup d'entre eux, ils nous ont fait part de ne jamais avoir eu l'occasion de se poser les questions auxquelles ils ont eu à répondre.

Nous avons fixé à chaque personne le cadre d'une interview de 10 à 15 minutes autour de 22 questions (cf annexe), plusieurs personnes ayant finalement souhaité ne pas répondre à certaines d'entre elles, davantage par aveu de n'avoir aucun avis à formuler plutôt que par mouvement d'opposition.

F. Synthèse des réponses aux interviews

10 personnes ont été interrogées durant la période d'enregistrement vidéo de l'été 2017.

6 l'ont été dans les conditions de la terrasse du café, 2 ont accepté de nous répondre alors qu'ils étaient de passage sur la place Ambroise Courtois, 2 sont des commerçants de l'avenue Mermoz, à proximité du futur site extrahospitalier du secteur du 8^{ème} arrondissement de Lyon. Nous avons interrogé 5 femmes et 5 hommes.

Les tranches d'âge représentées sont : 3 personnes entre 20 et 35 ans, 4 entre 35 et 50 ans et 3 personnes de plus de 50 ans.

Les catégories socioprofessionnelles n'ont pas été renseignées mais nous nous sommes assurés qu'aucune des personnes interrogées ne travaillait dans le monde de la santé.

Bien évidemment, un échantillon si faible de personnes interrogées ne permet pas de puissance statistique suffisante pour valider méthodologiquement des résultats chiffrés.

Ainsi, nous dégagerons ici simplement des tendances, relevées de façon colorée par la teneur des propos qui leur sont associés, propices à caractériser une évolution entre les époques d'hier et d'aujourd'hui.

N'ayant pas la pertinence statistique, les caractéristiques démographiques d'âge et de sexe ne seront pas mises en perspective dans la qualité des réponses, ces critères n'ont au final eu pour objet que la recherche d'un échantillon suffisamment représentatif de la population.

La liste des 22 questions permet d'effectuer un regroupement thématique comparable à celui utilisé lors de l'analyse des réponses obtenues dans le film de DUVIVIER.

1. Le malade

Le reconnaître

Seule une personne ne pense pas qu'il puisse être possible de reconnaître un « malade psychiatrique » dans la rue.

Deux pensent que cela dépend des maladies « ça ne se voit pas forcément sur le visage ».

Pour une majorité des personnes sondées, il sera facile de distinguer le malade, pour la plupart du fait de sa présentation, signifiant principalement sa façon de marcher « balancée » ou « très fatiguée », sinon son étrangeté/bizarrerie, ou tout simplement un état « un peu ailleurs », « pas comme nous ».

L'aborder

Avoir un contact avec celui reconnu comme malade partage l'opinion :

- un tiers environ marque la réticence, du fait principalement de ce qui relève de « l'imprévisibilité » de la rencontre, nommée aussi « impulsivité » ou « agressivité ».
- un tiers se montre plus prêt à cette rencontre, déterminant chez l'autre une simple « différence », soit qui n'a pas de raison d'être péjorative, soit qui nécessite simplement d'être comprise. Il est également question d'aborder le malade

« doucement ».

- un tiers formule une réponse teintée d'ambivalence
 - soit en s'abstenant d'établir la relation tout en tolérant que la rencontre puisse se faire à l'initiative du malade,
 - soit en émettant d'abord une bienveillance avant de se rétracter sur une caractérisation renvoyant à la crainte.

Les degrés de la maladie

Ils sont exprimés de différentes manières, sans qu'une tendance ne se dégage comme consensus :

- En termes médicaux, « de la dépression à la schizophrénie », « de la psychologie à la psychiatrie »
- En termes d'autonomie
- En termes affectifs, « du chagrin au meurtre »
- En termes d'universalité « on l'est tous à un degré », « c'est la société qui le détermine »

Fou ou malade ?

Là encore, le panel de réponses est très varié. On dégage les tendances suivantes :

- Le mot « fou » ne convient pas vraiment pour représenter la maladie, deux personnes le jugent même sévèrement
- On pourrait tous devenir fou (on comprend par *l'accès de folie*), sans forcément être malade
- On n'a pas le choix de la maladie qui par ailleurs se soigne, contrairement à la folie
- Pour seulement deux personnes, les deux mots sont synonymes ou équivalents

Guérir la maladie

Pour la plupart des personnes interrogées, la guérison de la maladie est possible et dépend principalement de « la gravité » de celle-ci, mais aussi de savoir si la personne est correctement « accompagnée » ou « entourée » (on remarque qu'il n'est pas question directement des soins à proprement parler).

Plusieurs personnes font mention de cette possibilité de guérison sans nuance, dont une

personne précise spontanément qu'elle serait possible « sans médicaments ».

Une seule personne ne pense pas que la maladie puisse être guérie, justifiant comme exemple le « tueur en série ».

La schizophrénie

C'est la notion de « plusieurs personnalités » qui domine largement l'ensemble des réponses pour caractériser la maladie.

Il s'agit ensuite de la variabilité de l'humeur et des réactions, pointant notamment le caractère imprévisible.

On trouve de façon aussi représentative la description de troubles comportementaux dont des « réactions incontrôlées » ou encore « la grande crise ».

D'autres représentations sont utilisées :

- les hallucinations, visuelles « flashes », « images écrasantes » ou auditives « des voix d'aller tuer »,
- le meurtre,
- l'atteinte organique « des trous dans le cerveau ».

Une personne exprime l'idée de gravité.

On remarque que le nom peut être écorché « schiznophrénie »

Les troubles bipolaires

La plupart des réponses vont dans le sens de la variabilité de l'humeur, marquée notamment dans sa valence maniaque, jusqu'à la caractérisation peu symptomatique du « lunatique ».

Deux personnes pensent encore une fois qu'à différents degrés, nous le serions tous.

Plusieurs réponses expriment un diagnostic plus clément que la schizophrénie.

La dépression

Une minorité de réponses en donne un caractère pathologique au sens du médical, avec, comparativement aux autres maladies, un critère de légèreté relative « le premier degré de maladie », « de la déprime à la maladie plus sérieuse ».

Lorsque l'abord médical n'est pas utilisé, on peut regrouper deux origines à la réaction dépressive :

- Endogène : « vient de nous même », « perte de résistance », « faiblesse ou faille plutôt que maladie »

- Exogène : « la société », « ennui et solitude », caractérisant même une « réaction normale »

En être ?

Une majorité des répondants vont dans le sens d'accepter qu'ils puissent eux aussi un jour tomber malade, certaines réponses utilisant la dérision : « seuls les fous pensent ne pas l'être ! ».

D'autres réponses acceptent l'idée : « j'essaie d'être plus fort », « on l'est tous un peu » ou encore « je le suis par moments ».

Une seule personne se considère protégée de la maladie : « tant que je suis bien accompagné ».

2. *La dangerosité*

Le stigmate du malade dangereux est encore actif dans la moitié des réponses.

Celles-ci associent des références à la « perte de maîtrise », « l'imprévisibilité/impulsivité » ou « la bizarrerie ».

Une seule des réponses considère que le malade puisse être dangereux pour lui même.

D'autres modèrent leur propos et rationalisent la question de la responsabilité : « pas sa faute ».

Une réponse propose de distinguer la situation, incriminant notamment l'alcool comme détonateur.

Un quart environ des réponses n'accepte pas le principe d'associer la dangerosité à la maladie psychiatrique, proposant de :

- Ne pas céder à un raisonnement trop généraliste
- De faire preuve d'une meilleure compréhension de la personne avant de porter ce jugement.

La question de savoir à qui doit incomber la responsabilité d'une dangerosité avérée amène à des réponses équilibrées numériquement et de spectre assez large : la justice, l'hôpital, l'état, la famille ou encore le malade lui même.

3. *L'enfermement*

On note ici qu'il n'existe pas de consensus :

Pour une grande majorité des personnes interrogées, certains malades ne doivent pas sortir de l'hôpital, référence quasi systématique à la notion de dangerosité.

Une personne propose que seul le corps médical puisse répondre, en son évaluation responsable, à cette épineuse question.

Une seule réponse va dans le sens d'une négative ferme, concluant au principe qu'il ne s'agit pas d'une « solution ».

Lorsqu'on pose la question de la contrainte aux soins, la tendance s'inverse avec une moitié des personnes interrogées pensant qu'on ne soigne pas en contraignant : « on ne peut pas obliger », appelant ainsi à la supériorité du libre arbitre.

A l'inverse, un tiers des réponses envisagent ce que l'on peut relier à un principe de précaution afin de garantir la sûreté des personnes, incriminant directement « le schizophrène » pour une personne, cédant même à un vent de panique pour une autre : « sinon, c'est la débandade pour l'humanité ! ».

4. *Les soins*

Les représentations de l'hôpital psychiatrique sont peu expressives pour la plupart des personnes interrogées : « je n'y suis jamais allé(e) ».

Leur imagination amène en second temps à des images possiblement plus normalisées, « comme un autre hôpital », « spécialisé ».

Pour certains, il s'agirait d'un milieu « difficile », « peu convivial et impersonnel » pour un autre.

Des images stigmatisantes imprègnent également les réponses : « des cellules », « camisoles de force », des personnes « vides » ou encore « piquées, shootées », évoluant dans une sorte de cour des miracles avec « tout et n'importe quoi ».

Deux personnes font référence, avouant leur méconnaissance, aux images véhiculées par la télévision, l'une validant les expressions caricaturales, l'autre formulant une critique de la réalisation stigmatisante de certains reportages.

A la question de savoir s'il faudra un jour fermer l'hôpital psychiatrique, une majorité de personnes ne l'approuve pas : « cela reviendrait à se déresponsabiliser ».

Malgré cela, certains en viennent à ajouter qu'il faudrait certainement pouvoir améliorer l'hôpital « dans son accueil », le rendre « moins stigmatisant ».

L'habit du psychiatre est relativement respecté, la majorité des réponses le considérant « normal » ou « comme un autre ».

D'autres représentations du psychiatre sont amenées de façon pittoresque et humoristique : « ennuyeux », « plus fou que les fous ».

Une réponse envisage qu'il s'agit d'un « bon métier ».

Une dernière considère que chacun d'entre nous serait en soi un psychiatre.

Son rôle est reconnu dans des valeurs soignantes : « écouter », « encadrer », « soulager », « aider à repartir/s'intégrer ».

Une personne lui reconnaît principalement la capacité d'« interner ».

Une autre se contentera de le laisser faire, « c'est son boulot, lui faire confiance ».

Les médicaments obtiennent un accueil plus méfiant, la grande majorité des personnes interrogées considérant par différents égards qu'ils ne sont pas une solution.

Les réponses mentionnent qu'ils sont « une facilité », « mal gérés », « trop puissants » voire « potentiellement dangereux », où encore d'« une époque révolue ».

Deux personnes préconisent alors de devoir absolument les éviter, l'une d'entre elles en ayant même la représentation qu'ils pourraient « détruire le cerveau ».

Une seule des réponses va dans le sens des médicaments : « ça aide contre la dépression ».

Lorsqu'on demande quelles seraient les alternatives aux médicaments, une majorité de réponses va dans le sens de la relation et de la communication.

D'autres sont plus anecdotiques : Hypnose, activité, plantes, rire/amour...

Une personne demeure philosophe : « si j'avais la solution ! »

5. *L'autonomie*

Une grande majorité des personnes interrogées pensent que l'utilisateur de la psychiatrie peut être en condition de travailler, pour « progresser » ou « éviter d'être stigmatisé ».

Certains apportent des nuances en fonction du poste de travail et du degré de la maladie.

Aucune réponse ne ferme la porte à la possibilité d'une réinsertion professionnelle.

La reconnaissance du statut de travailleur handicapé laisse plus perplexe, la majorité des réponses n'y étant pas favorable : « le handicap, c'est physique », « laisser la maladie en dehors de ça ».

Certaines personnes se méfient même d'un abus : « pas de raison d'en profiter », « attention aux simulateurs ! ».

Envisager l'usager vivre seul est également bien compliqué. La majorité des réponses apportent une réserve plus ou moins ferme à la question :

- La moitié est défavorable à l'autonomie à domicile du fait de risques : « sauter par la fenêtre ou mettre le feu », ou de leur incapacité présumée : « les personnes normales ont déjà du mal... »
- Une autre moitié fait appel à des conditions : « s'il est encadré », « s'il est suivi au quotidien » et même, « s'il ne doit pas être interné »

Si on propose de se positionner en tant que voisin :

- Une moitié envisage des craintes : « des insultes », « des nuisances » diverses
- L'autre moitié se montre prête à l'accepter, par « empathie » ou encore à la condition d'un « suivi »

La place de la famille n'est jamais abordée spontanément, même si la plupart des personnes interrogées lui confère un rôle important : « encadrer », « accepter », « aimer », « rassurer », « avoir de la patience ».

Une personne compatit à la tâche de l'entourage : « c'est très difficile ».

Une autre balaye la question : « tous des égoïstes ! ».

Le rôle de l'état et des politiques est décrédibilisé pour une partie des répondants : « toujours des promesses », « je n'y crois pas », « joker ! ».

Des propositions peuvent cependant être formulées : mieux intégrer, sensibiliser, lutter contre la stigmatisation, aider à la réinsertion, créer de la mixité sociale, mieux considérer, développer les structures de soins.

G. Analyse des résultats

L'analyse des réponses obtenues lors des interviews de 2017 peut être double :

- Une analyse comparative avec les réponses du microtrottoir proposé par Éric DUVIVIER en 1973.
- Une analyse qualitative, par la mise en perspective des enjeux de l'époque actuelle, permettant de recentrer, au travers de ces représentations, la problématique de stigmatisation des troubles psychiques.

Il est important de réaffirmer ici qu'il ne peut s'agir, méthodologiquement parlant, que de tendances n'ayant pas la validation d'une puissance statistique suffisante.

1. *Analyse comparative*

Si l'on considère la base des représentations de l'univers psychiatrique comme étant documentée par *Le psychotique dans la ville*, nous détaillons ici, pour chaque catégorie thématique, ce qui aurait tendance à rester, en opposition à ce qui aurait tendance à changer, dans une évolution de 44 ans jusqu'à *L'utilisateur dans la communauté*.

Le malade et sa maladie

Ce qui reste : Une certaine forme de correspondance entre les maladies les plus graves et la folie.

Le malade en 1967, même s'il n'est pas encore possible de l'observer souvent (une seule fois évoqué), est caractérisé par une bizarrerie qu'on retrouve aujourd'hui accompagnée d'autres expressions symptomatiques de référence : l'impulsivité, l'imprévisibilité, l'agressivité.

Ce qui change : Le malade fait plus logiquement partie du paysage social 50 ans après la mise en place du secteur.

Si la crainte, référencée autour de l'habit du fou, reste une attitude fréquente, on observe aussi la possibilité d'une certaine forme de compassion à essayer de le considérer et pourquoi pas

de l'aborder.

La folie se médicalise et chacun a aujourd'hui un avis concernant la schizophrénie et les troubles bipolaires.

Le diagnostic psychotique recouvre mieux les résidus de l'ancienne folie dans la crainte qu'il faut lui réserver alors que les troubles de l'humeur pourraient être jusqu'à un certain point l'extension physiologique d'une variabilité interindividuelle.

La dépression est classée à part, volontiers sous le registre de la fragilité ordinaire, possiblement victime des évolutions sociétales défavorables.

D'un autre côté, la folie redevient universelle, au-delà du pathos, pour désigner davantage *le coup de folie*, dans une représentation critique à l'échelle de l'individu.

La dangerosité

Ce qui reste : La dangerosité reste de nos jours encore associée à la psychiatrie simplement de fait, comme indissociable et difficilement discutable dans sa nuance.

A l'inverse, la question de la vulnérabilité faisant passer le malade du statut d'agresseur à victime n'est par contre, toujours pas vraiment abordée.

Ce qui change : Si elle demeure le plus souvent irrationnelle, la dangerosité est aujourd'hui sans doute mieux caractérisée par les éléments symptomatiques de la psychose.

Pourtant, on voit apparaître des avis proposant de dissocier la dangerosité de la maladie, comme s'il était temps de passer à autre chose.

Même si c'est de façon anecdotique, il est aussi question d'une auto dangerosité, impliquant le souci qu'on aurait que le malade soit dangereux pour lui-même.

De façon plus intégrative, à l'image du concept d'usager, la question des responsabilités est sans doute plus contemporaine et s'adresse alors à tous les étages de la société, du principal intéressé jusqu'aux hauteurs de l'état, en passant par la justice, le médical et l'entourage familial.

En 1973, il était sans doute trop tôt pour envisager ainsi les choses puisque le dispositif autour du malade restait à construire.

L'enfermement

Ce qui reste : De façon associée à la dangerosité, la nécessité de la contenir reste encore bien présente, à une exception près, dans les deux époques. Seul un témoignage considère qu'il

faudrait sans doute pouvoir penser les choses autrement.

Ce qui change : Entre les deux époques s'est développée le registre légal de la contrainte aux soins, en parallèle de la reconnaissance des droits des usagers.

Si la question est absente dans le film de DUVIVIER, on ressent une grande ambivalence en 2017 de préconiser des soins libres alors que vient d'être validée la nécessité de poursuivre l'enfermement.

On voit comment la dangerosité attire la contrainte alors qu'en parallèle on considère que le malade ne devrait plus subir ses soins.

Les soins

Ce qui reste : S'il n'y avait sans doute pas la possibilité de penser autrement en 1973, la place et le rôle de l'hôpital sont finalement aujourd'hui encore reconnus comme salutaires, n'attirant que peu de critiques malgré quelques images d'Épinal du système asilaire. Ces représentations sont affirmées de façon presque folklorique en même temps que s'impose l'image d'un hôpital « comme les autres ».

De la même façon et au-delà de quelques boutades, le psychiatre est un médecin «normal» dont on respectera l'évaluation et la responsabilité.

Ce qui change : Il s'agit principalement de pouvoir donner son avis sur les pratiques d'un soin qui concerne la citoyenneté.

De plus, plusieurs personnes ont été exposées de près ou de loin au traitement psychiatrique. Si on hésite à critiquer l'hôpital ou son gardien, on relève une critique acerbe du médicament, responsable en partie de l'emprise du médical.

Aujourd'hui chacun peut se sentir légitime de préconiser des alternatives aux mauvais médicaments, parmi lesquelles on retrouve comme prioritaires la relation humaine et la mixité, vœux pieux de la création du secteur.

L'autonomie

Ce qui reste : Les projections de l'autonomie du malade sortant de l'hôpital sont embryonnaires dans le contexte de l'ouverture du secteur.

Près d'un demi-siècle plus tard et dans un contexte qui serait plus propice, il semble qu'il

faillie toujours penser la nécessité d'un encadrement, entourage ou dispositifs médico-sociaux, pour envisager sereinement que l'autonomie au domicile soit possible dans des conditions rassurantes.

La crainte s'invite là où la contenance apparaît relâchée.

Ce qui change : la première différence est qu'il est aujourd'hui possible d'aborder les domaines de l'ordre d'une réhabilitation qui n'avait pas été pensée à l'occasion de la création de secteur.

Le milieu de vie est dans les discours d'aujourd'hui manifestement déserté par la famille, probable principale raison qui incite à douter de la capacité à vivre seul. En son absence, la fonction de garant est déléguée à quiconque pourrait prendre sa place, pas seulement les soignants.

L'accès à une insertion professionnelle est à l'inverse spectaculairement plébiscitée, ceci pour des raisons affirmées comme bienveillantes, notamment pour « progresser ».

A y regarder de plus près, on voit poindre un mouvement d'ambivalence vis-à-vis du statut de travailleur handicapé, qui appelle alors à nouveau à la méfiance par le spectre de la facilité, voire de l'assistanat.

2. *Analyse qualitative*

Les résultats de notre étude font émettre plusieurs types de remarques et autres hypothèses à propos de l'évolution des représentations sociales entre 1973 et 2017 :

Les représentations liées à la dangerosité persistent comme celle de l'enfermement, solution de contenance à l'image de la folie, ceci malgré :

- Une meilleure information/documentation concernant la caractérisation des troubles psychiques
- Une plus grande mixité des usagers de la psychiatrie au sein de la population à la suite de la mise en place du secteur et à l'occasion de l'évolution de leurs droits

Dans la possibilité d'une rencontre dans le champ de cette mixité sociale (*l'aller vers* ou le voisinage), un sentiment d'accueil ou de compassion se transformerait possiblement en

réflexe de crainte voire de rejet.

Dans la gamme de caractérisation des troubles psychiques, le diagnostic de schizophrénie est considéré comme le plus grave, recrutant souvent les attributs de la folie en termes d'impulsivité et d'imprévisibilité.

Le diagnostic des troubles bipolaires s'orienterait davantage vers une fragilité communément admise pour tous, dans la lignée de la dépression et tendant de plus en plus vers le physiologique.

Concernant les soins, il apparaît un respect relatif de l'institution psychiatrique et de ces praticiens, considérés comme presque « normalisés » dans le paysage médical en général alors que persistent des représentations asilaires fortes.

La reconnaissance d'une fonction de contenance et de contrôle sous tend à ce respect relatif et la critique oriente ainsi le mauvais rôle à l'utilisation des médicaments, permettant de laisser ainsi s'exprimer un certain malaise sociétal vis-à-vis de la dureté des traitements psychiatriques.

De la même façon, il apparaît une critique assez nette de la contrainte aux soins, rationalisée comme incompatible avec la notion de libre arbitre, en même temps que se justifie la nécessité d'empêcher la sortie d'hospitalisation de certains patients.

Une désertion de l'institution familiale est nettement observée, du moins dans les discours, aboutissant à la difficulté d'envisager une autonomie dans le logement.

La présence d'un cadre tiers, soignant ou autre, est alors souhaitable dans la fonction de garant et de contrôle.

Paradoxalement on observe le plébiscite d'une autonomie au travail, comme clé du processus de rétablissement, en même temps qu'un scepticisme à devoir reconnaître le statut de travailleur handicapé. Il serait même question de veiller à contrôler les abus sociaux, renvoyant à la difficulté d'envisager un handicap autre que physique.

H. Discussion

1. *Une ambivalence moderne ?*

L'époque contemporaine se caractérise d'évolutions sociétales auxquelles doivent s'adapter les représentations du *psychotique dans la ville*, devenu *usager dans la communauté* :

- Une société sans doute plus individualiste, sur le plan de la famille notamment
- Une société qui se veut égalitaire et qui permet de développer les droits des usagers
- Une société qui tendrait à déléguer les responsabilités dans l'esprit du principe de précaution
- Une société où le souci de libertés individuelles et de représentativité permet l'expression d'un empowerment

La crainte d'une aliénation contaminante doit continuer à faire appel à la nécessité de contenance et d'isolation, afin de pouvoir continuer à penser une soupape faite de contrôle, représentant une fonction *garde-fou*.

Dit ainsi, on en reviendrait à l'esprit de la loi de 1838 et de sa politique du contrôle social concernant l'alcoolique dangereux (32).

Si la période actuelle, comme avant elle toutes les époques, se veut progressiste, elle se doit d'envisager sans doute davantage la notion de compromis, *politiquement correct* et acceptable.

On observe l'oscillation d'un équilibre instable marqué par l'ambivalence : tendre sa main au malade mais pas trop, se plaindre des mauvais traitements de la psychiatrie mais pas trop fort, accepter les usagers dans l'entreprise jusqu'à un certain point.

Il est question de dosage dans ce qui pourrait être défini comme le *syndrome du couvercle*, qu'on ouvre dans un mouvement de promotion des droits et libertés individuelles puis qu'on refermera, à l'occasion de fait divers notamment, pour mieux s'assurer d'un contrôle social venu de quelque part en haut et dont nous serions légitimes d'être protégés.

La participation d'une médiatisation toujours plus poussive et incontrôlable est manifeste pour

jouer dans la crise la carte de la stigmatisation. Sans doute est-elle politiquement facile et économique, peut être aussi faut-il considérer qu'elle répond à une demande de différenciation suffisante du groupe social se réclamant de la normalité, comme bornes lisibles face à l'incompréhensible et l'inacceptable.

2. *Vers l'abolition des diagnostics ?*

Le processus de normalisation recadre les troubles psychiques dans le spectre de la *différence* du fait de catégories nosographiques trop lourdement marquées du processus de stigmatisation.

On voit ainsi émerger une préférence diagnostique pour les troubles bipolaires, venant probablement recruter parmi les troubles de personnalité de type névrotique ou psychotique.

Bien mieux représentés et donc acceptés, les diagnostics de troubles de l'humeur s'organisent progressivement eux aussi en un spectre dans le continuum de la *normalité*, dans ce qu'elle représente comme simple variabilité interindividuelle.

Comme le suscitent les réponses de l'interview, cette évolution pose la question pour l'avenir de la reconnaissance du statut handicapé, jusque-là mis en correspondance avec le diagnostic médical.

3. *Si plus personne n'est fou, alors tout le monde le deviendra ?*

On peut aujourd'hui encore représenter le « schizophrène » comme garant d'une différenciation marquant la frontière avec le *fou*, permettant de s'interroger sur la nécessité de son existence pour rassurer le *normal*, au sens de l'interaction.

Peut-on envisager que la stigmatisation n'ait plus besoin d'être, grâce à l'intégration des usagers dans le domaine de cette normalité devenue spectre de la différence ?

Si on considère la fuite diagnostique et la nécessité encore bien ancrée de devoir stigmatiser pour mieux se différencier, qui prendra le relais du « schizophrène/fou » après lui ?

Si plus personne n'est fou, alors tout le monde le deviendra ?

Ces questions, ramenant l'origine du stigmaté au champ de l'interaction, « tu es donc je suis », semblent infectées depuis la nuit des temps du virus de la crainte, celle de sombrer soi-même dans la folie.

Pour la guérir, du moins la soigner, il apparaît évident que puissent à nouveau se réinventer les conditions de la rencontre, comme fonction *Reset*, afin que la relation à cet autre puisse s'envisager et se reconstruire de façon dégagée du poids du fantasme.

La lutte contre la stigmatisation passe donc certainement par la médiatisation bienveillante et éclairée de cette rencontre.

4. *Se rencontrer, informer, sensibiliser*

Rencontre et médiatisation, accompagnées cognitivement, semblent être des clés vers la régression de ces défenses archétypales que constituent les représentations sociales et le processus de stigmatisation.

Le Ciné-débat s'applique aussi bien dans un contexte d'échange public que dans le cadre de la formation professionnelle. Les objectifs se regroupent autour d'une sensibilisation à la santé mentale et d'une lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques.

Lorsqu'il s'adresse aux soignants, le Ciné-débat permet en quelque sorte une ouverture des portes de l'hôpital avec un effet de fluidité des échanges entre intérieur et l'extérieur.

Plus que symbolique, cette ouverture implique en pratique l'interaction de participants venus d'horizons divers : usagers des soins, social, médicosocial, associatif, spécialistes tels que socio-anthropologues, philosophes, historiens... Elle invite également les personnels du Cinéma à venir exposer un autre regard sur la psychiatrie (12).

Pour neutraliser ces images gangrenées, le Ciné-débat apparaît comme un outil de médiatisation constructive, par la rencontre, la prise de distance et la pédagogie.

Tel est le dessein de *L'utilisateur dans la communauté*.

IV. Conclusion

Les représentations sociales font le lit des processus menant à la stigmatisation puis à la discrimination d'un individu par un autre, dans les conditions de l'interaction sociale.

Leur approche en santé mentale constitue donc un intérêt central afin d'envisager des outils de levier à la souffrance psychique que ces représentations impliquent comme complication de pathologies psychiatriques lourdes déjà dans leur pronostic fonctionnel et social.

Mieux définir ces représentations dans leur essence et leur évolution doit permettre de développer des stratégies et actions de riposte, en termes d'information, de sensibilisation et de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques.

Grâce à l'étude comparative de deux documents vidéo, espacés dans le temps de 44 ans, et interrogeant la population sur ces représentations à l'occasion d'un mouvement d'arrivée d'usagers de la psychiatrie au sein de leur environnement, nous avons pu déterminer des tendances caractéristiques de leur évolution.

Malgré un plus haut niveau d'éducation à la santé mentale, les représentations liées à la dangerosité et l'enfermement restent bien ancrées dans le ressenti d'une crainte exprimée de façon empirique et irrationnelle, appelant à la nécessité de maintien de moyens de contrôle des conséquences supposées de la folie.

Pour caractériser ce socle de représentations, le « schizophrène » endosse l'habit du fou, délaissé par un « bipolaire » qui tend à rejoindre « le dépressif » dans un processus de normalisation lui attirant plus d'empathie et donc de bienveillance.

Un constat global d'ambivalence infiltre les questions en lien avec la notion d'ouverture, qu'il s'agisse de soins ou d'intégration dans la société, opposant l'égalité des droits à la pression d'un système de contrôle prévenant du risque.

Malgré le progrès social, cette ambivalence est rythmée par auto entretien d'une stigmatisation aussi réactive que démagogique à l'occasion notamment de faits divers

renvoyant à l'horreur et l'irrationnel.

Afin de désacraliser l'image du fou et en vue de favoriser une meilleure harmonie sociale dans le sens du rétablissement des usagers de soins psychiques, la lutte contre la stigmatisation se doit d'être un processus continu face à la force de communications contre productives délivrées par les médias.

Le Ciné débat, par la projection d'un film comme *L'usager dans la communauté* dans un cadre public ou professionnel, peut permettre un espace et un temps de rencontre avec les usagers et ainsi la possibilité de médiatiser les conditions de cette interaction sociale.

Des outils d'information, de sensibilisation ou de formation peuvent alors se greffer sur les bases d'un langage commun déchargé du poids de la stigmatisation.

V. Annexe

Questionnaire des interviews « Microtrottoir »

- **A quoi peut-on reconnaître une personne malade psychiatrique dans la rue ?**
- **Avez-vous une crainte pour l'approcher, voire l'aborder ?**
- **Y a-t-il différents degrés de gravité des maladies psychiatriques ?**
- **Y a-t-il une différence entre un fou et une personne malade ?**
- **Pensez-vous qu'on puisse guérir de la maladie psychiatrique ?**
- **Pour vous, qu'est-ce que :**
 - La schizophrénie ?
 - Le trouble bipolaire ?
 - La dépression ?
- **Avez-vous peur de devenir un jour vous aussi malade ?**
- **Les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent-elles être des personnes dangereuses ?**
 - Si oui, comment ?
 - Si oui, peut-on en désigner un responsable ?
- **Est-il normal d'obliger une personne malade à se soigner ?**
- **Y a-t-il des malades qui ne doivent pas sortir de l'hôpital ?**
- **Comment vous représentez vous l'intérieur de l'hôpital psychiatrique ?**
- **Faudra-t-il fermer un jour les hôpitaux psychiatriques ?**
- **A quoi ressemble pour vous un psychiatre ?**
- **Quel est son rôle pour la personne malade et pour la société ?**
- **Quel est votre avis concernant les médicaments de la psychiatrie ?**
- **Quels seraient d'autres moyens que les médicaments pour soigner les personnes malades ?**

- **Pensez-vous qu'une personne souffrant de troubles psychiques puisse vivre seule ?**
- **Et si cette personne était votre voisin, auriez-vous une/des crainte(s) ?**
- **Quel est le rôle de la famille pour la personne souffrant de troubles psychiques ?**
- **La personne souffrant de troubles psychiques est-elle en capacité de travailler ?**
- **Peut on considérer la personne souffrant de tels troubles comme handicapée ?**
- **Quelle doit être l'action politique concernant les personnes souffrant de troubles psychiques ?**

lisa Mandel

HIP

1. L'ASILE D'ALIÉNÉS



L'Association

Le syndrome du couvercle, mode fermeture

VI. Bibliographie

1. Dupont J., *Qui a peur du grand méchant fou ? Psychopathologie et cinéma* in Interfaces. Image, Texte, Langage N° 31 : Images of Fear/ Les images et la peur. éd. Sophie Chiari, février 2011. 99-108.
2. Robiliard D., Rapport de mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, Assemblée Nationale, décembre 2013.
3. Laforcade M., Rapport relatif à la santé mentale, Ministère des affaires sociales et de la santé, octobre 2016.
4. Caria A., *La place des usagers en psychiatrie : évolutions et perspectives*, In Manuel de Psychiatrie 3e édition, (dir. Guelfi J-D. & Rouillon F.) Paris, Elsevier-Masson, 2017.
5. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé : note de présentation du volet "santé mentale".
6. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.
7. Giordana J-Y., *Qu'est ce que la stigmatisation ? Stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*, Masson, juin 2010.
8. Janaud N., *Quand l'image parle soins, rencontre avec le soin par l'image*, CinémAction n° 159, Ed. Charles Corlet, 2016,165-174.
9. Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.
10. Hochman J., Chazalotte A., Reboul H., Marie-Cardine M., Pellet J., Guyotat J., *Une recherche sur l'implantation et le développement d'une activité psychiatrique de secteur*, Bulletin de l'INSERM, 1970, t. 25, n°2, pp.327-334.

11. Eyraud B., *Le secteur psychiatrique : une innovation instituante ?* (Avec Livia Velpry), Socio-Logos, n°7, 2012.
12. Vignoles J-C., *Le cinéma un au delà de la stigmatisation : un outil pour le rétablissement, un levier pour l'empowerment. Mise en œuvre pratique*, mémoire DIU "santé mentale dans la communauté", Lille/Paris/Marseille, 2015.
13. Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, OMS, 2001.
14. Organisation Mondiale de la Santé, *Plan d'action globale pour la santé mentale 2013-2020*, OMS, 2013.
15. Caria A., Arfeuillère S., Loubières C et Joseph C., *Passer de l'asile à la Cité, de l'aliéné au citoyen : un défi collectif*, Pratiques en santé mentale n°1, 2015, 22-31.
16. Discours du ministre de l'intérieur Nicolas SARKOZY, *L'hospitalisation en milieu psychiatrique*, Antony, mardi 2 décembre 2008.
17. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
18. Décision n°2017.0019/DC/SBPP du 22 février 2017 du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption de la recommandation de bonne pratique intitulée "Isolement et contention en psychiatrie générale".
19. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
20. Ministère de la Santé et des Solidarités, Circulaire DGAS/SD/3B no 2007-121 du 30 mars 2007 relative aux groupes d'entraide mutuelle pour personnes handicapées psychiques.

21. Guézennec P, Jerber M., *La démarche des conseils locaux de santé mentale*, Les cahiers de l'IAU, n°170-171, 2014, p 112.
22. Staedel B, Roelandt J-L., *L'expérimentation de médiateurs de santé-pairs, une révolution intranquille*, Collection Polémiques, DOIN, 2016.
23. Jodelet D, *Les représentations sociales dans le champ de la culture : Social representations*, Sage Publications, 2002. p.111-133.
24. Jodelet D, Moscovici S., *Folies et représentations sociales*, Presses universitaires de France; 1989.
25. Giordana J-Y., *Stigmatisation et auto stigmatisation des patients atteints de pathologies psychiatriques comme obstacle aux soins somatiques*, Pratiques En Santé Mentale, 2013, 59(2), 41-44.
26. Goffman E, Kihm A., *Stigmate: les usages sociaux des handicaps*, Editions de minuit Paris, 1975.
27. Finzen A, Hoffman-Richter U., *Mental illness as a metaphor*, 2004.
28. Couty E, Cecchi-Tenerini R., *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, Rapport de la Commission remis au Ministre de la Santé et des Sports. 2009.
29. Daumerie N, Vasseur Bacle S, Giordana J-Y, Bourdais Mannone C, Caria A, Roelandt J- L., *La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO*, L'Encéphale. 2012, 38(3), 224-231.
30. Caria A, Roelandt JL, Bellamy V, Vandeborre A. *Santé Mentale en Population Générale: Images et Réalités (SMPG): Présentation de La méthodologie d'enquête*. L'Encéphale, 2010, 36(3),1-6.

31. Confalonerie, P., *Habiter, pour le schizophrène*, Rhizome, n° 7, 2001

32. Loi sur les aliénés n°7443 du 30 juin 1838

VII. Filmographie sélective

Le psychotique dans la ville, Eric DUVIVIER, 1973

Peur sur la ville, Henri VERNEUIL, 1975

M Le Maudit, Fritz LANG, 1931

Jack l'Eventreur, John BRAHM, 1944

Concerto pour la Folie, Eric DUVIVIER, 1964

Les Autopathes, Eric DUVIVIER, 1971

Images d'un monde visionnaire, Eric DUVIVIER, 1964

Freaks, Tom BROWNING, 1932

Shock Corridor, Samuel FULLER, 1963

Rosemary's baby, Roman POLANSKI, 1968

Une femme sous influence, John CASSAVETES, 1974

Family life, Ken LOACH, 1971

American Psycho, Marry HARRON, 2000

Lost Highway, David LYNCH, 1997

Shutter Island, Martin SCORCESE, 2010

www.psycom.org

<https://m.youtube.com/user/lepsylib/featured>

Mémoire DIU Santé mentale dans la communauté : « Du <i>psychotique dans la ville</i> à <i>l'usager dans la communauté</i> , panorama de représentations sociales autour de la psychiatrie et de la santé mentale
Année universitaire 2016-2017
Auteur : Nicolas JANAUD
Tutorat : Aude CARIA
Résumé du mémoire : Les représentations sociales font le lit de processus menant à la stigmatisation puis à la discrimination d'un individu par un autre, dans les conditions de l'interaction sociale. Leur approche en santé mentale constitue un intérêt central dans le but d'améliorer la qualité de vie et de soins pour les usagers de la psychiatrie. Par l'étude comparative de deux documents vidéo, l'un datant de la mise en place du secteur psychiatrique en 1973, l'autre réalisé en 2017 dans le 8 ^{ème} arrondissement de Lyon, ce travail propose de dégager des tendances de l'évolution de ces représentations afin d'en tirer des conséquences pratiques en terme de lutte contre la stigmatisation. Les représentations liées à la dangerosité et l'enfermement restent bien ancrées dans le ressenti d'une crainte appelant au maintien de moyens de contrôle de la déraison. Le "schizophrène" endosse l'habit du fou, délaissé par un "bipolaire" qui tend à rejoindre le "dépressif" dans un processus de normalisation. Un constat global d'ambivalence infiltre les questions en lien avec la promesse d'ouverture, qu'il s'agisse de soins ou de l'intégration des usagers dans la société, opposant l'égalité des droits à la nécessité d'un système de maintien coercitif. Dans un souci d'harmonie sociale et de qualité de rétablissement des malades, la lutte contre une stigmatisation délivrée par différents médias doit figurer comme processus continu et renforcé d'outils spécifiques. Le Ciné-débat, dans un cadre publique ou professionnel, peut permettre un espace et un temps de rencontre entre les usagers et leurs concitoyens, offrant la possibilité d'une médiatisation bienveillante et pédagogique de cette interaction sociale.
Mots-clés : représentations sociales, stigmatisation, interaction, ciné-débat, médiatisation