https://lib.uliege.be https://matheo.uliege.be

Santé mentale : remise en question des normes au travers de documentairesRéflexions et productions journalistiques pour une représentation médiatique alternative : la voix des exilés

Auteur : Bolland, Quentin
Promoteur(s) : Servais, Christine
Faculté : Faculté de Philosophie et Lettres
Diplôme : Master en journalisme, à finalité spécialisée en investigation multimédia
Année académique : 2019-2020
URI/URL : http://hdl.handle.net/2268.2/10137

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Université de Liège
Faculté de Philosophies et Lettres
Département Médias, Culture et Communication

Santé mentale : remise en question des normes au travers de documentaires

Réflexions et productions journalistiques pour une représentation médiatique alternative : la voix des exilés

Mémoire présenté par Quentin BOLLAND en vue de l'obtention du diplôme de Master en journalisme à finalité spécialisée en investigation multimédia

Année académique 2019-2020

Remerciements

Je tiens à remercier Christine Servais, la directrice de ce mémoire. Pour son accompagnement depuis l'idée de la thématique jusqu'à sa réalisation en un travail de fin d'études. Dans les moments de doute et d'égarement, je lui suis reconnaissant d'avoir su baliser mon cheminement réflexif. Elle m'a notamment permis de contenir certaines de mes certitudes et à les remettre en question. C'est en sa qualité de professeure que je la remercie également. Au cours de mon cursus, elle a fait naitre et a développé en moi un esprit critique indispensable au parcours universitaire.

Dans les cadres des productions journalistiques, je remercie Charles Neuforge, le co-promoteur de ce travail. Par son expérience professionnelle, il a su guider mes choix et m'a apporté de judicieux conseils au cours de la réalisation des différents travaux. Sa persévérance et son goût pour le détail m'ont permis de dépasser mes propres attentes.

Dans la concrétisation de ce mémoire, je ne peux également qu'avoir une pensée pour l'accueil et la bienveillance dont ont fait preuve à mon égard les membres du Créahm, du Mouvement Personne d'Abord, Jean-Paul Noël et Jean-Philippe Lejeune.

Enfin, je souhaite remercier mon entourage et mes parents pour leur soutien. Un merci particulier à ma maman pour son accompagnement au cours des nombreuses années qui représente un parcours scolaire. Des premiers « petits devoirs » à ce jour, elle m'a encouragé à donner le meilleur de moi-même et à dépasser perpétuellement mes acquis. Je lui dois tout simplement cette réussite car c'est elle qui m'y a amené.

Quentin Bolland

SOMMAIRE

Remerciements…….…… **2**

Introduction : Questionnement de la représentativité médiatique de la santé mentale……**6-11**

Chapitre 1 : Présentation du corpus de documentaires …….……**12-17**

Chapitre 2 : Analyse du corpus de documentaires …...……..……**18-57**

Chapitre 3 : Productions journalistiques alternatives……..…...**58-77**

Conclusion : De l'importance d'une remise en question des normes médiatiques et sociales…….……**78-81**

Filmographie……**82**

Bibliographie……/...……..……**84-86**

Annexes……...……..…**88-105**

Tables des matières……...…….…**106-108**

INTRODUCTION
Questionnement de la représentativité médiatique de la santé mentale

1. Avant-propos

En novembre 2017, sous l'impulsion du professeur de journalisme Marc Vanesse, Nigel Battaglia, Fiona Sorce, Pierre Targnion et moi nous sommes engagés dans un concours organisé par la Fondation Roi Baudoin[1]. Yves Dario, responsable de projet pour cette institution était alors venu nous expliquer la thématique du concours : « comment parler autrement de la santé mentale ? ». La critique présentée par M. Dario reposait sur le constat d'une représentation de la santé mentale trop souvent stéréotypée et péjorative dans les médias. Les médias sont les premiers vecteurs d'information. Dès lors, il est utile de s'interroger sur une telle représentativité qui influence globalement la vision de la société au sens large sur cette question.

Quelques mois plus tard, nous obtenions le premier prix grâce à la réalisation de reportages radiophoniques longs formats. Ce mémoire prend place dans la continuité d'une réflexion personnelle qui sera abordée plus en profondeur ultérieurement. Pour le dire en quelques mots, ce mémoire prend sa source dans ma prise de conscience d'une différence significative de perception entre la découverte du terrain et la connaissance acquise préalablement par la représentation médiatique de la santé mentale.

Le fond de ce mémoire abordera la représentation médiatique de la santé mentale au travers de documentaires. Le chapitre I sera consacré uniquement à la motivation des choix du corpus. La forme verra une analyse de quatorze documentaires, mais également la réalisation de trois productions personnelles. Le mémoire de création était pour moi un choix évident pour le parachèvement de mon parcours universitaire. Il s'agit, en effet, d'être évalué sur un discours critique, tout en étant jugé également sur la réalisation concrète de productions journalistiques aboutis. Il me paraissait pertinent d'être examiné en partie sur un contenu qui se rapprochera de

[1] La Fondation Roi Baudoin est une fondation d'utilité publique crée en 1976, à l'occasion des 25 ans de règne du roi Baudoin. Elle est en Belgique et en Europe, un acteur de changement et d'innovation au service de l'intérêt général et de la cohésion sociale. Définition en ligne reprise sur le site de la Fondation Roi Baudoin. En ligne : https://cutt.ly/irgtF2f

mes futures productions professionnelles et non pas seulement sur une perspective uniquement théorique par la forme d'un mémoire classique, sans production adjacente.

2. Expérience personnelle

Afin de réaliser nos reportages radiophoniques lors du concours organisé par la Fondation Roi Baudoin, j'ai pu découvrir quelques associations et institutions telles que le Créahm[2], ou l'Article 23[3]. L'expérience vécue s'est révélée comme un bouleversement par rapport à mes connaissances mais aussi à une part d'ignorance. Comme beaucoup de citoyens, j'avais une idée préconçue et stéréotypée de la folie au sens large et trivial du terme (autisme, schizophrénie, syndrome d'Asperger, …). Cette vision préconstruite et façonnée erronément provient d'un manque de connaissances mais aussi d'une construction médiatique souvent stéréotypée. Il m'est apparu nécessaire de produire un travail journalistique reprenant le récit de cette expérience, en essayant modestement de la transmettre.

Il en va aussi du relativisme de la folie voire de l'impossible définition de celle-ci. Un élément majeur et déclencheur de ma réflexion concerne le visionnage de la production audiovisuelle de Jean Rouch, réalisateur et ethnologue français, *Les maitres Fou*s (Niger, 1955).

Le titre à lui seul amène à la réflexion. On peut aisément le classifier d'antinomique avec l'association de la maîtrise avec la folie. Ma vision personnelle fut la suivante : sous la forme d'une organisation institutionnelle de la société qui correspond *grosso modo* aux grades des sociétés militaires européennes, on retrouve des locaux y rentrant en phénomène de transe. On peut retrouver des scènes "barbares" telles que des sacrifices d'animaux. Le phénomène de transe au premier regard peut être associé à la folie, mais le message sous-jacent de cette cérémonie particulière est qu'il s'agit d'une représentation alternative de la violence coloniale

[2] Créé en 1979 par Luc Boulangé, le Créahm est une association dont l'objectif est de révéler et de déployer des formes d'art produites par des personnes handicapées mentales. Pour ce faire, le Créahm a mis en place des ateliers de création animés par des praticiens en arts plastiques et en arts vivants, inscrivant ainsi son projet dans un cadre pleinement artistique, et non pas thérapeutique ou occupationnel. Site du Créahm : https://cutt.ly/5d40ZBl

[3] Article 23 fait référence à la déclaration Universelle des droits de l'Homme : « Toute personne a droit au travail, au libre choix de son travail, à des conditions équitables et satisfaisantes de travail et à la protection contre le chômage ». Son ambition est de donner (ou de rendre) ce droit aux usagers de la santé mentale. Trop souvent exclus des filières ordinaires de parcours d'insertion professionnelle (emploi y compris). Ou du moins, leur permettre d'« envisager un futur professionnel ». Site de l'ASBL : https://cutt.ly/ld40Bec

des sociétés occidentales. La question de la conscience se pose : où est-elle réellement ? Chez les Occidentaux dans leur volonté coloniale ou bien dans la révélation alternative des actes subis ? La trouble question de la conscience met en balance la question de la folie. La frontière de la folie serait alors non délimitée par elle-même, mais par les normes relatives qui l'entourent. La notion de folie est donc assurément fluctuante selon le point de vue choisi.

3. Analyse d'un corpus de documentaires avec comme postulat de départ deux hypothèses principales

Après avoir motivé les choix d'un corpus de documentaires, j'en ferai dans le chapitre II une analyse au moyen de plusieurs approches. L'objectif final est de dresser un état des lieux de la représentation de la santé mentale au travers des documentaires, des années 1960 à nos jours. J'en déduirai des éléments sur la manière dont la folie y est présentée et définie via les redondances et singularités observées. Une évolution temporelle de cette représentation sera également examinée. Une première hypothèse : la santé mentale est représentée de manière stéréotypée dans les documentaires. Cette hypothèse tire sa source de la différence profonde entre la réalité du terrain observée et mes connaissances préalables, ainsi que des discussions partagées autour du sujet avec un nombre important d'acteurs.

Parmi les clés d'analyses utilisées, il s'agira premièrement de déterminer les lieux où la santé mentale est représentée ainsi que les différents personnages rencontrés. Ensuite, nous pourrons nous pencher sur une deuxième hypothèse : les usagers de la santé mentale ne possèdent pas un temps de parole important. Afin d'objectiver cette hypothèse, chaque catégorie de personnages verra son temps de parole rigoureusement chronométré pour chaque documentaire. Ce « Monde », désigné comme « à part de la société », semble exposé principalement sous le prisme des institutions mais rarement dans le quotidien des personnes souffrant de troubles mentaux. Après avoir rencontré des usagers, mon regard a totalement changé. L'origine de ce bouleversement provient du fait que pour la première fois, j'ai pu accéder à cette parole qui me semble peu médiatisée. A savoir, celle de ces "fous'', incompris par une tranche majeure de la population. La suite de mes observations se concentrera sur un descriptif de chaque début des documentaires. Les productions seront ensuite analysées sous le prisme de leur contexte de diffusion.

In fine, à partir de ces analyses, je porterai mon attention sur la question des normes et sur la manière dont l'auteur parvient, ou non, selon le point de vue qu'il adopte, à les remettre en question. Ensuite, je tenterai de dégager l'horizon d'attente[4] du documentaire sur la folie. Je construirai à partir de là mon propre point de vue sur la folie que j'exposerai au travers de réflexions sur mes productions.

4. De l'importance du journalisme constructif

Le chapitre III sera consacré aux productions journalistiques réalisées : un reportage vidéo, un reportage radiophonique et un portrait écrit. La base de ce projet voyait plus logiquement en rapport à l'analyse d'un corpus de documentaires, la réalisation de mon propre documentaire. Malheureusement, suite au Covid-19 et aux mesures de confinement à partir du printemps 2020, il a été impossible de poursuivre les tournages.

Au cours de mes cinq années d'études, j'ai pu acquérir une conscience critique du journalisme. Il est commun de nos jours d'entendre le constat suivant : la qualité de l'information est en déclin. La faute majoritairement à la course à la quantité et non plus à la qualité, principalement due au modèle économique sur lequel repose le marché financier des médias. Si l'information change au rythme de la société, nous pouvons nous interroger philosophiquement sur la pertinence de ce changement et surtout sur son impact.

Si, au début de mes études, je voyais la pratique du journalisme uniquement sous l'angle de la divulgation d'informations, j'y associe également aujourd'hui une fonction d'éducation. Les médias de nos jours sont omniprésents à travers le numérique. L'information et la connaissance qui en découlent amènent une forme d'éducation sur le monde qui nous entoure. La vision du monde retransmise par les médias a indéniablement une répercussion sur celui-ci. Chaque acte et chaque pensée sont par essence le produit de ce qui nous précède et des connaissances que nous avons acquises. Une représentation médiatique couvrant l'intégralité de la santé mentale est nécessaire.

[4] Le concept d'horizon d'attente a été défini par Hans Robert Jauss : « *Une analyse de l'expérience esthétique du lecteur ou d'une collectivité de lecteurs, présente ou passée, doit considérer les deux éléments constitutifs de la création du sens – l'effet produit par l'œuvre, qui est fonction de l'œuvre elle-même, et la réception, qui est déterminée par le destinataire de l'œuvre – et comprendre la relation entre texte et lecteur comme un procès établissant un rapport entre deux horizons ou opérant leur fusion* ». Hans Robert Jauss. (1990). *Pour une esthétique de la réception,* Paris : Gallimard, p.259.

La caricature médiatique de la santé mentale est parfois mêlée à des relais de discours dont la répercussion est à la hauteur de son énonciateur : un Président de la République française, par exemple. A la suite d'un meurtre le l2 novembre 2008 commis par un schizophrène s'étant enfui d'un hôpital psychiatrique, l'ancien Président, Nicolas Sarkozy tenait ces quelques mots :

> *« Mon devoir, notre devoir, c'est aussi de protéger la société et nos compatriotes. L'espérance, parfois ténue, d'un retour à la vie normale, ne peut pas primer en toutes circonstances sur la protection de nos concitoyens* [5]*».*

Le discours[6] de Nicolas Sarkozy problématise la santé mentale comme une partie de la société dont il faudrait se protéger. La parole d'un Président étant considérée généralement comme légitime. Un discours chargé d'amalgames et qui, face à un manque de connaissances du grand public, peut avoir des répercussions désastreuses sur la vision de la santé mentale pour la société.

C'est contre ces stéréotypes que le journalisme doit reprendre la main, en produisant un discours plus varié sur la santé mentale. Il ne s'agit pas de s'installer dans une forme de mièvrerie par rapport au sujet. Il s'agit de produire une information qui retranscrit au mieux une réalité de terrain plus globale et non pas centrée sur quelques individus dont les agissements particuliers dégagent une impression de généralité.

Dans *Journalisme de solutions : ou de la révolution de l'information,* Emilie Kovacs aborde les différents noms sous lequel le journalisme constructif peut apparaître : journalisme d'impact, de solution, réparateur. Il s'agit surtout d'un traitement alternatif de l'information qui ne cesse de faire de plus en plus place face aux faits divers. Le journalisme a pour mission de créer du lien social. Il ne s'agit pas seulement d'informer sur des événements négatifs, sur des "mauvaises nouvelles". Il s'agit aussi de proposer des images plus positives de notre société.

Dans l'histoire de la profession, le journalisme de solution est relativement récent. Cette notion est apparue aux Etats-Unis à la fin des années 1990[7]. Afin de mieux discerner cette forme de

---

[5] Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony : Le texte officiel du discours présidentiel, *Eres*, 2010/3 n°38, 25-27. En ligne : https://cutt.ly/Nd42gUS

[6] Cécile Prieur. (2008, 3 décembre). Le Président de la République engage l'hôpital psychiatrique dans un tournant sécuritaire, *Le Monde*. En ligne : https://cutt.ly/7rxto4Y

[7] Pauline Amiel. (2017). Le journalisme de solutions, *Communication*, vol. 34/2. En ligne : https://cutt.ly/urxYVI3

journalisme, nous vous invitons à lire les quelques lignes suivantes issues d'un article du *Figaro*, écrit par Carolina Rosendor :

> *« Sans négliger l'information «traditionnelle», il est question de «revenir à un journalisme utile, pour ne pas rester dans la simple dénonciation», estime Didier Pourquery, qui fut à l'origine du Libé des Solutions en 2007 lorsqu'il dirigeait la rédaction du quotidien, avant de devenir directeur de la rédaction française de The Conversation. « À l'époque le public se méfiait déjà des journaux. Le Libé des Solutions était une manière de réengager le lecteur », se souvient-il [8]».*

Réengager le récepteur vis-à-vis des productions journalistiques semble une étape nécessaire et conditionne la probabilité d'un changement de normes sur une thématique sociale comme la santé mentale. La conclusion de ce mémoire permettra de remettre en question les normes médiatiques et sociétales préétablies autour de la folie et de la santé mentale dans notre société. Les productions journalistiques, vécues comme expérience esthétique, semblent pouvoir y procéder.

[8] Carolina Rosendorn. (2017, 22 mars). Le journalisme de solutions, un espoir pour une presse en crise, *Le Figaro économie*. En ligne : https://cutt.ly/WrxUypB

CHAPITRE 1
Présentation du corpus de documentaires et motivations

1.1. Présentation du corpus de documentaires

1) *Les maitres fous,* Jean Rouche, 1955

Jean Rouch, ethnologue et réalisateur français, propose une immersion au cœur d'un groupe d'immigrés nigériens au Ghana lors d'une cérémonie rituelle en lieu isolé. Cette cérémonie comporte des Maitres et des citoyens avec des problèmes divers. Une fois le rite commencé, ils incarnent tous des personnages directement issus des sociétés colonisatrices et dont l'ordre reposent en particulier sur le régime militaire. Entre danses et possessions, les Haoukas sacrifient un chien, bavent et semblent presque déshumanisés. Le jour d'après, la cérémonie finie, nous les retrouvons en ville, dans leur quotidien : leurs problèmes ont disparu.

2) *Regard sur la folie,* Mario Ruspoli, 1962

Ce documentaire réalisé par Mario Ruspoli est le premier à offrir une immersion au sein d'un hôpital psychiatrique. Pour la première fois, le grand public va avoir accès à des témoignages de malades et des scènes de vie en milieu asilaire. L'auteur permet aux malades de témoigner devant la caméra. Il explique sa démarche au début du film :

> « Nous n'avons pas voulu rassurer le public par des images souriantes… Si le spectateur parvient à tuer en lui ses préjugés et les attitudes de dérision, l'effort déployé en faveur des malades mentaux sera rendu plus efficace. Que l'on entende, même dans l'angoisse, ce message du monde de la folie [9] ».

3) *Portrait d'un psychiatre,* Igor Barrère, 1970

Igor Barrère permet au spectateur de suivre un psychiatre dans son travail, entre un hôpital psychiatrique et un dispensaire, zone tampon avant un retour à la vie normale. Les patients témoignent de leurs expériences par rapport à cette prise en charge novatrice pour l'époque entre l'idée de la répression et de la liberté.

[9] Mario Ruspoli, Regard sur la folie, 1962 : début du documentaire durant lequel l'auteur s'adresse au spectateur à travers un texte informatif sur le documentaire qui suivra.

4) *La borde ou le droit à la folie*, Igor Barrère, 1977

Igor Barrère plonge le téléspectateur dans l'hôpital psychiatrique de La Borde. On peut y retrouver des interviews notamment du directeur de la clinique, d'un psychanalyste et de malades. Ce document témoigne du bouleversement et de la révolution de la psychiatrie où les patients participent au processus du soin avec le corps médical.

5) *San Clemente*, Raymond Depardon, 1980

San Clemente est un hôpital psychiatrique situé sur une petite île non loin de Venise. Raymond Depardon connaissait les lieux pour y avoir déjà réalisé des reportages photographiques. Pour encore mieux immortaliser cet espace, il décide d'y retourner avec une caméra, tantôt ignorée, tantôt invectivée par les pensionnaires, dont les proches protestent contre leurs conditions de vie.

6) *Urgences*, Raymond Depardon, 1987

Raymond Depardon installe ses caméras dans le service des Urgences Psychiatriques de l'Hôtel-Dieu de Paris. On peut y découvrir des entretiens entre médecins et patients. Un moment de rupture dans la vie de citoyens lambdas : une mère de famille, un chauffeur de bus, des personnes âgées. Entre violence, désespoir et lassitude, le réalisateur nous invite à une première approche et à un premier contact avec les processus de soins psychiatriques.

7) *Histoires autour de la folie*, Paule Muxel-Bertrand de Solliers, 1993

Ce documentaire de plus de trois heures et vingt minutes revient sur un asile en particulier, celui de Ville-Evrard. Ce document repose principalement sur des témoignages face caméra. Le personnel soignant et les usagers de la santé mentale reviennent sur le fonctionnement de l'institution asilaire avec ses dérives anciennes et actuelles. La volonté des auteurs : transmettre leur expérience à l'échelle du grand public :

> *« Ce n'est pas pour nous, il faut que les gens sachent ce qui s'est passé et ce qui a été vécu. C'est une conscience partagée à partir d'une conscience personnelle. C'est devenu alors ce film de mémoire vivante, vécue* [10]*».*

[10] Paule Muxel, Bertrand de Solliers : texte explicatif en accompagnement du documentaire visible sur YouTube. En ligne : https://cutt.ly/3d422AZ

8) *Ça se discute : Comment vivre avec la folie,* Jean-Luc Delarue, 1997

Ça se discute était une émission télévisée sur France 2. L'animateur et producteur Jean-Luc Delarue y recevait des invités autour d'une thématique. Cette émission particulière était consacrée à la santé mentale. Ce travail s'intéresse à la première partie de l'émission dans le cadre de la diffusion d'un reportage sur un schizophrène, qui témoigne ensuite en plateau. Malades, proches et amis reviennent sur un parcours long et difficile face à la maladie.

9) *La Devinière,* Benoit Dervaux, 1999

Benoit Dervaux balade sa caméra dans un lieu particulier. La Devinière n'est pas un asile, c'est une vieille ferme près de Charleroi dans laquelle Michel Hock tente d'établir un lieu de vie en dehors des arcanes des institutions psychiatriques, en dehors des normes. Les usagers de la santé mentale n'y ont pas la volonté d'être soignés. L'objectif est l'épanouissement en dépit des difficultés et ce, en passant par la vie en collectivité. Ce lieu se présente comme l'anti-institutionnalisme de la psychiatrie.

10) *Que faire des fous dangereux ?,* Christel Bertrand, 2009

Ce documentaire a pour toile de fond un crime de 2004 en France. Un étudiant était poignardé par un schizophrène échappé d'un hôpital psychiatrique. Au travers d'un reportage dans une UMD (Unité pour Malades Difficiles), la journaliste pose la question de la sécurité par rapport à ces « fous dangereux ». La société est-elle protégée de ces hommes et femmes hors de contrôle ?

11) *Ce qu'il reste de la folie,* Joris Lachaise, 2014

L'hôpital psychiatrique de Thiaroye au Sénégal accueille la caméra de Joris Lachaise. La question de la folie, de son traitement est évoquée d'une part, sous le prisme des méthodes ancestrales africaines et d'autre part, sous l'emprise des approches psychiatriques modernes amenées par la colonisation. Les médecins, les patients et les familles tentent de lier les deux pour parvenir au mieux à soutenir les usagers de la santé mentale.

12) *Dans les yeux d'Olivier : Je suis mon pire ennemi,* Olivier Delacroix, 2014

Emission diffusée sur France 2 : le concept *Dans les yeux d'Olivier* repose sur la découverte de personnes racontant une tranche de vie, dans la confidence et la confiance nouée avec Olivier Delacroix. Le journaliste, au fil des rencontres et des entretiens, parcourt un chemin réflexif sur ce que ces témoignages représentent pour notre société. Un schizophrène, une bipolaire, un homme victime de TOC (troubles obsessionnels compulsifs) et une jeune dame victime d'Alzheimer sont les témoins principaux de cet épisode consacré aux maladies mentales.

13) *La rentrée de Paul, comme les autres*, Peggy Leroy-Henri Desaunay et Antony Santoro, 2018

Paul est un jeune autiste, il a intégré le parcours scolaire classique. Ce reportage nous raconte son immersion avec les difficultés qu'elle comporte. Camarades de classe, enseignants et parents l'accompagnent pour faire évoluer le jeune garçon. Entre scènes de classe, de vie, de thérapie, une course contre le temps est engagée, les progrès sont significatifs mais le retard par rapport aux autres enfants s'accélère.

14) *Hôpital Cadillac : les fous les plus dangereux* de France, Zone interdite, 2018.

Ce reportage aborde la dangerosité de malades mentaux. La gestion de ces derniers se fait à l'aide de puissants médicaments accompagnés d'isolement et d'immobilisation de certains usagers. Le journaliste présente le début du reportage comme ceci :

> *« Beaucoup parmi eux ont tué ou violé, ils sont tellement dangereux que ni les prisons ni les hôpitaux psychiatriques ne veulent d'eux. Pour eux une seule solution, la dernière solution : l'unité pour malades difficiles à Cadillac. 104 hommes sont internés pour quelques années ou jusqu'à la fin de leurs jours parce que jusqu'à leur mort ils seront un danger pour ceux qui les approchent[11]».*

[11] Hôpital Cadillac : les fous les plus dangereux de France, lancement du documentaire. En ligne : https://cutt.ly/td42MNj

1.2. Motivations des choix

Point de départ de ma réflexion, *Les Maitres fous*, documentaire datant de 1955, il était intéressant d'avoir des documentaires tout au long de la période qui nous sépare de cette époque. Si ce documentaire n'est pas voué à la santé mentale, il n'empêche pas la réflexion à ce sujet. Nous verrons avec le temps comment évolue la représentation de la santé mentale. Tous les documentaires sont francophones. Retranscrivant les échanges, il en sera par la suite de l'analyse, plus facile de réaliser des recherches lexicales sur l'ensemble de la prise de notes avec une seule unité langagière.

Certains documents apparaissent comme des incontournables de la période. Parmi ceux-ci : *Regard sur la folie*. Mario Ruspoli est le premier cinéaste à avoir pénétré dans un asile avec une caméra pour montrer ce qu'il s'y passait[12]. *Histoires autour de la folie*, document de plus de trois heures est le résultat d'un travail conséquent et de longue haleine de la part de ses réalisateurs avec le regroupement d'une multitude de témoignages divers. Il nous permettra de comprendre comment la folie était représentée dans la société à cette époque.

Des documents incontournables, mais des réalisateurs incontournables également. Par deux fois, nous retrouvons des productions d'Igor Barrère et de Raymond Depardon. Igor Barrère est un médecin, passionné par la vulgarisation, il intègre à partir des années 1950, le champ audiovisuel français. En 1956, il lance « Médicales », la première émission de médecine télévisée.[13] Par *Portrait d'un psychiatre* ou *La Borde ou le droit à la folie*, il incarne la volonté de produire des contenus à destination du grand public, en leur donnant accès à ce qui jusque-là restait tabou dans la société : la santé mentale. Raymond Depardon est quant à lui principalement connu pour la création en 1966 de l'agence photo Gamma. Il se lance ensuite dans le documentaire, avec différents cycles. Celui des années 80 est voué à la psychiatrie.[14] *San Clemente* rend compte de l'isolement physique et social qu'incarnent les hôpitaux psychiatriques alors qu'*Urgences* nous immisce dans la prise en charge des premières heures, bien avant des mois voire des années d'institutions asilaires.

[12] Film-documentaire.fr est un site reposant sur un catalogue large des productions audiovisuelles et qui renvoie vers les médias qui peuvent fournir les productions. En ligne : https://cutt.ly/wd424t3
[13] Barrère Igor. (1931-2001). *Universalis.fr*. Encyclopédie Universalis en ligne : https://cutt.ly/Rd49qVu
[14] Informations tirées du sites Franceculture.fr : En ligne : https://cutt.ly/jd49hAw

Nous avons jusqu'à présent parlé principalement d'auteurs de documentaires. Ceci témoigne la logique de production qui change peu à peu à partir des années 1990. Les chaines privées se multiplient et il était intéressant de confronter les productions des chaînes publiques et privées. (*Ça se discute, Dans les yeux d'Olivier* et *La rentrée de Paul*, comme les autres d'une part, et *Que faire des fous dangereux ?* et *Hôpital Cadillac : les fous les plus dangereux de France* d'autre part). Une analyse transversale est possible, à condition de se pencher également sur le contexte de diffusion.

Enfin, ce corpus se voulait hétérogène, *La Devinière* nous invite à voir ce qui se fait en dehors des milieux traditionnels de la psychiatrie avec une méthode alternative. A ce titre, il était opportun de faire un bon de soixante ans en Afrique, depuis *Les Maitres fous* jusqu'à *Ce qu'il reste de la folie* pour voir comment outre nos sociétés occidentales, en dépit de la colonisation, subsistait ou pas une autre vision, d'autres regards au sujet des usagers de la santé mentale.

Ce corpus traverse le temps, en abordant sous des angles différents la santé mentale. L'hétérogénéité de ces documentaires me permettra de marquer les points communs et les différences de la représentation mentale au fil des époques mais aussi des contextes de diffusion.

CHAPITRE 2
Analyse du corpus de documentaires

2.1. Les lieux de la représentation de la folie

2.1.1. Historique des lieux de la folie

Un premier point d'analyse se penchera sur les lieux de la représentation de la santé mentale dans le corpus. Avant ceci, un bref historique des lieux de la folie nous permettra de poser les bases pour mieux appréhender l'époque contemporaine qui concerne notre analyse.

Ce bref historique tire sa source d'un MOOC[15] réalisé principalement par des professeurs de l'Université Paris-Diderot. La deuxième séance de ce cours en ligne est dédiée aux lieux de la folie. Yves Hersant, historien et ancien Directeur d'études à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales rappelle que dès l'Antiquité grecque, la folie peut s'abattre sur n'importe quel sujet, n'importe quel homme. On conduit les personnes touchées par la folie dans les Temples avant l'intervention des médecins. La folie est définie par la Mania, divinité qui la représente. Un des lieux privilégiés sont les champs de batailles. La guerre est comprise comme une grande pourvoyeuse de fous. D'ailleurs, les Grecs n'avait pas manqué de reconnaître le lien qui existait entre le lieu sauvage et la folie, tout en soulignant son caractère profondément solitaire.

Jean-Marie Fritz, professeur de la Littérature française du Moyen-Age à l'Université de Bourgogne poursuit sur le Moyen-Age. Il explique qu'entre le Xème et XIIIème siècle, la littérature se développe et représente le fou comme un anti-chevalier. Un homme qui prend la massue à la place de l'épée et qui mène une vie sauvage. La folie était également associée à la sorcellerie, à la possession du diable. Il n'était alors pas rare de brûler vif ceux qui étaient vus comme des dangers. D'un autre côté, les fous avaient également leurs places dans l'espace social de cette époque. Durant celle-ci, ils pouvaient déambuler librement. A la question de savoir s'il y avait un lieu pour le fou à la fin du Moyen-Age, le professeur rappelle que certains hôpitaux se disputaient la place consacrée aux déments. Cependant, cette part est marginale.

La solution la plus répandue, et le lieu du fou, était le domicile familial. Ils devaient y être enfermés. La famille pouvait faire appel à la justice pour avoir des chaines et des menottes.

[15] MOOC : Massive Open Online Courses, ce sont des cours en ligne résultant d'un travail entre professeurs et techno-pédagogue afin d'intégrer les avantages du numériques dans l'enseignement traditionnel.

L'entourage est tenu de faire bonne garde, de ne pas laisser s'échapper le dément mais aussi se comporter de manière humaine.

La folie en liberté passe à la folie clôturée et à l'enfermement à partir du siècle des Lumières. Paul Laurent Assoun, psychanalyste et professeur émérite à l'Université Paris-Diderot, insiste sur le point suivant : là où on force le passage à la raison, le fou introduit une dimension de déraison qui ne fait pas bon ménage. Alain Vanier, professeur en psychopathologie et psychanalyse au Département d'Etudes psychanalytiques de la même université ajoute à cette réflexion la notion suivante : qu'en est-il du vote ? L'arrivée de la démocratie est en partie liée au vote qui doit être dicté par le statut de la raison. Dès lors, que penser de celle d'un fou ? Voter est un acte citoyen, ne pas pouvoir le faire témoigne aussi d'un rejet de la société.

Enfin, Nicolas Henckes, sociologue, chargé de Recherches au CNRS, revient sur l'établissement de la loi du 30 juin 1838. Elle avait pour objectif d'organiser le régime des asiles. C'est par ce biais que l'on a créé une institution de la folie et d'avoir fait de cette institution le traitement de la santé mentale.[16]. Si le basculement social vers le médical est à souligner, il n'en demeure pas moins que la folie et son traitement restent un acte social. Jean - Christophe Coffin remarque que si la loi établit un cadre de concepts juridiques et un cadre médical de l'isolement, elle avait aussi une fonction sociale. En enfermant les fous, on les isolait des troubles à l'ordre public.

Cette exclusion sociale a notamment été soulignée par un écrit de Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique,* l'auteur développe ces quelques propos qui nous concerne directement :

> *« On projette maintenant une forme de renferment dans laquelle la fonction médicale et la fonction d'exclusion joueront tour à tour, mais à l'intérieur d'une structure unique. Protection de la société contre le fou dans un espace de bannissement qui désigne la folie comme aliénation irrémissible et protection contre la maladie dans un espace de récupération où la folie est considérée, de droit au moins, comme transitoire : ces deux types de mesures, qui recouvrent deux formes d'expériences hétérogènes, vont se superposer sans se confondre encore[17] ».*

[16] Landron Gilles. (1995). Du fou social au fou *médical*, Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, *Déviance et société*, Vol. 19 - N°1, pp. 3-21. En ligne : https://cutt.ly/sd49Rbk

[17] Michel Foucault. (1972). Histoire de la folie à l'Age classique. Paris : *Gallimard*, p 454.

2.1.2. L'asile d'après-guerre : la révélation du concentrationnaire

Le documentaire *Histoires autour de la folie* réalisé en 1993, repose sur des témoignages de médecins, de patients, qui ont connu l'asile de Ville-Evrard, ouvert en 1868. Le début du document nous renvoie directement à la loi du 30 juin 1838 et présente cet asile comme un échantillon typique du nouvel élan psychiatrique de l'époque.

Les témoins auxquels nous faisons face ont connu cet asile au milieu du XXème siècle, durant la Seconde Guerre mondiale. A la sortie de cette dernière, le monde se remet en question face à la barbarie vécue. Une introspection générale va directement toucher le monde asilaire. Indirectement, ce documentaire nous fait penser à *Nuit et brouillard* d'Alain Resnais. Il incarne une révélation sur les atrocités d'une époque qui semblent propre à elle. André Roy, dans un article au titre évocateur, tient ces quelques mots : « *Aux images d'archives et à celles tournées par Renais, il est demandé d'apposer des mots, c'est-à-dire d'établir un rapport entre elles et le souvenir, entre le présent et le passé* [18]».

Plusieurs témoignages de jeunes médecins de l'époque se succèdent. Très vite, à l'instar des camps de concentration, un médecin explique : *« Dès l'arrivée du malade, on lui enlevait tout* ». Tout, ce sont les vêtements, les lunettes et même jusqu'à l'alliance. Le témoin poursuit : « *Tout était mis dans un paquet, une fois nu, on faisait prendre la douche. Ensuite on leur donnait la tenue asilaire, un numéro leur était attribué. C'était de l'ordre du camp de concentration* ».

Ce ressenti, cette analyse, beaucoup de témoins la partagent. Jeune et dans un système où régnait l'omerta, le silence était plus facile, sous peine de réprimande. Lucien Bonnafé : médecin interne en 1940 se souvient :

> *« Quand j'arrivais dans les dortoirs, dans lesquels les internés étaient logés à un nombre largement supérieur à l'espace décent qui était prévu. Le matin ça sentait le cadavre, je me souviens en particulier de cette image très forte et je crois bien que c'était là exactement où la place analogue à ceux d'autres pavillons mais où est mort un homme d'un peu plus de 38 kilos, un homme qui en faisait plus de cent en arrivant. On ne peut pas venir ici sans que cette image forte ressuscite. C'est un des aspects les plus sinistres de la tragédie asilaire. Comment un truc pareil a-t-il pu être possible ? ».*

L'après-guerre sera un facteur déclencheur, comment ne pas s'indigner de ce mode de fonctionnement face aux similitudes de l'obscurité concentrationnaire révélée aux yeux de

[18]André Roy. (2010). Ouvrir les yeux : Nuit et brouillard, 24 images, 150, 24–24. En ligne : https://cutt.ly/rd49HaT

tous ? Une dame partage sa prise de conscience liée au retour de sa tante déportée. Elle partage son expérience, sa nièce fait alors le rapprochement entre l'expérience asilaire et la réalité des camps de concentration. Une certaine réalité commune et assimilable aux deux milieux.

Un point commun à ce mode de fonctionnement réside dans le traitement des masses qui ne sont plus vues comme des personnes à part entière. Lucien Bonnafé poursuit son raisonnement :

> *« L'autre conséquence qui est extraordinairement méconnue c'est sur le système. Nous savons très bien que le système concentrationnaire ne peut marcher qu'en se servant d'une partie des concentrés pour faire marcher la machine. Or, nous avons observé que la machine asilaire ne pouvait fonctionner qu'avec la main d'œuvre des aliénés ».*

En 1993, une médecin termine par rappeler qu'une période d'à peine trente ans les séparait de cette prise de conscience et affirme qu'un manque de vigilance pourrait facilement restaurer ce mode de fonctionnement.

A la suite de cette prise de conscience, un autre grand tournant de la psychiatrie française se trouve dès le début des années 1960. La circulaire du 15 mars 1960 a pour objectif principal de ramener les malades au plus proche de leur milieu de vie. On trouve alors une politique de secteur dans laquelle, le patient est davantage lié et intégré dans son processus de soins.[19] La volonté n'était pas de bannir les hôpitaux mais de diversifier les processus de soins. Si cette circulaire avait préparé le terrain, il aura fallu attendre encore 1968 pour voir la séparation de la psychiatrie et de la neurologie et la mise en place des processus de soins éloignés des asiles.[20]

Portrait d'un psychiatre nous plonge directement dans cette époque. Réalisé en 1970, Igor Barrère nous fait passer une journée en compagnie d'un psychiatre. Dès le début, le médecin tient ces propos : *« Je me suis battu pour un service mixte, entre un hôpital et un dispensaire* ». Dans ce service, le spécialiste affirme qu'il ne souhaite pas que les malades abandonnent leurs symptômes mais qu'ils comprennent ce qu'ils ont. Ce documentaire souligne principalement l'avancée suivante : le dialogue et le partage du processus de soin entre patient et médecin.

---

[19] Jaeger, M. (2012). Chapitre 2. Les repositionnements nécessaires. Dans : M. Jaeger, L'articulation du sanitaire et du social : Travail social et psychiatrie. Paris : *Dunod*. pp. 29-44. En ligne : https://cutt.ly/vd49CRi

[20] Nicole Anquetil. (2009). Scène de la vie psychiatrique ordinaire. Dans : Journal français de psychiatrie 2009/2 (n 33). p43. En ligne : https://cutt.ly/bd490R2

2.1.3. L'asile et l'imaginaire de la prison

Tout au long du corpus, l'image de l'asile, de l'hôpital psychiatrique est renvoyée particulièrement à l'imaginaire de la prison. Pour rappel, ce corpus se voulait hétérogène, tous les documentaires ne sont pas tournés en asile. Pourtant dans chacun d'entre eux, l'hôpital psychiatrique est abordé, souvent sous l'angle carcéral. Symboliquement, on peut facilement associer la privation de liberté des asiles, à celle des prisons. Cependant, cela dépasse ce raccourci, qui bien qu'efficace, cache derrière lui, de multiples facettes et observations.

Abordons tout d'abord la place de la caméra. Parmi les plans récurrents, on peut noter celui de la caméra placée à la fenêtre d'une chambre, filmant vers l'extérieur en zoomant. Un dézoom permet peu à peu de comprendre que la caméra filme à travers des barreaux. Voici une liste d'autres plans observés plusieurs fois : la caméra au sol, au bout d'un long couloir, filmant en contre-plongée une impasse entre deux murs qui renferment derrière leurs portes, les chambres des usagers. Architecturalement, la symétrie des espaces fait penser aux prisons. Et la grandeur des lieux en contre-plongée fait surgir le sentiment d'un espace dont on ne s'évade pas. Une impossibilité d'évasion qui peut être physique, mais aussi spirituelle. Des prisons de douleur comme les nomme Mario Ruspoli dans *Regard sur la folie*. Les hôpitaux psychiatriques surgissent comme des lieux froids, sans couleur, qui n'invite que le passage, alors que certains y sont depuis des années, sans date de sortie.

Dans les yeux d'Olivier, nous pouvons retrouver le témoignage de Marion, une jeune bipolaire. Lorsque Marion se retrouve en hôpital psychiatrique pour la première fois, ses parents l'en sortent directement. Ils expliquent cette attitude par le déni de la situation mais aussi par la peur d'un espace qui suscite beaucoup de craintes à ce qu'il renvoie. Pour *Urgences* de Raymond Depardon, nous retrouvons plusieurs patients qui refusent un passage par un service de psychiatrie. Parmi eux, l'un dit *: « Il n'est pas question que j'y aille. Ils ont essayé de me tuer avec des médicaments. Je ne suis pas malade, j'ai besoin que l'on s'occupe de moi ».* Dans Regard sur la folie, un usager fait face aux murs de l'asile et déclare *: « Ces murs sont vraiment ennuyants. C'est comme une prison.* »

En visionnant *San Clemente*, on peut apercevoir la petite île sur laquelle l'asile est bâti. Si l'on parle d'une île dont on ne peut s'échapper, le nom d'Alcatraz est souvent évoqué. Isoler : un moyen efficace pour écarter de la société ceux qui viennent en troubler la sérénité. Dans les premières minutes du film, les familles tiennent ces propos : *« On a construit des nouveaux*

logements, ceux qui restent ici sont incurables, ce sont ceux dont on ne veut pas. » Un médecin s'offusque de la présence de la caméra : « *Foutez le camp d'ici* ». L'isolement des hôpitaux psychiatriques fait transparaitre l'idée de refouler ceux que l'on ne veut pas voir, mais aussi peut-être, ce que l'on ne veut pas montrer.

Les hôpitaux psychiatriques renvoient précisément à cette idée qu'ils ont été mis en place dans leurs premières formes, davantage pour écarter des personnes venant troubler les normes sociales que pour les soigner. En France, les documentaires nous apprennent l'existence d'UMD. Ce sont des unités pour malade difficile.

L'hôpital Cadillac est une UMD, le journaliste affirme : « *Ce ne sont pas des prisons, mais cela y ressemble* ». Tout d'abord, il nous est dit et montré que le mur d'enceinte s'élève à plus de 5 mètres. Par-dessus un grillage, par-dessous un fossé. Un système qui renvoie directement à des dispositifs anti-évasion. Il nous est montré ensuite la première étape de la prise de garde des infirmiers : s'équiper d'une alarme. Ces boitiers sont munis d'un traceur GPS qui permet aux autres membres du personnel de venir en aide en cas de problème. Il nous est montré ensuite une chambre. Celle-ci est équipée d'un tabouret, d'une chaise, d'un lit et d'une armoire. Tout y est scellé au sol. Ces lieux s'apparentent donc plus à des cellules qu'à des chambres. Les pensionnaires n'ont pas le droit de posséder des lacets aux chaussures. Un interdit par crainte de suicide mais aussi d'attaque. A la cantine ; ni couteau, ni fourchette, seulement des cuillères. Une autre séquence nous montre un détenu marchant dans une cour, un espace de promenade clos, qui ne rappelle que ceux des prisons. On parle également de remise en liberté à la suite d'expertises psychiatriques.

Ces lieux ne sont pas des prisons. Pourtant cela fait plus qu'y ressembler. La différence ? Les détenus sont déclarés comme fous et assommés à grandes doses de neuroleptiques. Il s'agit de les calmer, mais aussi de rendre la tâche plus aisée au personnel infirmier. Celui-ci ne cache pas la facilité de la médication pour pallier au manque de personnel.

Comment expliquer ce dégradé convergeant entre la prison et le lieu psychiatrique ? Historiquement, les deux sont liés. Si à l'origine la figure du crime et celle de la folie étaient

éloignées, la situation est moins nette aujourd'hui. La figure du fou et celle du criminel se rapprochent. [21]

Les conditions de vie en hôpitaux psychiatriques suscitent encore débat. Comme en témoigne la déclaration en 2018 du Dr. Pierre Zanger, vice-président de l'association SOS Addictions :

> *« Des effets pervers d'une politique qui n'est pas critiquée, mais au contraire poursuivie avec constance et brutalité. Il y a eu et il y a pourtant des investissements, avec la multiplication des types et du nombre de nouvelles unités d'enferment, unités auxquelles certains patients préfèrent de plus en plus la prison. Et quand on sait ce que vivent les malades mentaux (je pense aux psychotiques) en prison, on devrait fortement s'inquiéter d'une telle préférence [22]» .*

La liberté, la psychiatrisation de secteur : la volonté des années 70 est mise à mal dans la seconde partie d'*Histoires autour de la folie*. Lucien Bonnafé est interrogé sur l'existence des cellules d'isolement jusque-là encore d'actualité (et toujours de nos jours). Le spécialiste regrette qu'il existe encore des médecins qui entretiennent une pratique de la psychiatrie traditionnelle, principalement orientée par l'exercice d'une position autoritariste sur les patients. Lucien Bonnafé termine son intervention par la volonté d'une instauration du droit du malade à prendre place dans la cité. Retour donc au début de notre histoire sur les lieux de la folie, la période de la Grèce Antique durant laquelle les fous avaient une place dans la société qui prônait le droit à la parole.[23]

2.1.4. Le contre-pied : *La Devinière*

Ces cellules d'enfermement et les hôpitaux psychiatriques, un homme a décidé de les rejeter. Le documentaire sur La Devinière nous permet d'avoir une approche totalement différente de celle jusqu'à présent observée. Parmi ses fondateurs, on retrouve Michel Hock. Son pari était de recueillir de jeunes déficients mentaux réputés comme incurables. Ces exilés, le directeur veut les extirper des normes de la médecine et de la société. Soigner ? Non, simplement les amener à l'épanouissement. Il explique sa démarche au travers de quelques pages dans un livre intitulé *L'éloge du risque dans le soin psychiatrique :*

---

[21] Marc Renneville. (2004). Psychiatrie et prison : une histoire parallèle, Annales Médico-Psychologiques, *Revue Psychiatrique*, Elsevier Masso, 162 (8), pp.653-656. En ligne : https://cutt.ly/Gd43pkE

[22]Déclaration du Dr. Pierre Zanger dans un article de Jean-Yves Nau. (2018, 6 mars). La psychiatrie française est-elle inhumaine ? Articlesur le site *Slate*. En ligne : https://cutt.ly/vd43d6P

[23] Dabdad Trabulsi José Antonio. (2006). Participation directe et démocratie grecque. Une histoire exemplaire ? Besançon : Institut des Sciences et Techniques de l'Antiquité, Collection « ISTA », 1008, p42. En ligne : https://cutt.ly/ld43jjp

« Le climat dans les lieux de soins psychiatriques est pesant, délétère, au mieux assoupissant, même si de nombreux îlots résistent – et de manière exemplaire – à la désespérance organisée. Car l'opinion publique – et donc les pouvoirs publics – se refuse à croire que la maladie mentale est en nous, à nos côtés, fait mal et n'a rien de drôle, ou si peu. Faire l'éloge du risque, c'est rendre possible une série d'ambiguïtés, ne pas craindre qu'elles prennent de l'ampleur, être sur la corde raide, faire du dérapage contrôlé.

L'éloge du risque est une démarche trop importante pour la laisser aux bons soins du savoir, de discours rationnels qui tenteraient de convaincre au nom d'une vérité détenue. J'aime mieux faire appel au bon sens, notion que nombre d'intellectuels non pratiquants ne peuvent comprendre ou n'évoquent qu'avec mépris [24] ».

A la Devinière, les pensionnaires vivent en semi-autonomie, on peut les voir vaquer à leurs occupations, l'un lit, l'autre répare une sonnerie et Jean-Claude persiste à vouloir soulever une charge de plusieurs centaines de kilos. Un moment, la caméra suit Michel Hock, il se rend dans un asile en compagnie de Jean-Claude, pour aller chercher une nouvelle pensionnaire. Devant l'entrée, Jean-Claude refuse de pénétrer dans l'hôpital, il dit : « *Je ne rentre pas dans cette baraque de dingues.* ». La Devinière incarne l'antipsychiatrie à l'état pur. Le rejet des différences par la volonté unique d'une vie en commun, d'une vie qui rassemble, d'une vie sociale qui épanouit.

Portrait d'un psychiatre nous présente également cette approche. Le médecin a ouvert un dispensaire en ville qui va à la rencontre des usagers. Le spécialiste assimile la convocation à l'hôpital à un traitement policé, alors qu'un service à domicile est vu comme une aide à la communauté.

2.1.5. Traitement journalistique

Sortir du milieu asilaire, avec toutes les images empreintes de peur et d'angoisse semble une nécessité. La vie des usagers ne se limitent pas à ces lieux. Comme le révèle Sciensano[25], en Belgique, une personne sur quatre est atteinte par un trouble mental. Pourtant, la santé mentale reste un tabou dans notre société pour ce à quoi elle renvoie et en partie pour les lieux auxquels elle renvoie. Une personne sur quatre n'est pourtant pas en hôpital psychiatrique, il est nécessaire d'imposer une variété des milieux de la santé mentale dans le paysage audiovisuel.

[24] Marcel Sassolas. (2006). L'éloge du risque dans le soin psychiatrique, Toulouse : *Eres, Hors collection*, p27.
[25] Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Santé mentale : Enquête de santé 2018. Principaux résultats. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2020/14.440/3.

L'objectif serait de décloisonner la vision tenace de la population qui associe santé mentale à l'unique représentation des hôpitaux psychiatriques et en particulier à leurs dérives.

2.2. Les personnages

2.2.1. Introduction

Après avoir abordé les lieux, nous allons à présent nous pencher sur les personnes, personnages à qui le documentaire donne la parole. Au cours du visionnage des documentaires, quatre groupes de paroles ont pu être dégagés. Premièrement, la voix du journaliste ou du narrateur identifié par l'insertion de voix-off ou de textes introductifs. Deuxièmement, les médecins, les infirmiers et le personnel encadrant. Cet ensemble a été repris sous un même groupe intitulé « corps médical ». Troisièmement, les amis, les proches et les membres de la famille des usagers de la santé mentale ont été rassemblés sous le groupe suivant : « entourage ». Enfin, les usagers de la santé mentale sont repris sous un groupe nommé : « patients ».

2.2.2. Les journalistes

Au travers des différents narrateurs, la vision de la santé mentale est totalement éclatée. On peut souligner tout de même un point commun : les maladies mentales sont définies par les journalistes comme des douleurs qui ne se voient pas mais qui s'expriment. Pour certains la maladie mentale se soigne, pour d'autres pas. Les manières d'aborder la santé mentale sont parfois diamétralement opposées. Là où dans *La Borde ou le droit à la folie*, le journaliste explique : « *La borde commençait déjà par apparaître comme un lieu original, un lieu où le malade mental est respecté et participe à la vie en collectivité* ». Le journaliste dans *Que faire des fous dangereux* tient ces propos : *« Voici ce que l'on ne veut plus voir, ceux que le monde aimerait oublier parce qu'ils sont fous et dangereux »*. Les usagers de la santé mentale sont donc parfois définis comme des victimes, parfois comme des dangers.

2.2.3. Les usagers de la santé mentale

Les témoignages des usagers de la santé mentale nous apprennent qu'avant tout, c'est une souffrance. Une souffrance psychique mais aussi une souffrance sociale. Être atteint par des troubles mentaux, est aussi une honte. Beaucoup refusent le passage en hôpital psychiatrique. *Urgences* de Raymond Depardon incarne bien ce point, puisqu'au terme de la consultation, la question de l'internement est parfois évoquée, souvent refoulée. On retrouve aussi la difficulté de parler de soi et de ses symptômes d'un côté, et le bien fait de simplement être écouté de l'autre : *« La rencontre, le partage, permet de se sentir mieux »*. A plusieurs reprises, on retrouve des usagers exprimant le souhait d'en finir avec la vie, la raison exprimée sous-entend souvent la solitude ressentie face aux maux auxquels ils doivent faire face. La difficulté majeure : se dire qu'ils n'y peuvent rien. Accepter la maladie mentale parait excessivement compliqué. Les documentaires nous apprennent à ce titre que les maladies mentales se définissent en partie également par leur déni. Pour la plupart, c'est aussi faire face à l'inconnu comme en témoigne un schizophrène dans *Dans les yeux d'Olivier* : *« Je ne savais pas ce que c'était. Être enfermé, ça ne signifiait rien d'autre que ce que les médias en disaient ou de ce que les films avec les tueurs en série renvoyaient. J'avais des clichés totalement erronés »*.

2.2.4. Le corps médical

Du côté du corps médical, le discours est varié. Lucien Bonnafé rappelle les difficultés de la psychiatrie à combattre ses démons et ses préjugés scientifiques. On comprend que la psychiatrie est façonnée de plusieurs courants, plusieurs approches. Certains sont favorable à un effacement de tout symptôme, d'autres sont là pour les soulager. Une majorité de médecins insistent sur le fait que la thérapie passe par le groupe, par la communauté, par le dialogue. Un psychiatre résume ces propos : *« Il faut être des oreilles : il faut briser l'isolement ; l'importance : c'est l'écoute »*. Le manque de moyens et le manque de personnel à leurs dispositions sont des points communs. Certains n'hésitent d'ailleurs pas à faire l'apologie du médicament, de puissants neuroleptiques qui assomment les patients pour réduire la charge de travail.

2.2.5. L'entourage

Du côté de l'entourage, on comprend que la maladie mentale est difficile à accepter. A l'instar du patient, l'entourage peut être également touché par le déni. L'acceptation est une étape nécessaire à celle de l'adaptation. Une étape qui n'est pas toujours franchie par tous.

2.3. La répartition du temps de parole

2.3.1. Première hypothèse

Identifier et définir les catégories de personnages permet d'établir des groupes distincts afin de pouvoir facilement identifier chaque catégorie. Ma première hypothèse est la suivante : les usagers de la santé mentale possèdent un temps de parole réduit dans l'espace audiovisuel. Pour valider ou réfuter cette hypothèse, il a fallu déterminer une méthodologie la plus objective possible.

2.3.2. Méthodologie

Pour parvenir à objectiver la répartition du temps de parole, j'ai dû procéder au chronométrage du temps de parole de chaque groupe identifié à travers les quatorze documentaires. Une des principales difficultés a été de déterminer si les moments de flottement étaient aussi chronométrés. Par moment de flottement, je souligne des scènes dans lesquelles des groupes ont la parole et des échangent qui ne constituent pas une unité logique complète par rapport à une idée ou à un message structuré. Ces moments n'ont pas été pris en compte.

Le chronométrage a été effectué en secondes. A la fin du documentaire, j'ai procédé à l'addition des secondes par groupes différents. L'addition du temps de parole de chaque groupe déterminait alors la totalité du temps de parole. Par la suite, chaque groupe a vu son temps de parole redéfini en pourcentage afin d'établir des graphiques à l'aide de DataWrapper[26].

Formule appliquée pour la représentation en pourcentage, explication par le documentaire *La Borde ou le droit à la folie* :

Groupe	**Secondes**
Patients	**1190**
Journaliste	**86**
Entourage	**0**
Corps médical	**1747**
Total	**3023**

[26] DataWrapper est un site en ligne qui dispose d'outils de création de graphique après enregistrement de résultats personnels. Il a été choisi pour sa grande souplesse et les possibilités offertes quant au traitement des résultats finaux. En ligne : https://www.datawrapper.de/

Formule du calcul de pourcentage : 100 x (secondes groupe/ secondes totales)

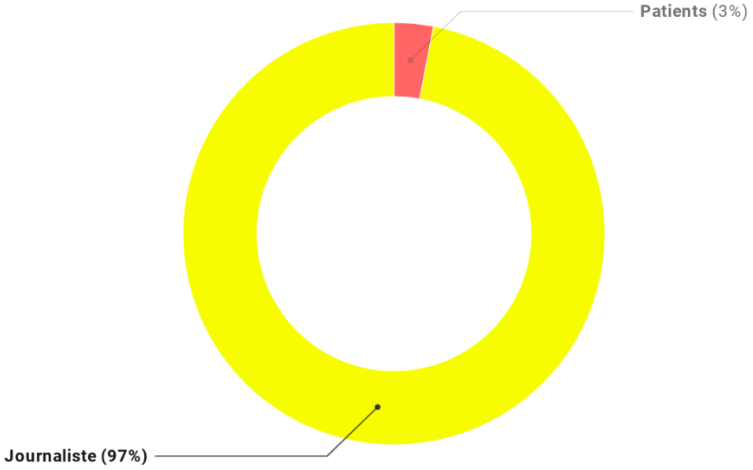
Patients	**100 x (1190/3023)**	**39%**
Journaliste	**100 x (86/3023)**	**3%**
Entourage	**100 x (0/3023)**	**0%**
Corps médical	**100 x (1747/3023)**	**58%**
Total		**100%**

Une difficulté particulière concerne le documentaire *San Clemen*te : sans voix-off et avec peu de déclarations face-caméra, il faudra retenir de cette production la volonté principale de se balader dans l'hôpital psychiatrique avec le moins d'interventions possible de la part du réalisateur Raymond Depardon. Nous reviendrons ultérieurement sur cette particularité lors d'un point au sujet des contextes de productions et de diffusion.

2.3.3. Résultats

Les Maîtres fous (1955)

Répartition en pourcentage du temps de parole

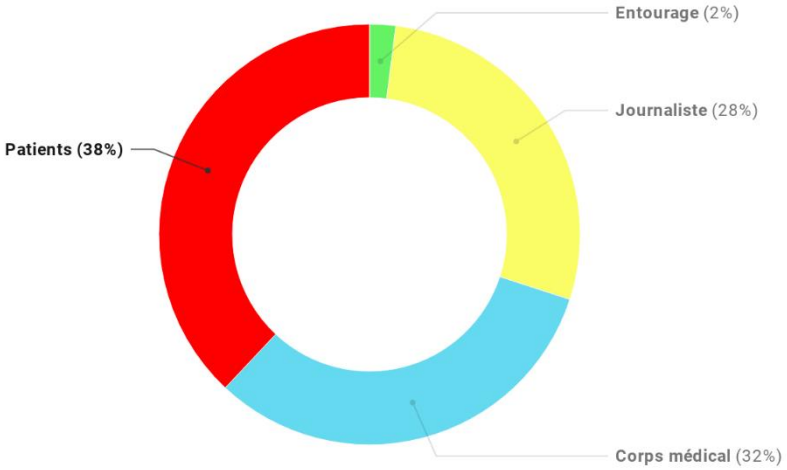


Famille: 0; Entourage: 0

Créé avec Datawrapper

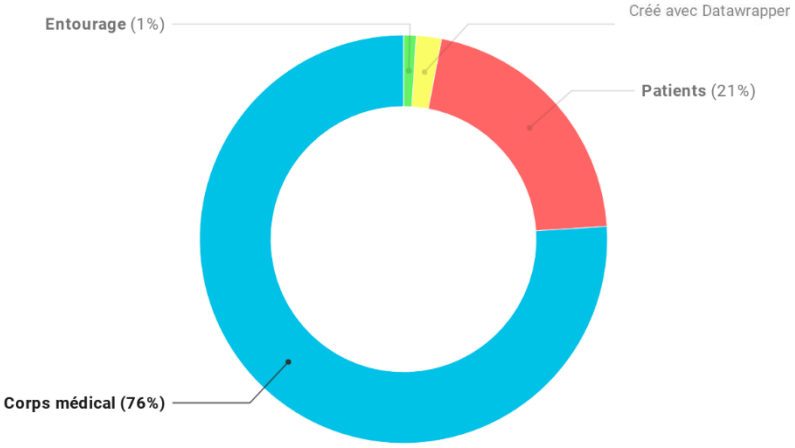
Regard sur la folie (1962)

Répartition en pourcentage du temps de parole



Portrait d'un psychiatre (1970)

Répartition en pourcentage du temps de parole

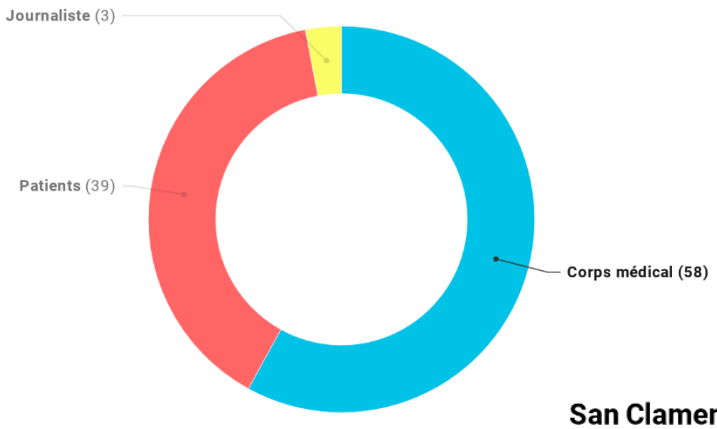


Créé avec Datawrapper

Créé avec Datawrapper

La Borde ou le droit à la folie (1977)

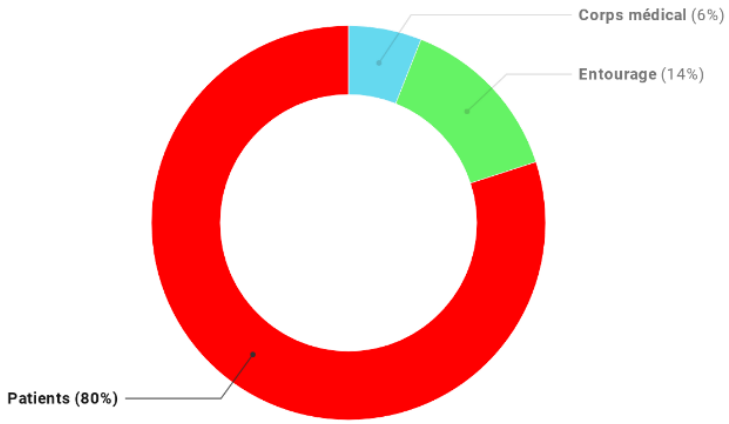
Répartition en pourcentage du temps de parole



Créé avec Datawrapper

San Clamente (1980)

Répartition en pourcentage du temps de parole

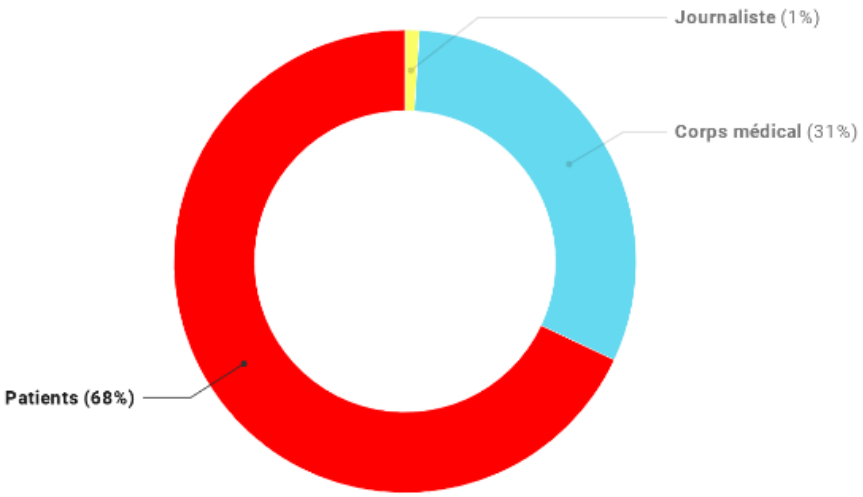


Journaliste : 0

Créé avec Datawrapper

Urgences (1987)

Répartition en pourcentage du temps de parole

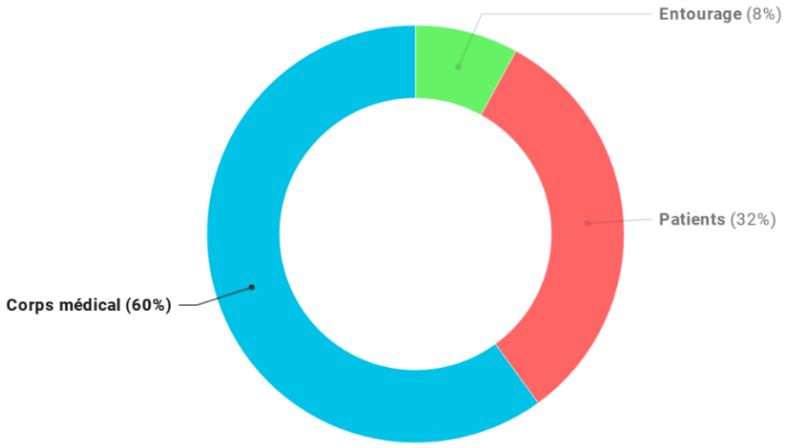


Entourage : 0

Créé avec Datawrapper

Histoires autour de la folie (partie 1, 1993)

Répartition en pourcentage du temps de parole

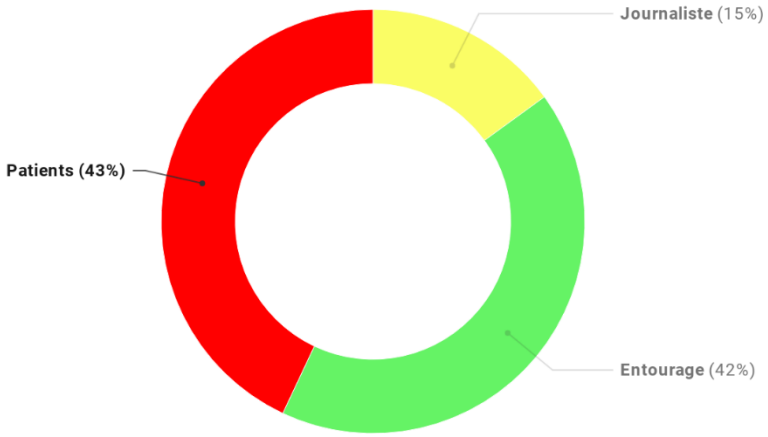


Journaliste : 0

Créé avec Datawrapper

Ça se discute: comment vivre avec la folie, reportage 1 (1997)

Répartition en pourcentage du temps de parole

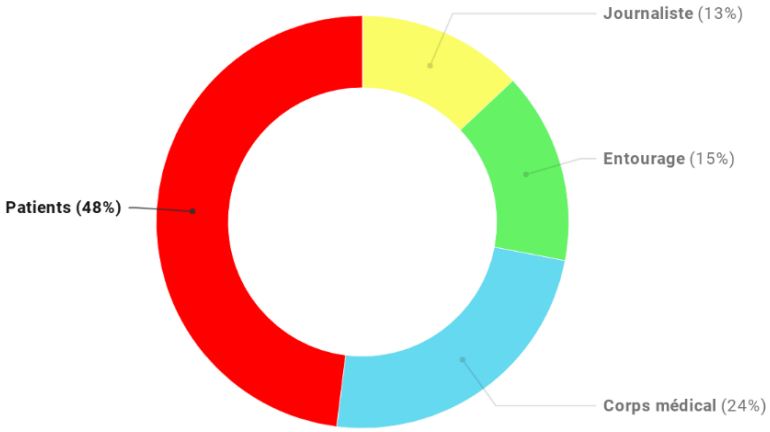


Corps médical 0

Créé avec Datawrapper

La devinière (1999)

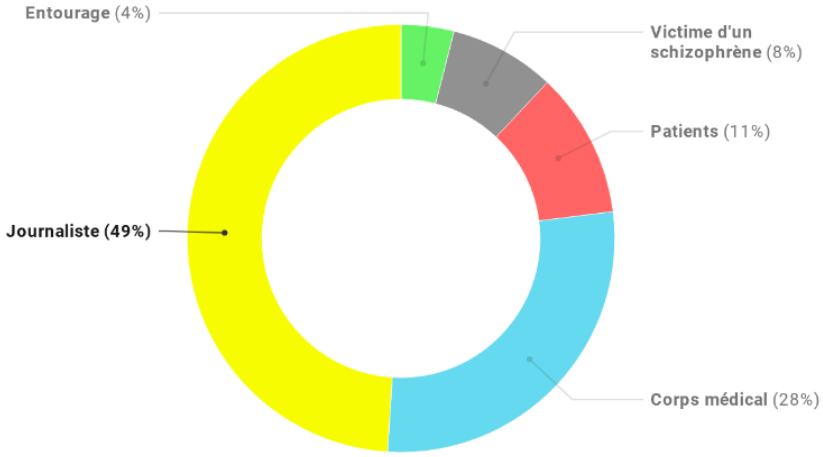
Répartition en pourcentage du temps de parole



Créé avec Datawrapper

Que faire des fous dangereux ? (2009)

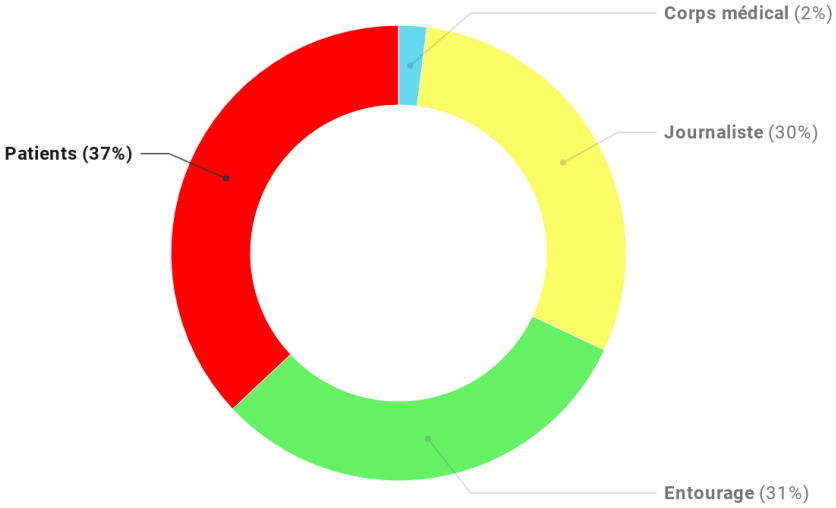
Répartition en pourcentage du temps de parole



Créé avec Datawrapper

Dans les yeux d'Olivier: je suis mon pire ennemi (2014)

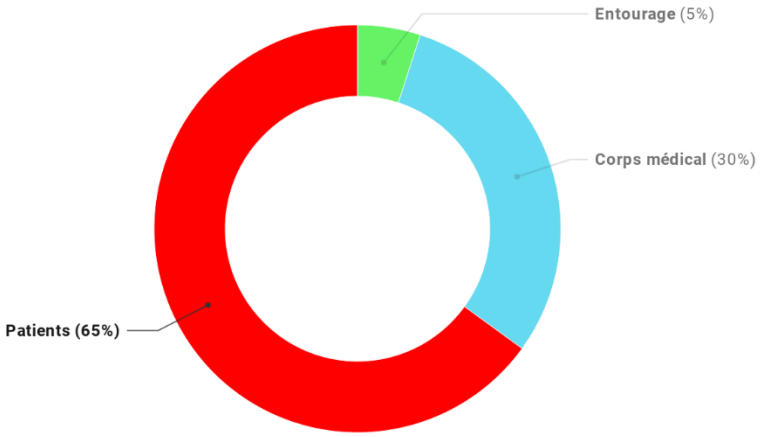
Répartition en pourcentage du temps de parole



Créé avec Datawrapper

Ce qu'il reste autour de la folie (2014)

Répartition en pourcentage du temps de parole

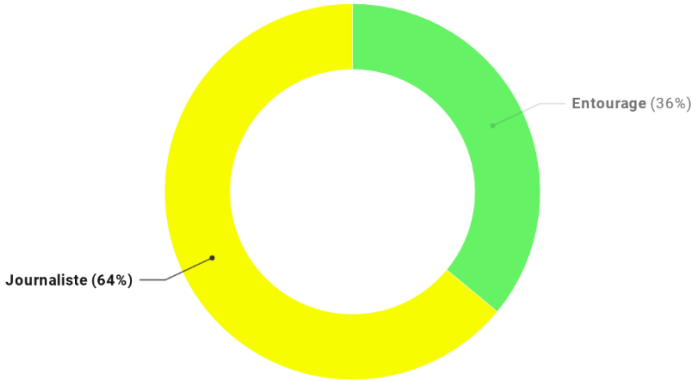


Journaliste : 0

Créé avec Datawrapper

La rentrée de Paul, comme les autres (2018)

Répartition en pourcentage du temps de parole

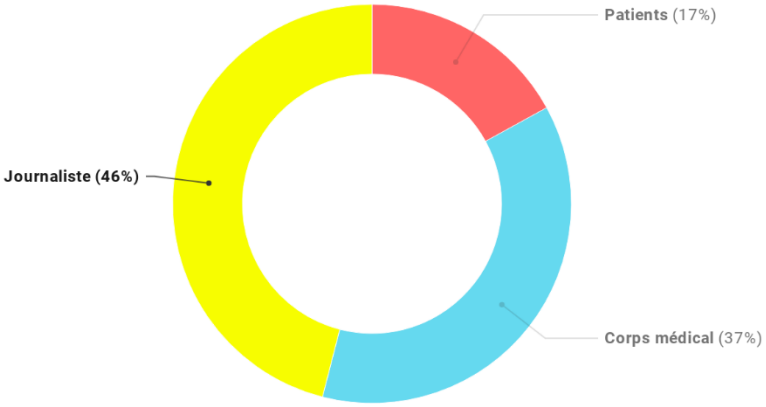


Patient: 0,; Corps médical 0

Créé avec Datawrapper

Hôpital Cadillac: les fous les plus dangereux de France (2018)

Répartition en pourcentage du temps de parole



Entourage : 0

Créé avec Datawrapper

2.3.4. Descriptions des résultats

Tous les documentaires accordent un laps de temps plus ou moins important aux usagers de la santé mentale à l'exception de *La Devinière*. Sur les quatorze documentaires, la parole du groupe des patients est majoritaire dans sept productions.[27]Il n'est pas opportun de décréter que cinquante pourcents des documentaires ne donnent pas majoritairement la parole aux usagers de la santé mentale. Nous n'avons pas, en effet, un échantillon égal ou supérieur à cent documentaires. Dès lors, porter des affirmations en pourcentage n'a pas de sens. Nous allons nous limiter à dégager des tendances.

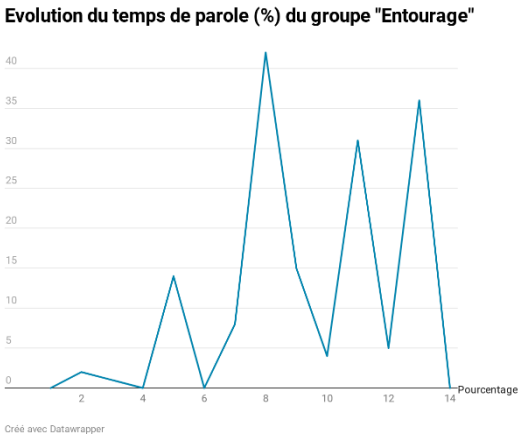
Il faut nuancer ce résultat, comment donne-t-on la parole aux usagers dans les documentaires parmi lesquels ils sont majoritaires ? Le résultat d'*Urgences*, par exemple, vient principalement du fait que ce sont des entretiens entre médecin et patient qui sont filmés. Plus rarement, le patient témoigne à la caméra de manière directe. Nous accédons à ces témoignages de manière intermédiaire, par l'intermédiaire d'entretiens. Plus rarement, nous pouvons percevoir un discours directement adressé à la caméra de la part des usagers pour nous transmettre leur expérience sur la santé mentale.

A l'hypothèse : <u>les usagers de la santé mentale possèdent un temps de parole réduit dans l'espace audiovisuel.</u> Nous pouvons répondre que les temps de parole des usagers de la santé mentale n'est pas majoritaire dans sept des quatorze documentaires. On peut également conclure que les usagers dans onze cas sur quatorze ont un temps de parole inférieur à cinquante pourcents.

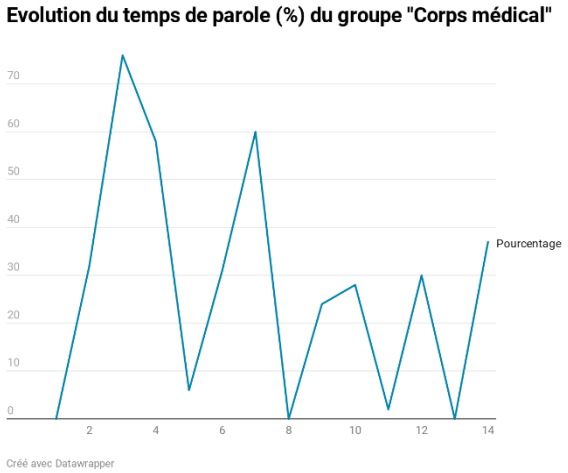
Ces résultats amènent une autre réflexion : si les usagers de la santé mentale ne sont pas majoritaires, qui parle le reste du temps ? Voici des graphiques évolutifs de la répartition des autres groupes de paroles sur l'ensemble du corpus :

[27] *Regard sur la folie, San Clamente, Urgences, Ça se discute, La devinière, Dans les yeux d'Olivier, Ce qu'il reste de la folie.*

Pour les groupes des journalistes, narrateurs, le premier résultat est particulier. Il s'agit *de Les maitres fous* de Jean Rouche. Le réalisateur prend 98 % du temps de parole. Une particularité du documentaire ethnographique.[28] Pour le reste du corpus, on peut convenir de la tendance suivante : au fil du temps, la voix des journalistes a pris plus de place.



Pour l'entourage, on peut remarquer que c'est aux environs du documentaire 7, début des années 90, que les documentaires laissent plus de place à ce groupe. La parole de la famille restait jusque-là peu médiatisée.



Pour le corps médical, la tendance est à la baisse. On peut remarquer une présence qui est réduite au fil du temps.

[28] Silvia Paggi. (2011). Voix-off et commentaire dans le cinéma documentaire et ethnographique, *Cahiers de Narratologie*, 20 | 2011. En ligne : https://cutt.ly/kd43TOP

2.3.5. Réflexions

Le lieu de tournage choisi influence logiquement les personnes auxquelles le documentaire va donner la parole. Au regard de la présence prononcée du milieu hospitalier et asilaire, il est évident de retrouver de interventions du corps médical dans la majorité de ce corpus. Si la psychiatrie relève du domaine médical, elle relève aussi de l'ordre du social. Il est donc important de sortir du champ de la médecine pour trouver d'autres lieux. En entrant dans le quotidien des usagers, il serait plus aisé de leur donner la parole de manière plus conséquente. Nous le verrons, le contexte influence également les répartitions du temps parole.

2.4. Représentation de la santé mentale par le début des documentaires

2.4.1. Descriptions du début des documentaires

Comment va-t-on parler de la santé mentale dans ce corpus de documentaires ? Pour avoir une idée plus précise, le début des documentaires donne une bonne indication quant à l'angle choisi par le réalisateur.

- *Les Maitres fous*, 1955

Un texte introductif au document est présenté au spectateur :

> « Le producteur, en présentant, au public ces documents, sans concession ni dissimulation tient à l'avertir de la violence et de la cruauté de certaines scènes. Mais il veut le faire participer complètement à un rituel qui est une solution particulière du problème de la réadaptation, et qui montre indirectement comment certains africains se représentent notre civilisation occidentale ».

Ce message s'adresse directement au spectateur et le producteur annonce ses intentions envers celui-ci. Jean Rouche insiste lors de sa première prise de parole : *« Ce jeu violent n'est que le reflet de notre civilisation »*. Le spectateur est donc prévenu du cheminement réflexif qu'il va devoir accomplir face aux images qui vont lui être montrées. Le réalisateur donne par ce début de documentaire une perspective d'analyse indirecte qui concerne le public occidental. Il s'agira pour lui d'effectuer une introspection en rapport au documentaire.

- *Regard sur la folie*, 1962

Le documentaire est précédé par un texte introductif à l'attention du spectateur dont voici un extrait :

> *« Ce film ne donne pas une vision complète de l'hôpital : les traitements physiques et chimiques modernes largement utilisés ici comme partout, les soins de toute natures dispensés à l'extérieur dans un ensemble d'institutions en plein développement, n'y sont pas abordés. Nous n'avons pas voulu rassurer le public par des images souriantes, et il en est, d'un établissement moderne sans murs ni grilles. Forteresse au Moyen-Age, l'ancien asile survit ici dans les bâtiments et aussi dans la chair des malades assujettie aux habitudes de ce passé. Transformation des structures, quête laborieuse de la raison, la lutte que malades, médecins, infirmiers et administrateurs mènent ensemble, se joue sur plusieurs fronts. Si le spectateur parvient à tuer en lui ses préjugés et les attitudes de dérision, l'effort déployé en faveur des malades mentaux sera rendu plus efficace. Que l'on entende, même dans l'angoisse, ce message du monde de la folie ».*

Ce message invite le spectateur par l'expérience qu'il va vivre à s'interroger sur le monde de la santé mentale, condition nécessaire pour une amélioration sociale des usagers. L'aspect thérapeutique est volontairement mis de côté pour laisser place à l'image archaïque que développe le lieu dans lequel le documentaire prend place. Mario Ruspoli témoigne par ce message que la santé mentale est un domaine social à part entière, l'affaire de tous, y compris celle du spectateur en dépit de ses appréhensions.

- *Portrait d'un psychiatre*, 1970

Le début du documentaire nous plonge directement aux côtés d'un psychiatre qui conduit vers son lieu de travail. Il cite : *« On va passer la journée ensemble d'un psychiatre moyen* ». Le médecin présente sa journée, comme le lot de beaucoup de psychiatres en France. Il présente ses services comme un service à la population pour la santé mentale. On apprend qu'il s'est battu pour avoir un service mixte. Il affirme qu'il est nécessaire que le milieu psychiatrique sorte de l'univers unique des hôpitaux pour se diriger également vers des dispensaires. C'est une nouvelle méthode de travail, résultant directement de la loi du 30 juin 1962. Enfin, le psychiatre reconnait que son domaine à mauvaise réputation dans la société. Il termine son introduction par : *« Nous sommes tous producteurs de maladie mentale »*. La volonté de ce documentaire est de montrer au spectateur un univers peu connu et qui est en pleine innovation pour l'époque.

- *La Borde ou le droit à la folie*, 1977

Une succession de plans divers de l'hôpital psychiatrique de La Borde sur une musique de fond jouée à l'harmonica ouvre le document : *Aux Champs Élysées* de Joe Dassin. A trois et minutes et quarante secondes, un patient s'adresse à la caméra : *« Monsieur le cinéaste, vous filmez ? »*. On voit alors les usagers dans une pièce commune et chacun vaque à ses occupations. Rapidement, la caméra nous plonge dans une réunion de groupe. Un débat s'installe sur l'objectif du documentaire. Un des internés dit :

> *« C'est gentil, vous allez montrer qu'il y a des choses différentes que ce qu'on imagine dans la psychiatrie sur l'horreur des hôpitaux. Mais moi ce que je crains chez les gens quand ils vont voir ce truc-là, ils vont penser : « Il a quand même dans le monde quelque part où il y a de la bonne psychiatrie, la psychiatrie ce n'est pas si dégueulasse que ça après tout, peut-être qu'on en aura tous besoin un jour où l'autre » et finalement en quelque sorte c'est une réhabilitation de la psychiatrie, et ça je ne suis pas pour le cautionner ».*

Dans la suite un autre poursuit :

> *« Moi je ne pense pas que l'on puisse refuser le jeu des masses médias parce que quand on pense ce qu'est devenu la psychiatrie en Union Soviétique, en Allemagne et dans certains points en France, c'est important d'essayer de montrer autre chose que la psychiatrie les hôpitaux dans une perspective policière ou de faire un quadrillage de la population. On peut imaginer une autre organisation communautaire ».*

Un médecin termine :

> *« On est obligé d'inventer un lieu, calquer sur un milieu qui ne soit pas habituel de l'hospitalier et ni sur les milieux tels que carcéraux ».*

Le documentaire nous apprend par son introduction que le réalisateur nous invite avec sa caméra à partager des moments dans un établissement psychiatrique innovant pour l'époque. On peut souligner la volonté de communiquer une vision alternative des établissements psychiatriques d'une part, et de l'autre la volonté de créer un lieu nouveau pour la psychiatrie.

- *San Clemente*, 1980

La particularité de ce documentaire provient du fait qu'il ne contient aucune voix-off au contraire de Jean Rouch qui la monopolise dans *Les Maîtres fou*. Dès le début, la caméra pénètre dans l'hôpital et y déambule. Comme nous l'avons mentionné plus haut, *San Clemente* est sur une île qui est présentée comme un lieu d'exil forcé pour ses résidents. On peut assister à une discussion entre des médecins et des familles. On comprend que le corps médical est en sous-effectif et que l'entourage des patients dénonce les conditions de vie des usagers. Après ces échanges, tout au long du reste du documentaire, la caméra de Raymond Depardon nous fait voyager au sein de *San Clemente*. Le film est principalement tourné en plan séquence ce qui permet une plus grande immersion du spectateur.[29] Le document s'annonce comme un voyage au sein du quotidien de cet hôpital psychiatrique. Un quotidien qu'il tente de dénoncer.

- *Urgences*, 1987

A nouveau, pour ce documentaire, c'est un texte introductif qui est placé au début à destination des spectateurs :

> *« Nous remercions le Docteur Grivois et son équipe, le personnel des Urgences, la Direction de l'Hôtel Dieu, l'assistance publique, qui nous ont permis de réaliser ce film. Les auteurs tiennent à préciser aux spectateurs que les personnes filmées à l'intérieur de l'hôpital ont donné leur accord ».*

A la suite de ce texte, nous assistons directement à un entretien dans le cœur des Urgences psychiatriques entre un usager et un médecin. Juste avant cette entrevue, le médecin s'adresse au cinéaste « Venez avec moi, Monsieur veut bien être filmé ». Ce documentaire, s'annonce sans voix-off, et repose sur la possibilité d'assister à des entretiens entre patients et médecins.

- *Histoires autour de la folie*, 1993

Le documentaire est introduit par un texte à destination du spectateur :

> *« La loi du 30 juin 1838 dote la France d'un système d'assistance aux aliénés centré sur l'asile départemental, défini par l'idée que pour soigner et protéger le malade, il faut l'éloigner du milieu générateur de conflits. L'asile de Ville-Evrard ouvre en 1868 [...] à l'initiative du Ministère de l'Intérieur désireux d'éloigner les aliénés et autres gêneurs de la*

[29] Grugeau, G. (2009). Raymond Depardon : petit précis de grammaire cinématographique. *24 images*, (143), 20–23. En ligne : https://cutt.ly/bd43S8E

ville de Paris. Ville-Evrad est un échantillon typique de la centaine d'asiles d'aliénés installés en France à la fin du 19ème siècle, du système d'exclusion de la folie qui fonda des asiles géants. Il est représentatif des systèmes d'enfermement qui l'on trouve dans les pays occidentalisés. A partir de 1972, une nouvelle idéologie de soins est née des leçons terribles de la guerre et commence à influencer les soignants regroupés en équipes s'occupant d'une population délimitée. Le film ne prétend ni retracer une histoire de la psychiatrie, ni celle de l'hôpital de Ville-Evrad. Il est principalement construit autour de témoignages prenant en compte la relation humaine ».

Par ce texte, le document nous annonce un retour dans le passé tragique des hôpitaux psychiatriques par l'intermédiaire de témoignages. La volonté est de montrer ce qu'il s'est passé durant des décennies sans que la société ne se remettent en question ou que ces conditions soient exposées aux citoyens. A la suite de ce texte, le documentaire nous plonge dans des vestiges de l'asile, à la recherche de traces et de documents. On assiste à la lecture en direct de la découverte de certaines pièces. Par la suite, nous assistons à une série de témoignages qui revient sur le passé de l'hôpital.

- *La Devinière*, 1997

Le documentaire commence avec des images d'archives d'une vidéo de vacances avec la voix de Michel Hock, le fondateur de la Devinière, il revient sur cet épisode :

« Là on était en 81, on voyageait vers l'Auvergne, Roberto, Myriam, Jean-Claude et les autres. Il y avait 19 enfants refusés par tous et réputés comme incurables. Certains avaient l'expérience de 20 établissements. C'est pour ces gosses exilés que le 18 février 76 nous avons ouvert, à Charleroi, un refuge où l'on peut vivre sans grille, sans chimie, un lieu où l'on peut vivre avec sa folie. Un asile en quelques sortes ; on l'a appelé la Devinière, ces gosses nous avons fait le pari de ne les rejeter sous aucun prétexte. Plus de 20 ans après ces images, ils sont toujours là ensemble solidaires alors que rien ne les reliait ».

Le documentaire introduit un lieu, La Devinière qui est défini comme un endroit alternatif à la psychiatrie institutionnelle. L'inclusion sociale de ce groupe tient encore plus de vingt ans plus tard. Par la suite, c'est ce lieu et ce groupe que le documentaire nous invite à découvrir.

- *Ça se discute : comment vivre avec la folie ?*, 1997

Si le reportage consacré à un schizophrène fait l'objet de notre attention, Jean-Luc Delarue, producteur et présentateur de l'émission introduit la thématique du soir par ces mots :

> *« Comment vivre avec la folie ? Nous sommes dans un pays où la psychiatrie ne chôme pas, près de 900 000 personnes sont suivies chaque année pour des troubles psychiques. Dont un tiers en hospitalisation complète, autrement dit, en internement. 300 00 personnes sont internées chaque année dans ce pays. La folie désoriente, c'est vrai qu'elle touche, elle fait peur beaucoup plus que d'autres maladies et elle affecte sans doute un des aspects le plus sensible de notre société : la capacité de ses membres à vivre ensemble. Ce soir avec nos invités nous allons tenter de comprendre comment vivre avec ces troubles psychiques qui échappent le plus souvent aux grilles de lectures traditionnelles ».*

Par ces chiffres le présentateur témoigne de l'ampleur des troubles psychiques au sein de la population française. Il insiste en particulier sur les difficultés que la folie engendre sur le savoir vivre ensemble au sein de notre société. Par le biais de témoignages, il invite le spectateur à mieux comprendre un domaine sociétal qu'il cite comme faisant peur.

- *Que faire des fous dangereux ?*, 2009

Le documentaire nous plonge dans le quotidien d'une infirmière d'un hôpital psychiatrique qui ouvre une salle de soins toujours fermée à clé. Le journaliste confie qu'elle a souvent besoin de ce qu'elle va chercher : des sangles de contention. Le journaliste annonce l'arrivée d'un schizophrène en crise. Il cite : « *même si ça peut paraitre étonnant, l'attacher lui fait du bien* ». Ensuite des faits divers sont évoqués avec la mort de plusieurs personnes suite à des agressions par des usagers jugés schizophrènes. Le journaliste poursuit :

> *« Des affaires qui soulèvent de nombreuses questions et relancent le débat. Sommes-nous en sécurité face aux schizophrènes dangereux, faut-il les enfermer à vie pour le Président de la République ? En tout cas, il y a un problème ».*

Le documentaire angle sur la dangerosité de certains usagers de la santé mentale et se positionne comme réflexif par rapport à la protection de la société face à des personnes qu'ils caractérisent comme hors de contrôle. Les isoler voire les attacher est indiqué comme seule solution.

- *Ce qu'il reste de la folie*, 2014

Dès le début du documentaire, le spectateur est plongé dans l'hôpital psychiatrique de Thiaroye près de Dakar au Sénégal. La caméra nous plonge sans aucune voix-off dans l'univers de ce lieu. Le réalisateur nous montre un usager qui parle de folie, de magie et de divinité. Ce témoignage introduit l'ensemble du documentaire qui aborde les traitements thérapeutiques occidentaux amenés par la colonisation, tout en retrouvant des approches thérapeutiques traditionnelles incluant rites, transes et possessions. Ce documentaire propose une ouverture sur le secteur psychiatrique en dehors du prisme occidental.

- *Dans les yeux d'Olivier : je suis mon pire ennemi*, 2014

Les premières paroles en voix-off du journaliste sont illustrés par des images généralistes (une main appuyée contre une vitre, le reflet d'une silhouette qui regarde à la fenêtre). Il débute son reportage par ces mots :

> *« Les maladies psychiques font peur car elles sont mystérieuses et difficiles à soigner. Perdre le contrôle de soi-même est une perspective terrifiante pour chacun d'entre nous. Bipolaire, schizophrène, victime de trouble obsessionnel compulsif ou même d'Alzheimer. Ces malades vivent dans un monde parallèle qui les fait souffrir et qui engendre des comportements déroutants pour ceux qui les entourent. J'ai rencontré des personnes prisonnières de ces maladies qui malgré les préjugés ont accepté de me faire confiance et de me décrire leur monde intérieur ».*

Le journaliste donne accès à des témoignages rares et intimes qu'il a pu partager avec des personnes ayant des troubles mentaux. En dépit des préjugés de notre société, de craintes, qui sont aussi les siennes (il s'inclut dans la réflexion par l'utilisation du « nous »), il va tenter à travers son expérience d'ouvrir le spectateur à ses réflexions. Une expérience qu'il veut partager avec le récepteur pour passer outre le cap de la barrière sociale qui les sépare du monde de la santé mentale.

- *L'Hôpital Cadillac : Les fous les plus dangereux de France*, 2018

Dès l'introduction, le spectateur est plongé dans un hôpital psychiatrique, le journaliste annonce : « *Voici ceux que l'on ne veut plus voir, ceux que le monde aimerait oublier parce qu'ils sont fous et dangereux* ». Il continue :

> *« Beaucoup parmi eux ont tué ou violé, ils sont tellement dangereux que ni les prisons ni les hôpitaux psychiatriques ne les veulent. Pour eux, une seule solution, la dernière solution l'unité pour malades difficiles à Cadillac 104 hommes sont internés pour quelques années ou jusqu'à la fin de leurs jours parce que jusqu'à leur mort ils seront un danger pour ceux qui les approchent ».*

Le reportage nous annonce l'accès à une zone interdite. Il s'annonce comme un rempart pour pouvoir avoir un accès privilégié sans se mettre en danger. Le spectateur est averti que cette unité est le dernier lieu possible qui protège la société de personnes qualifiées d'irrécupérables.

- *La rentrée de Paul, comme les autres*, 2018

En première partie de document, le spectateur est plongé dans une rentrée de classe. La journaliste annonce :

> *« Retrouver ses copains dans l'école de son quartier, Paul 8 ans adore ça. Même s'il est autiste et mal entendant, ses camarades et sa maitresse ont décidé de l'aider à progresser. […] Paul n'a pas la capacité de suivre le programme mais son institutrice lui apprend à se tenir comme un élève ordinaire ».*

Le reportage nous plonge dans le quotidien d'un autiste intégré dans le processus scolaire. Le développement de capacités de Paul passe par cette insertion sociale. Le reportage nous invite à la réflexion sur le rôle voire le devoir de la société dans le développement et l'insertion des personnes atteintes de troubles mentaux.

2.4.2. Observations

D'une manière générale, on peut souligner le caractère réflexif, plus ou moins prononcé, qui est adressé au spectateur en début de documentaire. En début de corpus, à quatre reprises, nous retrouvons un texte introductif avec *Les maitres fous, Regard sur la folie, Urgences et Histoires autour de la folie*. Respectivement, Jean Rouch souhaite faire participer complétement le public à un rituel qui est présenté comme une solution particulière. Dans *Regard sur la Folie*, Mario Ruspoli demande au spectateur d'entendre même dans l'angoisse le message du monde de la folie. Raymond Depardon manifeste son intention auprès du public que ce n'est pas du voyeurisme et que le dispositif de tournage repose sur un accord global. Enfin, *Histoires autour de la folie*, le spectateur est invité à découvrir le caractère des relations humaines à un moment donné par l'intermédiaire de témoignages.

Le caractère réflexif sur la santé mentale et la psychiatrie est annoncé parfois par le premier intervenant. Dans *Portrait d'un psychiatre,* ce dernier reconnait la mauvaise image reflétée par la santé mentale et insiste sur le bien fondé de ses nouvelles démarches en entrant également dans le quotidien des usagers. Il affirme que c'est une histoire de société puisqu'il évoque : « *nous sommes tous producteurs de maladie mentale* ». *La Borde ou le droit à la folie* installe le spectateur rapidement dans un débat qui tourne autour des hôpitaux psychiatriques et de l'objet du documentaire. *La Devinière* se positionne comme antipsychiatrique. Michel Hock, en insistant sur le fait qu'ils sont toujours là et unis vingt ans plus tard, invite le spectateur à se plonger dans une vision alternative, qui par sa longévité est associée à la réussite de la méthode employée. *Dans les yeux d'Olivier* et *Ça se discute*, les journalistes annoncent que les troubles mentaux font peur. Par l'intermédiaire de témoignages, le documentaire va essayer d'aider le spectateur à mieux comprendre la santé mentale.

En revanche, *Que faire des fous dangereux ?* et *L'hôpital Cadillac : les fous les plus dangereux de France* plongent quant à eux le public dans un climat anxiogène. Ils sont anglés sous la dangerosité par l'intermédiaire de faits divers. Certains usagers sont présentés comme une tranche de la population dont il faut se protéger.

Globalement et peu importe le processus, l'ensemble du corpus renvoit directement aux craintes de la société face à la santé mentale. Ces productions tentent d'ouvrir des portes closes. Physiquement par l'irruption au sein d'institutions qui ne sont pas ouvertes au grand public, mais aussi psychiquement. Face à ce qu'il va voir, il est demandé au spectateur d'ouvrir sa réflexion sur un sujet qui reste tabou dans la société et ce, sur l'ensemble des soixante-trois ans que parcourt ce corpus.

2.5. Les contextes de production

2.5.1. Le mouvement antipsychiatrique

Si une analyse transversale est possible, se pencher sur les contextes de production permet d'appréhender les documentaires par rapport à l'époque à laquelle ils renvoient. Le contexte de production nous permettra de mieux comprendre comment la représentation de la santé mentale est construite dans certains documentaires.

Regard sur la folie, La Borde ou le droit à la folie, La Devinière, Histoires autour de la folie abordent un mouvement en particulier : celui de l'antipsychiatrie, qui prend ses racines dans les années 1960. *San Clemente* y participe également en dénonçant par l'image les conditions de vie des usagers.

Parmi les représentants les plus emblématiques du mouvement antipsychiatrique, on retrouve Franco Basaglia, psychiatre italien. Jean-Christophe Coffin, chercheur français entre autres sur les mouvements critiques de la psychiatrie, recontextualise dans un article[30] le mouvement. Les années 1960 représentent une période durant laquelle des nouveaux droits démocratiques sont apparus. Ils résultent d'une profonde transformation politique et sociale. Le chercheur insiste sur une série de questionnements :

> *« Les relations entre le savoir et le pouvoir, les liens entre folie et exclusion sociale, la complexité du nœud maladie mentale et stigmatisation sociale, le rôle du médecin dans l'espace public, sa responsabilité face à des choix politiques sont autant de thématiques qui ont passionné Basaglia et pour lesquelles il a tenté de donner des réponses [31] ».*

L'antipsychiatrie remet en cause la psychiatrie traditionnelle mais aussi la notion de maladie mentale. En France, on a assisté à une sectorisation du milieu psychiatrique. Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales définit le mouvement comme la volonté de respecter la liberté du patient et de l'intégrer dans le processus de soins tout en respectant sa créativité et l'accompagnant du mieux possible tout en le protégeant.[32]

---

[30] Jean-Christophe Coffin. (2007). Antipsychiatrie : les enjeux éthiques, *Sorbonnes-paris-cite*. En ligne : https://cutt.ly/1d433Nj

[31] Jean-Christophe Coffin. (2007). Antipsychiatrie : les enjeux éthiques, *Sorbonnes-paris-cite*, p17. En ligne : https://cutt.ly/1d433Nj

[32] En ligne : https://www.cnrtl.fr/definition/antipsychiatrie

L'antipsychiatrie par une réhabilitation d'une approche sociale se positionne logiquement comme un mouvement dénonciateur des asiles, dans leurs modes de fonctionnement mais aussi dans tout ce qu'ils représentent quant au rejet social. Christophe Delacampagne, philosophe et essayiste français, auteur d'*Antipsychiatrie ou Les voies du sacré* résume cette approche :

> *« Un asile. Le mot est bien choisi. Il évoque des idées de refuge, de douceur et de paix. Ce qu'il cache est tout autre : le bruit et la fureur, la violence écrasée par la violence, l'aliénation, l'absurde. Un asile d'aliénés. Qui sont ces gens ? Est-ce que ce sont des hommes ? Pas tout à fait : ce sont des fous. Et qu'est-ce que la folie ? Une façon de voir le monde. Une façon différente de voir les mêmes choses. Une allergie à tout ce qui est « normal ». Intolérable, en vérité ! Il est intolérable de dire que la vie est intolérable…C'est pourquoi on enferme ceux qui le disent : dans un asile ? Par crainte de contagion. C'est déjà cela*[33] *».*

Ce contexte réflexif par une approche plus sociale de la santé mentale va être accompagné par le contexte de réalisation de cette époque. Comme nous l'avions remarqué, ces documentaires ont la particularité de ne pas avoir de voix-off.

2.5.2. Le cinéma direct

Séverine Graff, historienne du cinéma, nous permet de recontextualiser cette époque pour comprendre les documentaires auxquels nous faisons face en début de corpus. Dans un article[34] consacré au cinéma-vérité et au cinéma-direct, elle revient sur les fondements de cette période. Les années 1960 se distinguent par des révolutions sociales mais aussi technologiques. Les caméras deviennent plus petites, plus mobiles et le magnétophone permet d'enregistrer un son en direct de l'image. Le documentaire était alors perçu comme étant un rapport vertical, d'autorité envers le spectateur, la vague du cinéma-vérité souhaite installer un rapport horizontal. Edgard Morin et Jean Rouch (réalisateur de *Les maitres fous*) réalisent ensemble en 1961 *Chronique d'un été* et se revendiquent comme étant du cinéma-vérité.

Parmi les films catégorisés sous ce genre, on retrouve également *Regard sur la folie* de Mario Ruspoli. Ces différentes productions sont spécifiées par leur proximité avec le réel filmé. Il ne s'agit pas de mise en scène mais de filmer ce qu'il se passe. Un débat s'installe peu à peu et

---

[33] Christian Delacampagne. (1974). Antipsychiatrie ou les voies du sacré, Paris : Grasset & Fasquelle, p6.
[34] Séverine Graff, (2011) «Cinéma-vérité » ou « cinéma direct » : hasard terminologique ou paradigme théorique ? , *Décadrages*, 18 | 2011, pp. 32-46. En ligne : https://cutt.ly/Vd48W4e

c'est Mario Ruspoli qui, pour la première fois, utilisera le terme de cinéma-direct. Par ce biais, il veut définir non pas une vérité mais souligner « la proximité vis-à-vis de la personne filmée ». Le réalisateur explique que le dispositif de tournage est conçu pour qu'il soit le plus discret possible afin que ce dernier n'influence pas le cours de l'évènement. Une bataille terminologique s'installe et le terme de « vérité » commence à être jugé comme étant trop subjectif. Afin de montrer au maximum le réel, le cinéaste tente de se confondre autant que possible le milieu.

Pourtant en réponse à ce mouvement, les années 1980 verront arriver les faux documentaires qui reposent sur une production qui utilise tous les dispositifs du cinéma-direct. Par ce biais, ce mouvement a démontré que le spectateur pouvait être manipulé. En effet, en respectant ces codes, un sentiment de réalité ou de vérité peut émerger. La vérité est une affaire subjective alors que le réel se rapporte aux faits. En intervenant le moins possible dans leurs productions, Jean Rouch, Mario Ruspoli, Igor Barrère, Raymond Depardon mais encore Joris Lachaise tentent de nous immerger par l'objectif de la caméra dans le milieu qu'ils ont pu filmer. Leur subjectivité est seulement assumée par leurs choix lors du montage.

Nous pouvons aussi souligner que nous faisons face à des documentaires intimement liés à leurs auteurs. Un tournant s'opère dans le corpus avec l'apparition du temps de parole supplémentaire chez le narrateur, incarné par le journaliste qui ne travaille plus en son nom propre mais pour une boite de production ou une institution liée au contexte de diffusion.

2.5.3. Polarisation de contexte diffusion

L'INA (Institut National Audiovisuel en France) sur son site internet propose une rubrique concernée à l'histoire de la télévision[35]. Après la Seconde Guerre mondiale, la télévision est limitée à la chaine publique. Contre ce monopole, fin des années 1960, les voix s'élèvent face à une chaine qui est contrôlée par l'Etat et qui commet des actes de censure en ne diffusant pas des reportages sur les révolutions étudiantes de Mai 1968. Les mouvements de grèves s'accélèrent et la loi du 7 août 1974, sous le Président Valéry Giscard d'Estaing, supprime l'ORTF (Office radiodiffusion-télévision française). En lieu et place, trois nouvelles chaines de télévision publique sont créées : TF1, Antenne 2 et FR 3. Bien que ces chaines restent publiques, par la multiplicité elles créent une concurrence sur l'audience. Il faudra attendre la

[35] En ligne : https://cutt.ly/ad48YHY

loi du 29 juillet 1982 (« La communication audiovisuelle est libre ») pour voir apparaitre une base juridique pour l'ouverture de chaines privées. En 1984, Canal + débute et incarne le renouveau des chaines privées dans l'espace audiovisuel français. Un autre tournant majeur est la privatisation de TF1 par son rachat par Bouygues. En mars 2005, le lancement de la TNT rend accessible gratuitement dix-huit chaines, portées à vingt-sept aujourd'hui.

En plus de la télévision, nous retrouvons aujourd'hui des plateformes de streaming comme Netflix. Le développement mais aussi la démocratisation d'Internet ont permis un accès exponentiel à toute une série de productions audiovisuelles. Cette polarisation a été le terreau de nouvelles pratiques de productions. La concurrence d'audimat entre les chaines a lancé une course dans la différenciation afin de trouver son public. Cette différenciation, nous la retrouvons au sein de notre corpus. L'exemple le plus marquant est incarné par l'approche opposée de *Ça se discute* et *Dans les yeux d'Olivier* face à *Que faire des fous dangereux ?* et *L'hôpital Cadillac : les fous les plus dangereux de France*. D'un côté des productions diffusées sur France 2, chaine publique, et de l'autre des réalisations retransmises sur M6, chaine privée. Les unes donnent à comprendre la santé mentale en dépit des craintes et des tabous de la société, les autres donnent à voir la dangerosité de certains usagers de la santé mentale par une approche liée à des faits divers sanglants.

2.6. La vision de la santé mentale et les stéréotypes

2.6.1. Deux cas particuliers

Pour rappel, la première hypothèse de ce mémoire est la suivante : la santé mentale est représentée de manière stéréotypée dans les documentaires. A la suite de l'analyse des débuts des documentaires, l'approche réflexive et dénonciatrice de ce corpus a été soulignée. L'ensemble du corpus ne présente pas la santé mentale de manière stéréotypée. En revanche, deux documentaires, émanant d'un même contexte de production et de diffusion, semblent en renfermer un certain nombre.

Que faire des fous dangereux ? et *L'Hôpital Cadillac : les fous les plus dangereux de France* ont tous les deux été produits et diffusés par M6. Avec *Zone interdite*, la chaine invite le spectateur à avoir accès à des lieux assimilés à la dangerosité, parmi ceux-ci on peut citer les banlieues. Une polémique[36] est née en France après la diffusion en avril 2015 d'un reportage sur les zones de « guetto ». Un reportage accusé d'être orienté de manière stéréotypée et anxiogène. Le directeur de la société de production s'est défendu en expliquant qu'ils avaient montré la vérité, même si elle dérange. Pourtant, comme je l'ai mentionné plus haut, la vérité est subjective contrairement aux faits.

Nous le verrons à travers l'analyse de quelques séquences. Ces documentaires modernes, loin de l'esprit du cinéma-direct, construisent une vérité basée sur un caractère anxiogène. La polarisation de la diffusion a amené les chaînes à produire des contenus spécifiques et orientés pour leur audimat. Parmi les stratégies mises en place, Benoît Grevisse pointe dans *Ecritures journalistiques : stratégies rédactionnelles, multimédia et journalisme narratif*[37] un retour en force de la presse à sensation caractérisée par les 4S : sexe, sang, scandale et sport. Bon ou mauvais journalisme, là n'est pas notre question. En revanche, nous pouvons comprendre comment ce genre de production, en respectant ces codes, trouve un audimat qui lui est propre. Il y parvient en respectant des codes qui plaisent au public. Eliseo Veron a souligné ce phénomène au sujet des magazines féminins, il le nomme « contrat de lecture ». Un contrat tacite entre producteur et public, comme le rappellent Yves Jeanneret et Valérie Patrin-Leclère dans un article *La métaphore du contrat* :

[36]Europe 1 : Levée de boucliers contre le reportage de Zone interdite. En ligne : https://cutt.ly/hd48OCs
[37] Benoît Grevisse. (2014) Ecritures journalistiques : stratégies rédactionnelles, multimédia et journalisme narratif, Louvain-la-Neuve : *De boeck*, p20.

> *« Eliseo Veron parle de « contrat » lorsqu'il étudie le positionnement des médias vis-à-vis de leur concurrence et de leur public […] La notion de contrat se comprend non comme une théorie globale de la communication mais comme l'une des composantes d'un programme qui vise à articuler analyse sémiotique (l'étude interne) et enquêtes en réception (l'étude externe). Le rôle du contrat est de poser, au sein des dispositifs et des messages, un lien vers les pratiques* [38]*».*

Autrement dit, les stratégies d'énonciation vont être adaptées pour respecter les attentes du public. Au cours d'un entretien avec Pierre Gonzales, Eliseo Veron tenait ces propos sur le journalisme à travers le regard de son concept de contrat de lecture :

> *« Au niveau spécifique où j'avais situé la problématique du contrat de lecture, en tant que position de discours sous forme de stratégies énonciatives, on ne peut pas dire qu'il y ait un contrat journalistique général. Le contrat professionnel du journaliste par rapport à la société se traduit par des positions discursives totalement différentes, toutes présentes à l'intérieur de ce que veut dire informer. La notion de contrat appliquée à la position précise des différents médias dans un secteur concurrentiel est quelque chose qui touche directement aux mécaniques discursives d'énonciation. Ce qui n'est pas le cas d'un contrat qui définit la position d'une profession dans son ensemble par rapport à la société. On ne peut pas faire comme si tout le monde était d'accord sur ce que cela veut dire d'informer, comme si tout le monde faisait la même chose. Ce qu'on appelle informer d'un point de vue journalistique, en fait n'est pas un acte d'information, mais un acte de communication qui va prendre des formes très différentes, directement associées à la concurrence, selon les supports de presse et qui définit la fidélisation, la continuité de lecture* [39]*».*

Que faire des fous dangereux ? et *L'Hôpital Cadillac : les fous les plus dangereux de France* reposent comme nous l'avons vu sur une approche anxiogène de la santé mentale par le volet de la dangerosité de certains individus. L'ensemble du corpus a été dactylographié. Sur les quatorze documentaires, vingt-neuf fois le mot « dangereux » apparait. Ces deux documentaires monopolisent dix-neuf de ceux-ci. Ces productions s'annoncent via leurs codes, comme en témoigne la bande annonce de *Que faire des fous dangereux ? :*

> *« En 2004, Romain Dupuy, un jeune déséquilibré, revient à l'hôpital de Pau où il avait séjourné et égorge deux infirmières. Il avait pris l'une d'entre elles pour un mort-vivant.*

---

[38] Yves Jeanneret et Valérie Patrin-Leclère. (2004), La métaphore du contrat, *Hermès* 38, p 134. En ligne : https://cutt.ly/xd48H19

[39] Gonzales Pierre. (1996). Production journalistique et contrat de lecture : autour d'un entretien avec Eliseo Veron, Quaderni, n°29, *Sciences de la Vie et médias*, pp. 52-53. En ligne : https://cutt.ly/Ud48814

L'hiver dernier, à Grenoble, un étudiant meurt poignardé par un schizophrène qui s'était échappé d'un hôpital psychiatrique. La schizophrénie, une maladie incurable et qui fait peur, car ces malades sont par définition imprévisibles. Et certains peuvent devenir dangereux, même si c'est une petite minorité sur les 635.000 personnes atteintes de cette maladie. Mais ces faits divers récents ont relancé le débat : Sommes-nous en sécurité ? Faut-il les enfermer à vie comme le réclament certains responsables politiques ? Quand la médecine se substitue à la justice, qui décide d'enfermer les malades ou de les laisser en liberté ? Accès de furie, tentatives d'évasions, crise de paranoïa : une équipe de 66 Minutes a partagé le quotidien des malades et du personnel soignant à l'hôpital psychiatrique Saint Jean de Dieu à Lyon. Le but des soignants est de préparer les malades à la sortie. A voir également, des images qu'on voit rarement tournées dans une unité pour malades jugés dangereux en Avignon, où tous les patients ont déjà commis des agressions violentes [40] ».

2.6.2. Exemples de fabrication de stéréotypes

Ces unités pour malades difficiles existent, elles font partie du champ de la psychiatrie et méritent d'être montrées. On peut cependant s'interroger sur la manière dont cela est fait. Comme nous allons le voir par ces exemples, ces productions drainent une série de stéréotypes.

Tout d'abord avec *Que faire des fous dangereux ?*, le début déjà évoqué plus haut avec une infirmière qui s'apprête à sangler un arrivant. Elle tient ces propos : *« On va essayer de faire en sorte de bien l'accueillir surtout, c'est un moment sympa du soin parce qu'on contient le patient, donc on le rassemble »*. On peut comprendre la nécessité face à certaines situations de devoir retenir certains usagers par des sangles, pour protéger le personnel mais aussi eux-mêmes. Cependant, souligner que ce genre de pratique « est un moment sympa du soin », banalise cet acte qui devrait être voulu comme un dernier recourt par la violence physique et symbolique qu'il représente.

Ensuite, le journaliste questionne : *« La sécurité dans les hôpitaux psychiatriques est-elle bien assurée ? Qui décide d'enfermer les malades ou de les laisser en liberté ? »*. Ces paroles viennent après le relais de faits divers sanglants liés à des usagers sortis d'hôpitaux psychiatrique. On peut penser que les personnes qui remettent en liberté seraient assimilées responsables de potentiels drames. Ces tragédies restent des exceptions, pourtant le ressenti admet que chaque sortie verrait un risque élevé d'acte criminel. L'insécurité est ciblée à l'extérieur, mais aussi à l'intérieur de l'hôpital. Un infirmier témoigne *« Ils ne sont pas tous*

[40]En ligne : http://ecrireiciaussi.canalblog.com/archives/2009/06/15/14038243.html

dangereux mais tous sont imprévisibles […] Penser que l'hôpital psychiatrique aujourd'hui est en sécurité, je vous répondrais que non. On se sent forcément toujours en insécurité ». Par ce genre de témoigne, le spectateur peut se dire que si à l'intérieur même d'un dispositif créé pour isoler ces « fous dangereux », un sentiment d'insécurité règne, ce sentiment doit être décuplé à l'extérieur. Une inférence qui existe, cependant, on peut souligner également la détresse du personnel dans leurs lourdes tâches.

Le journaliste termine le documentaire en déclarant : *« En France, les schizophrènes dangereux sont de plus en plus nombreux, pour être accepté à l'UMD d'Avignon, il y a une liste d'attente de trois mois. Pour répondre à toutes ces demandes, les pouvoirs publics ont décidé de construire quatre nouvelles unités pour malades difficiles »*. Après avoir insisté sur la dangerosité de ces hommes durant l'ensemble du documentaire, le journaliste termine par dire que ces fous dangereux sont de plus en plus nombreux, qu'il n'y a pas assez de place pour les encadrer mais alors où sont-ils en attendant ? C'est une question que va se poser le spectateur, il tentera probablement de trouver la réponse par lui-même, et se demandera tout du moins, s'ils ne sont pas en liberté à proximité de lui. En cela, le documentaire propose un terreau fertile par une méfiance générale face aux usagers de la santé mentale.

La différence de poids accordée à certains témoignages est également à souligner. Lors d'une permission, deux pensionnaires ont la possibilité d'aller chercher des cigarettes et de boire un café non loin de l'hôpital. Le journaliste déclare : *« Contrairement aux idées reçues, lorsque les schizophrènes sont dehors, ils sont plus souvent victimes d'agressions que coupables de leurs comportements étranges »*. Le spectateur a uniquement droit à cette phrase, émise par le journaliste et qui ne résulte pas d'un témoignage direct d'une victime. Une phrase qui fait face, ou plutôt qui s'efface vis-à-vis de la séquence suivante. Pour marquer la suite du reportage le journaliste affirme que bien suivis et médicamentés, les schizophrènes ne représentent pas de danger, mais en liberté, en cas d'un manque de rigueur il cite : *« cela peut vite tourner au drame »*. La séquence qui suit est le témoignage d'une victime de coups de couteau de la part d'un schizophrène, installé avec lui dans une chambre d'hôpital aux urgences. Longuement, le reportage laisse place au récit de cette agression. Face à l'importance accordée par cet évènement, en temps mais aussi en ressource par ce long témoignage, la phrase du journaliste sur les agressions des schizophrènes ne semble pas chargée de signification égale pour le spectateur.

Pour le documentaire consacré à l'Hôpital Cadillac, la recette anxiogène reste la même. Les premières paroles du journaliste sont : *« Voici ceux que l'on ne veut plus voir, ceux que le monde aimerait oublier parce qu'ils sont fous et dangereux. Beaucoup parmi eux ont tué ou violé. Ils sont tellement dangereux que ni les prisons ni les hôpitaux psychiatriques n'en veulent. Pour eux, une seule solution, la dernière solution : l'unité pour malades difficiles à Cadillac »*.

Le cas de Karim est aussi interpellant, l'usager, présenté comme dangereux est calme lors d'un passage près du coiffeur. Ce dernier fait preuve d'empathie et de considération en apportant un peu d'attention humaine et sociale à Karim. L'interné est visiblement heureux de cet échange, de cette attention, qui pourrait être une piste de réflexion pour l'entourage de ces usagers. Mais à nouveau, la séquence qui suit balaie cette impression, le journaliste avertit : « *Approcher un malade aussi imprévisible que Karim, le rassurer suffisamment pour parvenir à le toucher, c'est le garder un peu dans le monde des hommes. C'est le talent de ces vieux infirmiers, les jeunes n'ont pas encore ces bons réflexes, il leur faudra du temps pour apprendre. Par contre ils comprennent très vite que s'ils ne se méfient pas, tout peut tourner au drame »*.

Tout au long du reportage, on peut entendre des cris et une partie de séquences mérite notre attention. Lors de la distribution de médicaments, ces cris se font à nouveau entendre. A la 23ème minutes et 25ème secondes[41], ce cri s'arrête net. Vocalement, il est facilement réfutable d'admettre que c'est possible. Un problème de mixage audio lors du montage est une possibilité mais à une condition stricte : plusieurs micros enregistraient au même moment. En effet, s'il n'y avait qu'un micro, la coupe sonore se ferait également entendre sur la scène à laquelle nous assistons. Ceci n'est pas le cas. La piste audio d'un potentiel deuxième micro pourrait avoir été mal coupée. Je n'ai pas eu accès au générique de ce documentaire, il est impossible de démontrer s'il y avait un ou deux preneurs de son durant le tournage. Cependant, au regard des pratiques journalistiques, sur un tournage qui a duré plusieurs jours, l'investissement d'un deuxième preneur de son semble peu probable. En effet, le documentaire repose principalement sur la scène qui est filmée, narrativement parlant, un deuxième micro, utilisé à un autre endroit que la pièce dans laquelle on filme, viendrait perturber auditivement le spectateur. Ce dernier entendrait des sons qui ne se rapportent pas à ce qu'il voit. Cet évènement, mais aussi le caractère cyclique et répétitif de ces cris, suppléés au fait qu'à aucun moment on ne voit un interné pousser ces cris m'amènent à une hypothèse. Ces cris ont été rajoutés tout au long du montage pour créer une ambiance anxiogène auprès du spectateur. Si je ne peux le prouver, des

[41] Documentaire disponible sur Youtube. En Ligne : https://cutt.ly/3d486Z0

doutes sont à souligner. En cas de réelle manipulation de son pour la création d'un climat anxiogène, la production amènerait par une touche supplémentaire, un code qu'attend le spectateur du programme de M6. Cependant, cela ne reflètera en rien, la réalité tout du moins sonore de ce lieu.

Les stéréotypes quant à la dangerosité des usagers de la santé mentale sont abordés dans ces deux documentaires qui ne représentent pas l'ensemble du corpus. Le champ lexical utilisé repose en grande partie sur le danger, l'insécurité, le drame, le tragique et la violence. Ensuite, ces deux productions utilisent les faits divers pour lancer leurs sujets. Une piste sans doute à explorer pour examiner le relais de stéréotypes auprès du grand public.

2.7. Synthèse de l'analyse

Indirectement, l'établissement du corpus de documentaires donnait une première information. Au fil des décennies parcourues, le panel de documentaires disponibles grandissait. Ceci nous indique que l'on parle plus de santé mentale qu'auparavant. Nous l'avons souligné, la santé mentale reste taboue mais l'augmentation du nombre de productions peut être interprétée comme un signe encourageant que ce sujet s'immisce peu à peu dans les médias.

Le prisme du passé asilaire et l'image de l'hôpital psychiatrique renvoient toujours de nos jours à la privation de liberté et à l'exclusion de la société. Ces lieux, par ce qu'ils incarnent, sont majoritairement dénoncés dans notre corpus. La maladie mentale n'est pas toujours représentée de manière stéréotypée mais on peut caractériser à travers l'ensemble du corpus le sentiment de peur auquel elle renvoie. Un sentiment de peur qui vient en partie d'une méconnaissance de la société face à ses propres craintes.

La force du témoignage et de l'expérience d'autrui, nous ont permis de comprendre davantage la santé mentale. *Dans les yeux d'Olivier* et *Ça se discute*, le temps de parole accordé aux usagers nous a permis d'avoir accès à un contact serein et sincère avec des usagers qui ont pu nous transmettre leurs expériences. Cette force du témoignage est une piste à creuser pour faire tomber les barrières. Une piste à travers un intermédiaire incarné par l'interview, serviteur médiateur qui peut nous placer à la fois proche et distant des sujets qui nous font peur.

Nous avons pu remarquer le lien profond entre le contexte social d'une époque et son contexte de production. Depuis les documentaires d'auteurs jusqu'aux productions reposant sur une logique de codes destinés à un public visé. *Les maitres fous, La Devinière* mais encore *Ce qu'il reste de la folie,* nous ont ouvert l'esprit à d'autres approches que celle de la psychiatrie occidentale. La folie ne serait pas toujours où on la pense. La société est sans doute la première pourvoyeuse de personnes atteintes par des troubles mentaux.

2.8. Réflexions

La polarisation du champ médiatique a de la même façon polarisé l'horizon d'attente[42] des spectateurs. Ceux-ci sont nomades et ne sont plus cloisonnés à un système de production ou une chaine en particulier mais un cloisonnement semi-perméable existe dans le champ audiovisuel. Cette polarisation amène le spectateur à faire face à des contenus qui respectent certaines esthétiques. Il existe un système de feed-back entre les producteurs et les récepteurs dans lequel chacun répond aux attentes de l'autre. L'un pour se divertir, l'autre pour l'audimat, raison première de sa survie économique.

L'importance d'une représentation médiatique variée est essentielle et en particulier sur les médias généralistes qu'il reste. Dans un article, Valérie Gorin historienne et sociologue des médias nous invite à revenir par l'écrit de Bernard Lamizet *Sémiotique de l'événement,* sur l'influence dans l'espace public des représentations médiatiques :

> *« Miroirs » des événements et participants de notre construction en tant qu'acteurs de sociabilité, les médias sont également une mémoire, à la fois singulière et collective, qui assurent la pérennité du lien social. En cela, Lamizet distingue les différentes approches de l'événement dans le discours historique et le discours médiatique. Alors que la démarche historique s'efforce d'interpréter le passé en prenant du recul, de donner du sens à posteriori aux actions des sujets sur un temps long qui ne permet pas d'engagement politique, la démarche des médias consiste à influencer l'opinion publique dans le présent, un temps court qui permet une forme d'engagement politique. Parce qu'ils sont proches des événements*

[42] Concept définit en page 9 de ce mémoire dont on doit la paternité à Hans Robert Jauss.

dont ils parlent et des acteurs qu'ils mettent en scène, les médias nous impliquent en faisant de nous des citoyens-acteurs politiques, mais aussi des sujets de sociabilité[43]*».*

Si les médias font de nous des sujets de sociabilité et assurent nos liens sociaux, ils façonnent également notre manière de penser la société. Dès lors, il apparait important de sortir des hôpitaux psychiatriques, loin des cas particuliers liés à des faits divers, loin de la peur mais dans la compréhension par l'expérience de l'autre en dehors de l'évènement. Le système de feedback énoncé plus haut, pourra alors à son tour changer les attentes du public et l'amener vers d'autres pistes d'appréhension de la santé mentale. Pour rappel, en Belgique, comme le révèle Sciensano, vingt-sept pourcents de la population sont touchés par des troubles de la santé mentale. Une information plus variée sur le domaine est vitale pour le changement de mentalités. En effet, un quart de la population n'est pas lié aux hôpitaux psychiatriques, ni à la dangerosité. En revanche tous font face à des formes de rejet social intimement liées à la peur et la honte que véhiculent encore de nos jours la santé mentale.

[43] Valérie Gorin. (2006). Bernard LAMIZET *Sémiotique de l'événement*, *Communication*, Vol. 28/1 | 2010. En ligne : https://cutt.ly/md44uLb

CHAPITRE 3
Productions journalistiques alternatives

3.1. Avant-propos

Ce mémoire création avait pour objectif premier, la réalisation d'un documentaire. L'intention était au travers d'interviews et de rencontres, de porter une réflexion sur la santé mentale au fil de la production. A l'instar d'Olivier Delacroix, je souhaitais réaliser un chemin réflexif à partager avec le téléspectateur.

Suite au confinement lié au Covid-19 au printemps 2020, il a été impossible de poursuivre les tournages entamés en février 2020 pour produire le documentaire. Les bases de mon projet devaient pour autant perdurer : sortir du lieu médical et donner la parole aux usagers. C'est pourquoi, après réflexion, le choix d'un traitement médiatique transversal s'est imposé. De nos jours, il est de plus en plus souvent demandé aux journalistes de traiter un même sujet par le biais de différents canaux. Parmi les plus récurrents, on retrouve aujourd'hui le reportage audiovisuel, la production radiophonique mais encore l'article écrit.

Ayant réalisé mes stages à la RTBF durant mon Master, je me suis inspiré du modèle « 360 degrés ». Ce système repose principalement sur une organisation transversale de l'information, suivant les supports choisis pour traiter un même sujet ou une même information.[44] En ce qui concerne mes productions, j'ai dû choisir différents sujets qui s'adaptent au mieux au support de diffusion destiné. Dans les rédactions, cette réforme n'est pas apparue comme une opportunité. Les journalistes se plaignent généralement d'une charge de travail supplémentaire. Par exemple, en radio les journalistes doivent en supplément écrire un article web pour le site de la RTBF. Une charge de travail additionnelle qui impacte la qualité du travail radiophonique. Du temps sur le montage audio doit être prélevé pour être consacré à la rédaction de l'article. Les journalistes interprètent cette réforme comme un nivellement par le bas.

Lors de la réalisation de mes productions, j'ai pu constater que ma plus grande richesse était de pouvoir prendre le temps d'être sur le terrain. En dehors du flux médiatique et de l'obligation d'une production imminente, j'ai pu partager un nombre d'évènements et de discussions supplémentaires. Si le dialogue est nécessaire avant une interview, ce temps de préparation est encore plus important avec des usagers de la santé mentale. Il y a d'abord le temps de la

[44] La réforme de la RTBF était présentée à la rentrée médiatique en septembre 2018 par l'administrateur général Jean-Paul Philippot. Jean-François Sacré. (2018, 30 août). La RTBF devient un média global, *l'Echo*. En ligne : https://cutt.ly/sd44dBl

rencontre, le temps de l'explication de mon projet, ensuite vient l'observation et enfin le moment des questions-réponses. La donnée commune à tous mes reportages est la volonté des usagers de la santé mentale à communiquer. L'intérêt qui leur est porté manifeste chez eux une grande envie de partager leurs expériences. A leurs regrets, un partage que refuse généralement la société.

3.2. Inspiration anthropologique

Pour réaliser mes productions, il a fallu créer une intimité avec les intervenants. Le moyen de lier une confiance avec ces derniers a été de les rencontrer dans leurs milieux de vie afin d'être dans leur quotidien. Cette méthode repose sur l'observation participante appliquée en anthropologie. Cet extrait de Georges Lapassade, dans *Vocabulaire de psychosociologie* explique en quelques mots cette démarche :

> « Dans le manuel de sociologie qualitative publié en 1975 et réédité en 1985 par Bogdan et Taylor, l'observation participante est présentée comme un dispositif de recherche caractérisé par « une période d'interactions sociales intenses entre le chercheur et les sujets, dans le milieu de ces derniers. Au cours de cette période, des données sont systématiquement collectées […]. Les observateurs s'immergent personnellement dans la vie des gens. Ils partagent leurs expériences [45] ».

Tout au long du travail de terrain, l'observateur participant, tout en prenant part à la vie collective de ceux qu'il observe, s'occupe essentiellement de regarder, d'écouter et de converser avec les gens, de collecter et de réunir des informations. Il se laisse porter par la situation.

Rarement lors de mes interviews, les questions étaient écrites à l'avance. Mon souhait était de converser et d'échanger avec les usagers de la santé mentale après avoir vécu quelques heures en leur compagnie. Une fois mon projet précisé : leur donner la parole, l'unique indication était qu'ils me partagent leur expérience. Mon objectif n'était pas de les faire parler sur des sujets spécifiques, mais les laisser diriger la conversation vers les sujets qu'ils voulaient évoquer et transmettre par leurs témoignages. Pour une plus grande intimité, des rencontres sans caméra et enregistreur ont été réalisées pour faire connaissance avec les intervenants.

[45] Georges Lapassade. (2002), Observation participante, Vocabulaire de psycosociologie, *Eres*, p375. En ligne : https://cutt.ly/2d44kRV

3.3. Le CREAHM : les mercredis de l'impro

3.3.1. Présentation du lieu

Le Créahm est un centre de créativité pour personne handicapée mentale. Il est important de souligner que c'est un lieu artistique et non pas thérapeutique. Les usagers n'y ont pas la volonté d'être soignés. Outre l'aspect artistique, cette association comporte un projet sociétal. Par ses ateliers créatifs, le Créahm participe au développement et à l'épanouissement des usagers. L'art leur permet d'avoir une autre forme d'expression. Il s'agit aussi d'un renforcement de l'estime de soi, puisque par les expositions diverses des créations, les usagers peuvent dévoiler et montrer leurs capacités artistiques. Le Créahm se présente également comme un projet politique puisqu'il repose sur la défense des droits des personnes handicapées, le droit à la culture et à l'expression. C'est aussi une volonté politique de s'insérer dans le champ social plus largement afin que le monde du handicap mental soit plus justement et mieux intégré à la société.[46]

Pour ce reportage je me suis rendu à Liège. Il existe un centre de jour, créé en 1994. C'est dans ce centre que l'on retrouve entre autres, un atelier de théâtre. Tous les troisièmes mercredis du mois, les portes s'ouvrent au public le temps d'une soirée pour une représentation. Le choix de cet atelier plutôt que l'atelier peinture s'explique par le fait qu'en audiovisuel, le théâtre, spectacle vivant, s'adapte mieux à une production de ce genre. Ce mois de février 2020 était consacré à la thématique du clown. J'ai pu assister aux répétitions ainsi qu'à la représentation.

3.3.2. Méthodologie

Avant d'arriver avec les caméras, je me suis rendu trois fois le temps de quelques heures à des ateliers de théâtre durant le mois de février pour suivre les préparatifs de la représentation. Durant ce laps de temps, j'ai pu observer et échanger avec tous les usagers. Sur base de volontaires, j'ai demandé à chacun s'il souhaitait témoigner face caméra. Tous ont répondu positivement à la proposition. Par des soucis logistiques, il a fallu faire des choix sur les personnes qui seraient interviewées. Il a fallu faire ces préférences suivant les capacités d'élocutions de chacun. Le dialogue est possible avec tous, mais tous n'ont pas la même faculté de faire passer un message concis en l'espace de quelques phrases. En radio, couper le son

[46] Informations depuis le site officiel du Créahm. En ligne : https://cutt.ly/Ld44lwn

permet de construire un discours fluide tandis qu'en image, les coupes doivent être les moins nombreuses pour ne pas avoir cette impression de coupage dans le discours des personnes.

Lors des interviews, j'ai fait le choix de prendre deux usagers en même temps afin de doubler mes temps d'interviews. J'avais pu remarquer au préalable que certains jours, certains étaient plus à l'aise que d'autres. Dans le reportage, par deux fois, lors des interviews de Julien et Guillaume, Aurélie et Remy n'ont pas de temps de parole.

Si mon souhait premier est de donner la parole aux usagers de la santé mentale, j'ai souhaité également qu'Alain, le moniteur de théâtre intervienne. Par son intervention, on comprend que le Créahm n'est pas fait pour tout le monde. Il est important pour moi de ne pas faire de la santé mentale un sujet idyllique voire utopique. Tout le monde n'a pas la fibre artistique. Il était important d'amener cette précision en regard au reportage *La rentrée de Paul, comme les autres.* De ce document, ressort une impression de généralité. Dans les commentaires, bon nombre de ces derniers vont dans le sens qu'il faut intégrer tous les autistes à des classes traditionnelles. Pourtant, il faut souligner le fait que cela n'est pas possible avec tout le monde, qu'il existe des niveaux d'autisme différents.

3.3.3. Difficultés

Une des difficultés majeures a été l'enregistrement des interviews. Au total de trois heures d'interviews filmées, il en ressort trois minutes dans le reportage. Une interview était inutilisable en vidéo. Lors de ses interventions, Carl se répétait une dizaine de fois avant de démarrer une autre phrase. Sur les quarante minutes en sa présence, j'ai compris ce qu'il tentait de me dire selon ses moyens, mais à l'écran, il était impossible de faire ressurgir le fond du discours sans en diffuser la totalité.

Pour les interviews de Julien et Guillaume, après avoir compris le fond de leurs messages, j'ai dû parfois réinterpréter leurs idées, les synthétiser afin de les relancer sur ces mêmes sujets. Par exemple, lorsque Julien me confie que le regard de la société ne fait pas changer ses objectifs. J'ai réalisé qu'à l'écran, avec la manière dont il s'exprimait, par cet unique passage, cela serait peu compréhensible pour le spectateur qui n'a pas accès à l'ensemble de la discussion. C'était une frustration car je jugeais le fond d'une grande pertinence, alors que je pensais que la forme ne permettrait pas de comprendre par un court extrait. A la fin de son intervention Julien dit : *« Mon but unique ici est plus important que la vie en générale »*. Ce que Julien souhaite dire pour « *La vie en générale* » ce sont les critiques, les regards auxquels il fait face

quotidiennement. Pour ces raisons, pour une meilleure compréhension, j'ai opté pour le sous-titrage et un commentaire pour synthétiser l'idée qu'il souhaitait transmettre.

Des difficultés techniques également, en étant seul. Pour l'interview d'Alain, la caméra avait fait la mise au point sur son reflet dans le miroir. L'interview n'était pas utilisable. Lorsque je suis allé au Créahm il y a deux ans, j'avais déjà interviewé Alain dans cette même pièce. Le contenu de ses propos étant similaire, je me suis permis d'intégrer ces passages d'interviews d'il y a deux ans, avec toutes les autres images datant de février 2020. Le message restant identique, cela ne change rien au sens donné au reportage.

Pour réaliser ces interviews, il a fallu du temps et de la patience, des conditions nécessaires pour extraire toute la richesse qu'on a nous partager certains usagers. Il faut cependant reconnaitre que dans le domaine du journalisme professionnel, ce temps est de moins en moins donné par les rédactions. Elles privilégient une logique de production de masse plutôt que qualitatives avec un travail de terrain plus riche. Il n'est pas rare aujourd'hui que des journalistes montent des images qui leurs sont transmises sans qu'ils ne se rendent sur le terrain.

3.3.4. Contexte de diffusion

Le projet de base de la réalisation d'un documentaire reposait sur une durée classique de diffusion de vingt-six minutes. Suite à l'impossibilité de pouvoir le réaliser et chemin faisant de ma réflexion, il était intéressant de produire un contenu qui ne respecte pas forcément les codes des médias traditionnels. Finalement, ce reportage relève d'un côté amateur puisque j'ai été seul pour établir un scénario, filmer et monter. A l'instar des productions sur les réseaux sociaux, j'étais également totalement libre de toute contrainte de temps. Si cette vidéo était publiée sur YouTube, elle serait vue principalement par des spectateurs intéressés par le sujet.[47] Toucher un large public relèverait de l'incertitude, en revanche, contrairement à une diffusion instantanée, les réseaux sociaux et en particularité Youtube, permettent un accès intemporel aux productions qui y sont déposées.

3.3.5. Réflexions

Ce que j'ai appris lors de cette journée au Créahm, c'est qu'ils sont tous conscients de leurs différences. Ces acteurs ont des difficultés mais ils ont également des facilités. Ils semblent tous désinhibés et s'ouvrent sur cette scène comme il n'est pas possible de le faire ailleurs. Ils

[47]En plus de l'annexe, la vidéo est disponible via le lien privé qui suit : https://www.youtube.com/watch?v=y-rmpTWUtY4&t=4s

trouvent par l'art un moyen d'exprimer leurs différences. Ce mois de février portait sur la thématique du clown. Lors de ma première rencontre avec cette troupe, une personne atteinte par la trisomie 21 m'avait particulièrement marqué à ne pas vouloir participer à l'activité. En échangeant avec lui, il m'avait confié : « *Faire le clown, c'est faire l'handicapé, je ne veux pas faire ça* ». A l'inverse de Guillaume qui insiste sur le fait que le personnage de clown se travaille et qu'il n'a rien à voir avec le handicap, Franck pensait tout le contraire. Ce dernier ne semblait pas appréhender la démarche artistique qui était souhaitée. Il est vrai que communément, face à des actions qui viennent troubler des comportements jugés comme étant dans la norme, on peut entendre « *arrête de faire le clown* ». Franck avait souhaité passer la journée avec moi et non avec le groupe d'usagers. Tout au long de nos discussions, il a tenté de me faire comprendre que sa place n'était pas parmi des usagers de la santé mentale. Franck manifestait l'idée d'appartenir à une société homogène et non hermétique aux personnes handicapés mentales. Il incarnait par son comportement le poids de la société qui dicte ceux qu'elle considère comme « normaux » ou non, avec pour conséquence, l'intégration ou le rejet.

Au Créahm, j'ai pu ressentir également un lieu dans lequel la bienveillance régnait. Dès ma première arrivée, tous sont venus vers moi pour me dire bonjour et me demander qui j'étais. S'il était important pour moi de les mettre à l'aise avant les interviews, j'ai compris que par leurs démarches, ils ont également facilité mon intégration. Depuis cet événement, j'ai pu faire l'expérience à plusieurs reprises d'une arrivée dans un milieu inconnu pour moi. Jamais depuis le Créahm je n'ai reçu cet accueil spontané. Ce sentiment de réserve de notre société face à l'inconnu peut être considéré comme un frein à l'intégration des usagers de la santé mentale. Les barrières dressées par nos usages expliquent en partie le rejet social de cette tranche de la population.

Le rire du public, mais également le mien, m'ont permis de réaliser que ces sourires portaient sur les personnages qu'ils incarnaient, sur leurs performances et non sur leurs personnes. Les quelques mètres carrés de cette scène leur permettent d'être vus autrement que sous le prisme de leur handicap. Ayant assisté aux répétitions, j'ai pu à plusieurs reprises remarquer les égarements de certains face aux consignes préalablement données. Comme en témoigne Alain, ce sont ces moments qui plaisent le mieux au public. La transgression des normes semble parfois bénéfique aux changements des mentalités.

3.3.6. L'art et émancipation de la folie

L'expérience du Créahm a dirigé ma réflexion sur le pouvoir d'émancipation de la folie de l'art et des productions culturelles. Elise Vandenninden, membre de la faculté de Philosophie et Lettres de l'ULiège a réalisé une thèse au sujet de la médiation culturelle et de l'art-thérapie. Un de ses textes aborde l'émancipation sociale des usagers de la santé mentale par la création artistique, en voici un extrait :

> *« Le principe d'exposition des œuvres des malades, mis en avant par de nombreux auteurs et acteurs de l'art-thérapie, ne garantit nullement la réinsertion sociale des patients qui, par leur présence sur le marché de l'art, prétendraient au statut d'artiste. Pour que le patient soit perçu comme un artiste par le grand public, nous avons montré qu'il conviendrait avant tout que les « faiseurs » d'art-thérapie considèrent les productions telles des œuvres artistiques et non uniquement des outils thérapeutiques. Ceux qui parmi les art-thérapeutes souhaitent poursuivre cet objectif de réinsertion sociale par les pratiques d'exposition, se doivent donc d'inscrire au point de départ de toute action la perception du malade comme un artiste. « Créer le créateur » , tel serait l'horizon d'une émancipation via l'exposition [48] ».*

Ce passage retranscrit parfaitement le projet du Créahm. Lors d'une de ses interventions, Alain Winand, le moniteur de théâtre, insiste sur le fait suivant : il ne fait pas de l'art-thérapie. Les créations théâtrales sont considérées comme des productions culturelles à part entière. Il en ressort également une partie de ma conclusion puisque j'ai apprécié la performance scénique de personnes incarnant des personnages de clown, en dépit de leurs handicaps. C'est en étant considérés comme des artistes qu'ils parviennent à transmettre leurs différents messages, en passant par l'art comme médiation culturelle. Lorsqu'à tour de rôle ils clament *« Je m'appelle (nom de personnage) et je suis à ma place* », on comprend que pour ces artistes, leur place est sur les planches tout comme leurs personnages. Ce message passe d'autant mieux auprès du public puisque pour cette troupe particulière, l'art n'est pas une thérapie mais davantage un moyen d'expression.

[48] Elise VANDENINDEN , (2013) « La création artistique comme vecteur d'émancipation sociale pour les malades mentaux », *Cultures*-Kairós , Les usages du politique et leurs enjeux dans les pratiques artistiques et expressions esthétiques, *Varia*. En ligne : https://cutt.ly/Wd44bXi

3.4. Le mouvement personne d'abord : groupe de parole

3.4.1. Présentation du lieu

Au fil de mes rencontres au sujet de la santé mentale, j'ai remarqué que les usagers n'étaient pas avares de mots. Ils aiment partager leurs expériences, mais pas seulement. Quelques-uns d'entre eux m'ont confié leur souffrance quant au manque de considération dont ils faisaient part lorsqu'ils essayaient de parler avec des personnes lambdas. A la suite d'une conférence de presse à Liège le 3 décembre 2019 au sujet de la journée internationale des personnes en situation de handicap, j'ai pris connaissance de l'existence du Mouvement Personne d'Abord. Cette ASBL se compose en grande partie d'usagers ayant des troubles mentaux, quelques personnes employées aident simplement à les soutenir dans leurs démarches. Une fois par semaine, à Verviers, Namur et Liège, l'espace de deux heures, les membres se réunissent pour discuter. Le collectif défend les idées principales suivantes : l'autodéfense des droits de la personne avec une déficience intellectuelle, l'intégration et l'autonomie, la participation au débat politique sur ce qui les concerne.

Historiquement, le mouvement trouve ses racines en 1993. Le ministre de l'action sociale et de la santé, Willy Taminiaux s'est rendu au Canada. Le mouvement existait déjà au Québec. Le mouvement verra véritablement le jour à Liège en 1996.[49]

3.4.2. Méthodologie

Puisqu'il s'agissait d'un groupe de parole, j'ai opté pour la production radiophonique. Dans l'optique de la réalisation du documentaire, je m'étais rendu à une réunion du groupe de parole à Liège avec seulement un micro. Mon reportage a été repris par Vivacité Liège qui a diffusé mon sujet en décembre 2019. Le documentaire étant en impossibilité d'être réalisé, j'ai choisi de reprendre ce reportage. D'un point de vue pratique, je ne suis pas intervenu dans la réunion, micro allumé, je le dirigeais vers les intervenants. Par ma présence, les usagers ont souhaité diriger la réunion sur l'importance qu'ils portent à être entendus et considérés comme des personnes à part entière.

[49] Informations depuis le site officiel de l'ASBL Mouvement Personne d'Abord. En ligne : https://cutt.ly/xd44RW6

3.4.3. Reportage

Chapeau

Ils ont une déficience intellectuelle mais ils sont indépendants. Parmi leurs revendications : être écoutés. Tous les lundis à Liège durant quelques heures, ils brisent ainsi leur solitude au sein de l'ASBL Mouvement Personne d'Abord. Le temps de rappeler aussi qu'ils n'aiment pas qu'on les surnomme les handicapés.

Billet monté :

- Vanessa : « *C'est comme nous traiter d'imbéciles, on n'est pas imbéciles. On est différents. On a peut-être une déficience mais on n'est pas bêtes à ce point-là* ».

- Quentin : « *Vanessa est la vice-présidente de l'ASBL et pour elle, on ne choisit pas sa différence, c'est la différence qui nous choisit. Ces réunions, c'est l'occasion de s'écouter, de s'entraider, mais aussi un moment pour échanger sur des situations qui énervent. Comme pour Didier qui bénéficie d'un logement d'urgence du CPAS* ».

- Didier : « *Ils sont venus un dimanche il était onze heures du soir. Ils sont venus pour voir si je mettais bien mes poubelles. Je lui ai dit : « Qu'est-ce que tu fais là ? Je ne suis pas un gamin » je dis « allez tu t'en vas, fous moi la paix maintenant* ».

- Quentin : « *le manque de prise au sérieux, de considération, c'est une lutte de tous les jours. Pour Jonathan, c'est important de communiquer de manière égale, sans aucun rapport de force* ».

- Jonathan : *« Malgré qu'on a une déficience, on peut parler, on peut discuter. Il faut qu'il y ait des gens comme ça aussi, qui ne soient pas en disant « vous avez une étiquette et bien on vous parle plus. » Non, non, il faut voir les choses et tout ça, mais il y en a qui ne comprennent pas et je me demande si eux n'en ont pas une aussi* [50]».

[50] Ce reportage est à télécharger en annexe.

3.4.4. Difficultés

La principale difficulté de cette production était de contracter une réunion de plus de deux heures dans un format classique d'un billet monté d'une minute quinze secondes suivant les codes utilisés par Vivacité. Au départ, je souhaitais laisser la parole aux usagers, le plus longtemps possible. Je me suis vite aperçu que pour retranscrire les différents points de la réunion dans un format aussi court, je devais guider le reportage à travers les différentes discussions de la réunion. A la place du temps de parole, j'ai privilégié l'intervention de trois membres différents. Par un court extrait, chacun d'entre eux manifeste l'ensemble des messages que j'avais compris durant ces deux heures passées en leur compagnie. Vanessa témoigne le fait qu'ils souhaitent être vus comme des personnes à part entière. Didier témoigne d'un manque de considération. On peut s'interroger sur le réel passage des agents du CPAS un dimanche à vingt-trois heures, mais on peut constater un sentiment d'être surveillés dans leur quotidien. Enfin, Jonathan insiste sur le fait qu'ils peuvent tous parler et que c'est à la société de leur enlever les étiquettes qu'elle a elle-même posée sur ces personnes dont elle considère peu la parole.

3.4.5. Contexte de diffusion

Contrairement à la réalisation plus libre de la vidéo, ce reportage radiophonique devait respecter plusieurs codes sur sa forme puisque destiné à une diffusion lors d'un journal parlé de Vivacité. Contrairement à une vidéo sur internet, mais encore un reportage télévisuel, on peut s'interroger sur la réception d'un document qui est inséré dans un journal parlé. Le Mouvement Personne d'Abord a fait l'objet d'un film de Mourad Touati.[51] On conviendra qu'un public intéressé par le sujet se rendra vers ce genre de production et vers l'œuvre finale. Dans le cadre d'un journal parlé, le processus pourrait être considéré comme inverse. Le spectateur, en l'occurrence l'auditeur, ne choisit pas les sujets qu'il va entendre dans le journal parlé. Dès lors, il est intéressant de produire des contenus de ce genre afin de parler de santé mentale à un plus large public possible. Ce genre de productions courtes et concises est un premier pas d'une représentation plus globale du monde de la santé mentale. En dehors d'un évènement, d'un fait divers, mais plutôt dans le quotidien des usagers.

[51] En ligne : https://wal.autonomia.org/article/projection-du-film-reconnaissance-en-avant-premiere

3.4.6. Réflexions

Sur le temps de quelques heures passées en compagnie de ces personnes souffrant de déficience intellectuelle, j'ai compris que ce dont elles souffraient le plus était un manque d'interactions sociales. Beaucoup d'entre eux viennent briser leur solitude le temps d'une soirée. Certains sont plus bavards que d'autres, mais faire partie d'un groupe, écouter les autres parler, c'est un réconfort pour les plus discrets d'entre eux. Tous les sujets peuvent y être évoqués : sexualité, travail, argent, énergie, écologie, politique. Ils peuvent faire valoir leurs avis, ils peuvent parler mais surtout, se sentir écoutés.

Avec ce groupe je me suis aperçu que le manque de place dans la société et de considération étaient un frein supplémentaire à leurs différences. La société ne semble pas aussi souple que ce groupe de personnes prêt aux concessions. Le reportage axé sur le groupe de parole aurait pu être anglé sur un autre événement. Lors de la réunion, les usagers ont discuté du cas de Vanessa et Didier. Ce couple occupait alors depuis plusieurs mois un logement d'urgence du CPAS de Herstal. Suite à un incendie dans leur appartement, Vanessa et Didier se sont vus attribuer un logement pour lequel il est demandé un tarif journalier de 25 euros par jour, soit 750 euros par mois. Il faut savoir que ni l'un ni l'autre ne travaille à cause de leurs déficiences mentales. En plus de leurs difficultés sociales, la difficulté économique les empêchait de trouver un bailleur prêt à les accepter.

Un manque de flexibilité de la part de certaines instructions se faisaient également ressentir. Il leur était strictement interdit de décorer leur appartement d'urgence avec des décorations de Noël lors des fêtes de fin d'année 2019, ils leur étaient interdit de recevoir des amis, le couple ne pouvait également pas avoir de télévision. Tout ceci, pour le motif suivant : un logement d'urgence doit rester temporaire. Ces mesures sont prises pour que les personnes recherchent un logement fixe le plus rapidement possible. Il faut cependant savoir que Didier ne sait ni lire ni écrire, ne pouvant recevoir personne et ne pouvant avoir de télévision, il manifestait durant la réunion un sentiment de vivre complétement coupé du monde les derniers mois. Face à ce genre de cas, on peut s'interroger sur la souplesse de la société envers une tranche de la population fragilisée. Si je devais définir mon ressenti après ces rencontres, je soulignerais la peur face à la différence dans notre société. Une peur qui fige cette dernière alors qu'une mobilité, une ouverture vers autrui l'amènerait à plus de compréhension et *in fine*, de considération.

3.5. Portrait de Jean-Paul Noel

3.5.1. Présentation du sujet

Après avoir rencontré des autistes et des personnes atteintes par la trisomie 21, un groupe de parole avec des usagers touchés par des déficiences intellectuelles ou la dépression, je souhaitais rencontrer une personne bipolaire ou schizophrène pour réaliser un portrait. Les interviews d'Olivier Delacroix et Jean-Luc Delarue avec une bipolaire et deux schizophrènes permettent par le témoignage de ces personnes, de sortir des stéréotypes de violence et de dangerosité auxquels ces maladies mentales sont souvent associées.

Une information plus variée et en dehors du fait divers est nécessaire au changement des mentalités. Dans un article écrit par Jérémy Bernier pour Le Journal de Québec, le journaliste donne la parole à un schizophrène et explique :

> *« C'est d'ailleurs en raison de ce manque d'informations que les préjugés et le mépris par rapport aux personnes schizophrènes demeurent un problème, selon Luc Vigneault. Il dénonce la culture populaire et «l'héritage des asiles d'antan» d'être responsables de cette «image du fou dangereux» qui persiste [52] ».*

Ce témoignage correspond à une partie de notre analyse. Pour essayer de faire ressurgir un coté plus général que celui transmis par des faits divers et une mauvaise presse, il est important de donner la parole aux usagers dans les médias. Pour réaliser un portrait, la personne choisie est d'une influence capitale puisqu'elle sera le sujet même de l'article. Après plusieurs mois de recherche, j'ai pu obtenir le contact de Jean-Paul Noël. Il y a plus de trente ans, cet homme a été diagnostiqué bipolaire. Sa vie s'est transformée en un combat pour faire changer le regard sur les maladies mentales, tout en essayant d'accompagner les familles et les personnes touchées par des troubles mentaux.

[52] Jérémy Bernier. (2020, 2 mars). Schizophrène depuis l'adolescence, il veut faire tomber les préjugés, *Le journal de Québec.* En ligne : https://cutt.ly/ed44NLl

3.5.2. Portrait de Jean-Paul Noël

SANTE MENTALE

Bipolaire, les pieds sur terre

QUENTIN BOLLAND

Schizophrénie, bipolarité, autisme voire dépression, les maladies mentales, largement méconues, suscitent la crainte. Le milieu psychiatrique reste un tabou dans notre société et Jean-Paul Noel l'a bien compris. L'homme a été diagnostiqué bipolaire, son combat n'est pas seulement intime, il est aussi publique. Communiquer, informer, discuter, ces missions ont aujourd'hui remplacé l'exercice de sa profession de laborantin.

L'histoire de Jean-Paul Noel avait tout d'ordinaire. Aide pharmacien, père de famille, il a travaillé en laboratoire, en officine privée, jusqu'au jour où tout a basculé : « *Un jour au travail je me suis retrouvé dans un état très rapidement de blocage où je me sentais déprimé alors qu'avant je me sentais bien.* »

Loin d'être encore diagnostiqué, la bipolarité se manifeste par des troubles de l'humeur : alternance de dépression, de phases hypomanes avec de grosses sautes d'humeur jusqu'à la phase maniaque où la personne n'est plus très consciente de ce qu'elle fait.

Pour le laborantin, les semaines, les mois passent, rien ne s'arrange : « *Je suis rentré par une phase dépressive pendant plus ou moins un ou deux ans et là j'ai eu des phases maniaques. L'une d'entre elles a duré trois mois. C'était tellement intense que je suis partiellement amnésique de cette période. J'étais dans un rêve éveillé. J'étais fort agité dans ma tête, hyperactif. Lorsque je me suis senti mieux, je me suis fait hospitaliser, on m'a calmé mais ça a pris un temps fou pour que je dorme car je ne dormais pratiquement plus du tout. Si je dormais dix minutes par 24h c'est beaucoup. Imaginez le calvaire de ma femme : soigner un grand psychotique et élever nos deux enfants tout en travaillant comme indépendante. Tout le monde est concerné.* »

A ce stade, pourtant, pas encore de diagnostic : « *Le diagnostic est venu quelques années après. Il faut savoir que pour faire un diagnostic il faut du temps mais c'est normal parce que pour identifier un trouble bipolaire ou une schizophrénie ou autre chose, il faut plusieurs phases. Il faut passer par une remonté, une rechute, une remontée, une rechute, etc. Pour moi, ce qui a raccourci le temps c'est que j'ai été hospitalisé deux ans après pour une phase un petit peu moins sévère et lors de la discussion avec le psychiatre, nous nous sommes mis d'accord pour identifier le trouble bipolaire.* »

Bipolaire, un mot posé sur des années de questionnements, de doutes. Un mot qu'il faut aussi accepter : « *J'avais déjà ma formation en pharmacie et puis la médecine m'a toujours passionné. Mais je me suis rendu compte que je connaissais mal la santé mentale. J'ai lu une cinquantaine de bouquins. Mais c'est d'abord et avant tout une expérience à vivre comme je dis souvent pour arriver à l'acceptation quand on a un trouble comme ça. Il faut comprendre que l'on n'y est pour rien en fait parce que cette psychose-là elle vous tombe dessus comme pourrait vous tomber dessus un cancer.* »
Accepter, une étape primordiale et nécessaire : « *C'est seulement après l'acceptation de la maladie que l'on entame le chemin du rétablissement. L'entourage identifie des signes annonciateurs d'une potentielle rechute « là ça ne va pas ». Et on arrive à mieux doser les attitudes et j'ai toujours respecté à la lettre le traitement.* »

Lors de son entretien, Jean-Paul marque plusieurs fois l'importance du soutien et en particulier celui de sa femme. Elle est restée à ses côtés envers et contre tout. Les maladies mentales se stabilisent à l'aide de médicaments, mais aussi d'attention : « *La santé mentale et le social sont intimement liés. C'est du psychosocial en fait. J'ai eu de la chance, tout le monde a accepté avant même de comprendre. C'est rarissime. Ils ont accepté que J-P n'était plus tout à fait le même. Pourtant, beaucoup de personnes se retrouvent dans des situations très précaires à cause de ces maladies. Elles sont isolées. Parfois il y a des comportements qui font peur donc on se retrouve vite isolé. Le plus souvent, les aidants* proches (parents et enfants) *se retrouvent rapidement extrêmement seuls pour faire face à cette indicible souffrance. Les amis vous lâchent, la famille vous évite, les voisins vous stigmatisent. Bref, c'est le repli non choisi qui souvent, trop souvent, frappe les familles dans leur entièreté.* »

Pour lutter contre cet isolement, Jean-Paul ne pouvant plus travailler, s'est investi dans d'autres projets : « *Nous avons créé avec une amie une association « En route » et c'est pour former des pairs. Des personnes comme moi qui ont un parcours en psychiatrie, qui mettent leur expérience au service des autres pour les aider à se remettre au travail d'une manière ou d'une autre. Les groupes de parole sont fondamentaux. Personnellement, je me positionne car je suis un privilégié au vu de mon parcours. Je suis le porte-parole des usagers de la santé au propre comme au figuré puisque je donne des conférences, je suis dans pas mal d'associations. Je suis demandé car j'en parle tout à fait sans honte et j'espère avec pertinence. Peu à peu la santé mentale devient moins taboue, mais il y a encore beaucoup de travail à faire.* »

Au nom du fils

L'histoire de Jean-Paul avec les maladies mentales ne s'arrêtent pas à sa bipolarité. Sa volonté de communiquer n'est pas seulement pour lui : « *Le jour de la fête d'anniversaire de ses vingt ans, notre fils rentre à la maison avec des hallucinations : il voit la vierge lui parler, il parle avec Jésus, il ne nous reconnait plus, il nous prend pour des bergers hostiles.* »

Avec sa femme, Jean-Paul tente d'administrer un puissant neuroleptique à leur fils pour le faire dormir. Entre temps, les parents appellent leur fille qui confie la consommation de cannabis depuis plus d'un an chez un ami en commun. Au réveil, le délire continue : « *Notre fils se réveille après seulement deux heures de sommeil. Le neuroleptique n'agit pratiquement plus. Il ne nous reconnaît pas mais est moins agité. Je tente alors d'entrer en contact avec lui, peine perdue, il vit si intégralement ses délires qu'il me prend à présent pour Jean Baptiste.* »

Cet épisode, espéré comme exceptionnel, ne sera pourtant qu'un début : « *Notre fils a bénéficié d'une période de rémission de plus d'un an. Au bout d'un moment notre fils s'est senti mieux, si bien qu'il a arrêté son traitement… Et les délires sont réapparus rapidement en prenant des formes plus graves encore.* »

L'attente, encore une fois, et le diagnostic tombe : « *Il faudra plus de trois ans au psychiatre pour poser le diagnostic définitif, concernant notre fils. Il sera sans appel : schizophrénie !* »

Une meilleure communication

Pour changer les regards sur la maladie mentale, Jean-Paul Noel s'investit au maximum. Ne pouvant plus exercer son métier de laborantin, il dévoue sa vie aujourd'hui à communiquer son expérience de malade mais aussi d'un parent de schizophrène : « *Je fais des sensibilisations dans les écoles et je donne des formations à diverses personnes : policiers, services d'Aides à Domicile, etc. Quand ils font face à des troubles psychiatriques par la suite, ils les comprennent mieux et tentent d'agir en fonction.*»

C'est un combat contre le poids des mots aussi : « *On avait fait une action « le lit psychiatrique en balade ». On était partis de Tournai et on revenait à Liège. Tous les soirs, il y avait une petite conférence et il y avait un vrai lit d'hôpital. A Tournai, un journaliste était venu faire un reportage. Malgré qu'on l'avait mis au courant, à un moment donné dans un commentaire, il a dit « ah voilà le boulevard où se retrouvent les personnes souffrant de psychopathie…On n'est pas du tout des psychopathes. Nous ne sommes pas des asociaux criminels.* »

Pour Jean-Paul Noel, si les médias ont un rôle à jouer dans les mots qu'ils utilisent et dans la stigmatisation du lien entre troubles mentaux et dangerosité, il faut également investir dans le monde de l'enseignement. Ceci afin de briser, dès le plus jeune âge, les stéréotypes que la société véhicule sur les maladies mentales.

3.5.3. Difficultés

A cause du confinement lié au Covid-19, il m'a été impossible de rencontrer Jean-Paul Noël, nos contacts se sont limités à des entretiens téléphoniques. Auparavant, j'ai souligné à plusieurs reprises, l'importance de rencontrer les usagers afin de créer un climat de confiance entre eux et moi. Dans ce cas, cela n'a pas été possible mais l'expérience de communiquant de l'ancien laborantin m'aura permis d'avoir un accès à un discours rodé. Le discours d'une tranche de vie qu'il partage depuis des années. Après la lecture de ma rédaction, il s'agît plus d'un témoignage authentique et transparent que le portrait d'une personne. Délibérément, j'ai souhaité laisser un maximum de discours direct pour que lecteur ait accès au même témoignage auquel j'avais moi-même eu accès lors de l'enregistrement.

3.5.4. Contexte de diffusion

La particularité de cette production est qu'elle pourrait aussi bien se retrouver sur un site spécialisé mais également dans les médias traditionnels : en presse écrit mais encore sur des sites internet. Ce genre de témoignage tout public peut servir à couvrir un spectre large de récepteurs potentiels. Jean-Paul Noël a fait l'objet de plusieurs interviews filmées durant lesquelles il témoigne de son parcours. Toutes ces vidéos se retrouvent sur le site Toxiq[53]. Voici comment le site définit à qui s'adresse son projet :

> *« Ce projet s'adresse à toutes les personnes francophones concernées par les enjeux de santé mentale – soignants, formateurs, chercheurs, administratifs, usagers, pairs, proches, etc. Le concept de santé mentale est compris ici au sens large, incluant notamment les addictions, les troubles alimentaires ou les troubles du développement[54] ».*

Un nombre important de témoignages par deux cents cinquante-huit vidéos publiées permet d'avoir accès au quotidien des usagers de la santé mentale, mais il faut souligner le caractère de niche que comporte ce genre de site. A nouveau un seul type d'audience que l'on peut considérer comme réduite est destiné à voir ces productions. Il en va de l'importance d'une représentation médiatique plus large par les médias généralistes afin de toucher un maximum de publics.

[53]En ligne : https://toxiq.ae/
[54] En ligne https://toxiq.ae/projet/

3.5.5. Réflexions

Jean-Paul Noël m'aura appris que les pathologies comme la bipolarité peuvent toucher chacun d'entre nous, du jour au lendemain. Il aura particulièrement insisté sur le fait que les maladies mentales prennent du temps à être diagnostiquées. Pourtant, il est commun dans la presse de lire des faits divers associés à des auteurs atteints de troubles mentaux. Une mauvaise image qui se répercute à l'ensemble des usagers de la santé mentale. Les journalistes doivent faire preuve d'une grande attention quant aux mots employés. S'il faut plusieurs années aux médecins pour établir des diagnostics, il est illégitime d'en établir un après quelques lignes de rédaction.

L'isolement dont font preuve les usagers provient d'un double processus. Tout d'abord, le sentiment de honte. Ces usagers sont issus d'une société qui cultive les stéréotypes, ou plutôt les fige par le dogme qu'elle exerce au sujet de la santé mentale. Ensuite, le rejet social accompagne généralement les personnes touchées par des troubles mentaux, un rejet émanant de la société mais aussi interne à la sphère familiale. Un texte abordant le rejet social résume ces principes :

> *« Ce sombre tableau révèle les nombreuses embûches auxquelles les personnes ayant des antécédents psychiatriques doivent faire face quotidiennement, non seulement auprès de la communauté en général, mais également de leurs proches.[…] Les préjugés à l'égard de la «maladie mentale» persistent à de nombreux niveaux et n'ont guère évolué durant la dernière décennie.[…] Comme le souligne Sheper-Hughes (1987b), l'hôpital psychiatrique demeure une institution stigmatisée et quiconque y fait un séjour devra combattre toute sa vie l'exclusion sociale*[55] *».*

L'analyse des documentaires nous a permis de comprendre toute l'importance du coté social sur l'accompagnement des usagers. Si les traitements par médicaments sont primordiaux, il s'avère que les interactions le sont tout autant, voire davantage.

Pour lutter contre ce phénomène, l'ancien laborantin insiste sur le partage de son expérience afin d'aider les usagers dans leur parcours, mais il partage aussi son expérience pour le grand public. Lors de notre discussion, il m'a affirmé militer pour que dans le programme scolaire, la santé mentale soit évoquée. La représentation de la santé mentale n'est pas qu'une affaire de journalisme. La société dans son ensemble doit s'impliquer dans la lutte contre les stéréotypes.

[55] Poulin, C. & Massé, R. (1994). De la désinstitutionalisation au rejet social : point de vue de l'ex-patient psychiatrique., *Santé mentale au Québec*, 19 (1), p.192. En ligne : https://cutt.ly/ud447eI

3.6. Interview de Jean-Philippe Lejeune

Connaissant mon sujet de mémoire, la rédactrice en chef de Vivacité Liège, Anne Poncelet m'a mis en contact avec Jean-Philippe Lejeune qui travaille également au sein de la RTBF. Ce journaliste connait l'univers de la santé mentale car en plus de ses fonctions de journaliste, il travaille au sein d'une ASBL qui soutient les familles d'usagers. Il était intéressant pour nous de voir comment un journaliste ayant des connaissances sur la santé mentale en perçoit la représentation médiatique.

Bonjour, Jean-Philippe Lejeune, avant d'aborder le sujet de la santé mentale, pouvez-vous décrire brièvement votre parcours professionnel ?

Je suis détenteur d'un diplôme en journalisme. J'ai suivi ces études à l'Université de Liège. Aujourd'hui je travaille pour la RTBF, en radio sur Classic 21. Je travaille principalement sur une émission qui s'appelle Back Home, diffusée entre vingt-et-une heures et minuit le dimanche. Je suis également chargé de communication pour Similes. C'est une ASBL qui aide les familles des usagers de la santé mentale.

1) **Qu'est-ce qui vous a amené à travailler dans le monde de la santé mentale ?**

Au départ, c'est par l'intermédiaire d'un ami. Il travaillait dans une association faisant partie de Centre Franco Basaglia[56]. Cette ASBL, c'est l'Article 23. C'est un dispositif d'insertion, il y a notamment un atelier bâtiment et un atelier Horeca mais aussi de graphisme et sérigraphie. Il m'a appris que Similes cherchait une personne pour s'occuper de la communication. Via mes études, cela rentrait dans les tâches que je peux faire et j'avais envie également de quelque chose de nouveau. J'ai donc franchi le pas rapidement.

2) **Quelles sont les origines de Similes ?**

Alors pour Similes Wallonie, on va fêter bientôt les 20 ans. Il faut savoir que Similes est aussi implanté à Bruxelles et cela depuis la fin des années 1960. A la base, c'était moins structuré qu'aujourd'hui, il s'agissait essentiellement de groupes de parole pour les familles d'usagers de la santé mentale. La psychiatrie n'était pas pire à l'époque qu'aujourd'hui. L'objectif de cette association, c'est d'aider les familles dans leurs parcours aux côtés d'usagers de la santé mentale. Cela va de la dépression, à la schizophrénie. On s'est beaucoup investis dans la

[56] Le Centre Franco Basaglia est un dispositif qui travaille à la relation entre la psychiatrie, l'homme et les sociétés. En ligne : https://www.psychiatries.be/qui-sommes-nous/)

réforme de 2010, la réforme 107. Ce point législatif a pour vocation de travailler encore plus dans le milieu de vie des usagers, dans leur quotidien. On retrouve la logique du Franco Basaglia, un psychiatre qui dans les années 1970 a lancé un mouvement antipsychiatrique. Après, il faut souligner aussi que la réforme est faite pour faire des économies. On veut raccourcir les durées d'hospitalisation. La santé mentale n'échappe pas aux mesures budgétaires. On a milité à travers cette réforme également pour une plus grande implication de la famille dans le processus de soin.

3) Quelle est votre vision de journaliste sur la représentation de la santé mentale dans les médias ?

Il y a plusieurs points. La représentation de la santé mentale évolue dans les médias traditionnels de manière positive. Par contre, on peut souligner que les magazines à sensations ne vont pas dans cette direction. Ils cultivent une titraille putaclic alors que parfois le fond des articles est plus correct. Ensuite, aujourd'hui le champ audiovisuel ne se limite plus aux productions professionnelles, on retrouve énormément de choses sur les réseaux sociaux. On a tous déjà vu des vidéos de trois minutes, de Konbini ou Brut avec des témoignages poignants d'une personne. Aujourd'hui sur l'aspect de la sensibilisation, tout le monde peut relayer quelque chose sans passer par les médias. Ensuite, il faut souligner que les médias regardent beaucoup ce qu'il se passe sur le net. Ce qui fait le buzz sur internet se retrouve alors sur la scène médiatique traditionnelle. On peut s'interroger sur la pertinence de ce genre de démarche. Faire voir un buzz, c'est un peu faire voir et remontrer ce que tout le monde a déjà vu. Au fond de moi, j'ai envie de dire que la représentation de la santé mentale est toujours mauvaise aujourd'hui. On retrouve des raccourcis inquiétants qui lient santé mentale et dangerosité. Après, un film comme Le Huitième Jour avec Pascal Duquenne, atteint de Trisomie 21, a permis pour le grand public d'avoir un autre regard sur le vaste monde de la santé mentale.

En tant que chargé de communication, quand je fais de la sensibilisation, je vois bien que parfois certains n'y portent aucune attention. Il faut dire qu'il y a encore beaucoup de tabous dans notre société au sujet de la santé mentale. Avoir une dépression, un burn-out, ne pas savoir se lever pour aller travailler, pour être actif, productif, ce n'est pas dans les valeurs de la société dans laquelle nous sommes. Les moments creux ne sont jamais valorisants. Ce que je remarque en revanche, c'est lorsque je dis que je travaille dans le domaine de la santé mentale, les gens s'ouvrent. Ils ont plus facile de parler à quelqu'un qu'il juge plus à même de

comprendre leur vécu. Quand on parle mal d'eux dans les médias, ils ont rarement la force de protester ou de lutter car ils sont déjà dans une situation où ils ont du mal à réagir. Pour eux, cela fait mal.

4) **Un fascicule[57] à destination des journalistes a été créé, vous y avez collaboré, pourquoi ce carnet a-t-il été créé ?**

Simplement car il faut en faire plus pour la santé mentale, la santé mentale n'est pas qu'une question de santé mentale, c'est aussi une question de société. Suite à certains articles, de commentaires sur internet, on avait envie avec différentes associations de faire quelque chose. Notre réflexion était simple : on aimerait bien qu'on parle bien de santé mentale. On en avait vraiment marre de voir des articles stigmatiser par exemple des personnes schizophrènes en personne folle dangereuse. On en avait marre aussi des articles sanguinaires et putaclic. Parfois des journalistes font des diagnostics de trouble mentaux alors qu'il faut plusieurs années à un psychiatre. Dans ce fascicule, on retrouve un lexique pour pouvoir plus justement utiliser des termes spécifiques. On y explique différentes pathologies. On retrouve également des témoignages de patients qui racontent leur mal-être face à des articles qui parle de manière incorrecte d'eux. On peut aussi aujourd'hui grâce au livret s'adresser au Conseil de Déontologie Journalistique afin de porter plainte pour une stigmatisation. Dans un passé pas si lointain, on a eu de tristes raccourcis entre musulmans et islamistes. Ce genre de chose ne passe pas et fort heureusement, mais quand on parle mal de santé mentale et qu'on stigmatise les schizophrènes en tueurs en devenir, ce n'est pas normal. Ce ne sont pas les personnes en fragilité psychique qui savent monter au créneau, il faut les aider et les accompagner. En France, une ASBL comme Promesses essaie de rayer le mot schizophrène des médias afin de lutter au maximum contre ces stéréotypes tenaces.

5) **Pour le grand public, l'accès à une approche de la santé mentale, passe en grande partie par les médias : pourquoi une représentation plus variée de la santé mentale est-elle nécessaire ?**

Car c'est important de savoir ce que sont les choses. Une patiente a eu un jour un exemple assez parlant, elle rappelait que lorsqu'on parle d'architecture, une voûte, un contrefort, ce sont des termes bien définis. En santé mentale, ce n'est pas la même chose. On va parler plus aisément de dangerosité et de crainte. Parfois, cela arrive, c'est un fait. Mais on ne va pas forcément montrer et expliquer qu'il existe des jardins partagés gérés par des personnes

[57] Ce fascicule est disponible en annexe 1

schizophrènes. Quand on parle d'une agression, on s'en fout de la pathologie de la personne. Si on dit : une agression par une personne d'origine étrangère, on stigmatise une communauté. Pour les personnes en santé mentale, c'est exactement la même chose. On peut se souvenir du cas de Kim De Geder, en 2009, cet homme a commis une tuerie dans une crèche. Les experts l'ont déclaré comme irresponsable de ses actes car il est schizophrène. Dans l'esprit collectif, la schizophrénie va être assimilée à la dangerosité. Pourtant, c'est un cas exceptionnel, qui est hors du commun, et il en ressort une généralité. C'est tout un problème.

6) Le journalisme doit-il être le pont, le lien entre la société et le monde de la santé mentale afin que peu à peu, l'intégration de la santé mentale se fasse de manière plus homogène dans la société ?

Je dirais que le journalisme ne doit pas être sur un piédestal. Les tabous, ils sont dans la société. Ce que l'on voit dans les médias, n'est ni plus ni moins qu'un reflet de notre société. Le journaliste n'est pas un dieu et il a aussi ses opinions. En revanche, oui, il fait rendre public un certain nombre d'actions positives. Un peu à l'image d'un journal des bonnes nouvelles. C'est intéressant car c'est aussi une information qui prend son temps. Ensuite, je le répète aujourd'hui sur internet, chacun peut apporter sa pierre. Ce qui fait le buzz sera repris par les médias. Beaucoup d'émissions mettent en valeur ce que l'on trouve sur le net. C'est au monde de la santé mentale d'investir aussi ce domaine pour trouver un relais par après. Dans les années 1990, on avait l'émission Vidéo Gag. Des particuliers envoyaient leurs films à la chaîne. Pour être vu, il n'y avait pas d'autres solutions. Aujourd'hui, on peut essayer d'être vu beaucoup plus facilement. C'est un peu une démocratisation de l'espace audiovisuel, avec ses bons et mauvais côtés. On va pouvoir retrouver des blogs de soutien et des blogs qui vont relayer les crimes faits par des personnes identifiées comme ayant des troubles mentaux. Ce qu'il faut surtout, c'est montrer à l'écran le milieu de vie des usagers, leur quotidien. L'hôpital pour la majorité n'est qu'un passage et quand il y en a un…Dans le milieu de vie on va davantage s'intéresser à la personne, on est dans un rapport beaucoup plus humain. Il faudra encore beaucoup de temps pour faire changer les choses, mais réjouissons-nous, les lignes bougent peu à peu, mais un travail de longue haleine nous attend encore.

3.7. La voix des exilés

Au regard des trois productions médiatiques, elles peuvent être jugées comme alternatives en mettant en lumière une partie de la santé mentale peu médiatisée et ce pour les motifs suivants :

- Ces productions sont en dehors de l'évènement journalistique classique. Comme le souligne Patrick Champagne, dans *L'événement comme enjeux*[58], l'évènement se caractérise par le traitement d'une actualité qui va consister à devenir une information. Les rédactions font des choix et hiérarchisent l'information, donnant plus de visibilité à certains faits plutôt qu'à d'autres. L'évènement se caractérise également par le fait de venir rompre le quotidien, l'ordinaire. Les trois productions viennent à l'encontre de ce système de l'évènement en s'insérant justement dans le quotidien des usagers. Pourtant, paradoxalement, on peut souligner le fait que par un simple traitement médiatique, on fait de ces productions des évènements.
- Les trois sujets sont en dehors des instituions psychiatriques médicales. Lors de l'analyse du corpus, nous avons pu nous apercevoir à quel point le prisme de l'hôpital psychiatrique influence péjorativement la représentation de la santé mentale. Ces lieux existent et doivent être montrés mais ils ne reflètent pas à eux seuls les lieux de la santé mentale. A l'instar du psychiatre dans *Portrait d'un psychiatre*, il faut insister pour aller au contact du quotidien des usagers, en dehors de passages potentiels et provisoires des institutions médicales.
- Hormis l'intervention d'Alain, le moniteur de théâtre, tous les autres discours indépendamment du mien, proviennent d'usagers de la santé mentale. Ils sont les seuls témoins directs pour en parler, D'une certaine manière, ils en sont les victimes et sont les seuls à pouvoir partager leurs expériences. L'entourage, le corps médical mais encore la voix du journaliste ne sont que des témoins indirects par rapport au sujet, aux personnes ayant des troubles mentaux. Réduire au maximum les intermédiaires entre le discours des usagers et la réception de l'information sur la santé mentale semble un moyen à privilégier pour que le spectateur soit au plus proche des usagers. A l'image de mon expérience de terrain, au contact de ces derniers.

[58] Champagne Patrick. (2000). L'événement comme enjeu, *Réseaux*, volume 18, n°100, Communiquer à l'ère des réseaux. pp. 403-426.

CONCLUSION
De l'importance d'une remise en question des normes médiatiques et sociales

L'objectif de ce mémoire se penchait sur la validation ou la réfutation de deux hypothèses. Premièrement, nous avons voulu vérifier si la santé mentale était représentée de manière stéréotypée dans les documentaires. Deuxièmement, nous nous sommes penchés sur le temps de parole réservé aux usagers et considéré comme faiblement accordé. Pour parvenir à répondre à ces hypothèses, nous avons établi un corpus hétérogène de quatorze documentaires. Les lieux de la représentation de la santé mentale, les personnages, les temps de parole de chaque catégorie de personnages, la manière dont la santé mentale est abordée dans les documentaires mais encore le contexte de diffusion nous aurons permis de guider notre analyse.

Respectivement, la santé mentale est renvoyée principalement à l'imaginaire asilaire et plus modernement à celui de l'hôpital psychiatrique. Nous avons démontré par une série d'exemples l'allégorie carcérale à laquelle renvoie ces lieux. Ils sont symboliquement représentés par la privation de liberté physique mais aussi par le rejet d'une liberté psychique. Intimement liée au choix des lieux concernés, nous avons retrouvé une série de quatre groupes de personnages récurrents : les patients, l'entourage, le corps médical, le journaliste mais aussi à une unique exception, une victime de violences d'un schizophrène. Après chronométrage de la répartition du temps de parole de chaque catégorie, sans avoir un temps de parole faiblement accordé, la tendance nous a montré que les usagers de la santé mentale n'avaient pas une majorité de temps de parole. Plus rarement encore, il leur est donné la possibilité de s'exprimer sur leurs pathologies via un témoignage à la caméra, sans intermédiaire. Les contextes de diffusion nous ont permis de souligner le lien intime entre la révolution de la psychiatrie des années 1970 et les productions dénonciatrices des conditions psychiatriques de cette même époque. Une époque particulièrement marquée par une série de révolutions sociales. La polarisation du champ médiatique a abouti à une approche différenciée de la santé mentale suivant les différentes chaines d'émission. Parmi cette diversité, nous avons démontré qu'une partie d'entre elles, reposant sur le principe de la presse à sensation, concentrait une série de stéréotypes cultivés par une approche anxiogène liée à des faits divers. Ces derniers couverts par la presse quotidienne et qui concentrent, malgré leurs caractères exceptionnels, une série de stéréotypes ancrés dans notre société.

Parmi ceux-ci, la dangerosité mais encore plus généralement la peur. Des années 1960 à aujourd'hui, le corpus nous permet de constater que la maladie mentale concentre un nombre important de craintes. Michel Foucault l'a démontré encore plus largement sur les siècles derniers.

La fin de ce mémoire est aussi l'occasion de s'interroger sur la notion de folie à laquelle la santé mentale renvoie de façon triviale. Plusieurs fois dans les documentaires, il est possible de voir des usagers danser ou se déguiser à l'occasion d'un carnaval. L'expression artistique nous a appris qu'elle permet de retrouver un espace de liberté, un espace où les normes s'évaporent plus aisément. Comme le disait le psychiatre suivit par Igor Barrère : « *Nous sommes tous producteurs de maladies mentales.* » Notre société a dicté au cours des siècles ce qu'elle jugeait comme comportement normal ou anormal. Face parfois à l'incompréhension, le rejet a fait partie d'une solution privilégiée. Lors de mes différents entretiens, je me suis aperçu que, parfois, les usagers de la santé mentale ne souffraient pas plus de leurs troubles mentaux que du rejet de la société auquel ils doivent faire face dans leur quotidien. Ces usagers pourtant m'ont accueilli avec une bienveillance extraordinaire. Sans rancœur envers la société dans laquelle ils tentent de vivre malgré le rejet. Les méthodes traditionnelles employées en Afrique nous ont permis de comprendre que la psychiatrie occidentale n'avait pas toutes les réponses aux comportements irrationnels. La folie comporte un caractère relatif et subjectif. La rationalisation des comportements est sans doute une clé de compréhension pour appréhender le fonctionnement de notre société. Si souvent les usagers de la santé mentale relatent leurs combats contre eux-mêmes, il apparait que le pire ennemi de la société est également elle-même. Prise dans ses doutes et ses craintes, elle préfère le déni face à ceux-ci, à l'instar de la maladie mentale qui se définit en partie par son déni. La société doit faire face à ses phobies pour y remédier et s'amener à l'ouverture des usagers en son sein. C'est précisément à ce moment que les productions médiatiques entrent en jeu, en ce sens qu'elles permettent une médiation entre ce qu'elles montrent et ceux qui regardent.

Les productions qu'incarnent les documentaires et les sujets journalistiques relèvent également du concept d'horizon d'attente de Hans-Robert Jauss. Dans un de ses ouvrages, *Pour une esthétique de la réception*, l'auteur se penche sur les liens qui lient la littérature et son influence dans la société. Ceci peut être déporté sur les productions médiatiques. Les productions alternatives de ce mémoire abordent la santé mentale en dehors du prisme des lieux psychiatriques et se basent principalement sur l'expérience des usagers face à leurs déficiences.

En produisant des discours alternatifs, hors de l'évènement ou du lieu, d'une certaine manière nous avons changé les normes de production sur la santé mentale. Ces écarts, Jauss les nomme comme des écarts esthétiques qui tantôt sont un succès, tantôt tombent dans l'oubli. Des écarts qui s'immiscent ensuite dans les nouvelles normes sociales. Par l'épreuve esthétique que représente la lecture d'une œuvre médiatique, changer les normes de la société via ce biais semble donc possible.

Une représentation médiatique plus large est également nécessaire pour une approche et une connaissance plus étendue également. Le sociologue Howard Samuel Becker dans *Comment parler de la société* m'invite à la réflexion. Dans son ouvrage, l'auteur se penche sur les représentations sociales en rapport à leurs productions et réceptions. Il insiste sur le fait que parfois, le lecteur ne saisit pas toujours l'ensemble du message voulu par le producteur. Des messages qui font l'objet d'une construction plus ou moins implicite. C'est pourquoi, dans un premier temps, simplifier les messages semble nécessaire. Au travers d'interviews, il est possible de réduire les artéfacts qui viendraient perturber la communication finale. L'auteur insiste notamment sur la distinction entre connaitre et reconnaitre. Dans notre cas, le public, la société aurait l'habitude de reconnaitre la santé mentale à travers la peur, le milieu psychiatrique et la dangerosité transmise par des faits divers. Pourtant, pour ce même public, ceci ne serait pas perçu comme une reconnaissance mais comme une connaissance. Cette démarche explique en partie l'appréhension de la société face au monde de la maladie mentale qu'elle pense parfois connaître. Dans les faits, cela résulte davantage à une construction qu'à une connaissance. Howard Samuel Becker explique également que certaines communautés d'usagers peuvent se confondre avec celle de leurs fabricants. Comme l'expliquait Jean-Phillipe Lejeune, les journalistes sont issus de la société et les médias ne sont qu'un reflet de cette dernière.

Ces éléments sont la raison pour laquelle il est important de montrer la santé mentale sous d'autres approches, sous d'autres aspects et dans le quotidien des usagers : en dehors des institutions. Si la maladie mentale fait peur à cause des différences auxquelles elle renvoie, il est nécessaire d'affronter nos craintes, comme l'explique Claude Geets dans *La peur de la différence* :

> *« Face à ces autres, il faut oser prendre le risque de la rencontre. Rencontrer autrui, c'est certes œuvrer pour l'unité, mais dans le deuil de l'identité, sinon l'unité recherchée impliquerait encore la tentative de ramener l'autre à moi, à mon désir sur lui. Il semble bien que l'acceptation de la différence, qui marque l'accès à l'altérité, soit la tâche la plus*

difficile de l'existence. […] Dépasser cet instinct de société et de sécurité qui refuse la différence, dont parlait naguère Michel de Certeau, c'est reconnaitre que l'union se stérilise et perd son sens si elle ne renaît constamment de la diversité affrontée et acceptée[59] ».

Pour faciliter cette approche d'autrui et de ses différences, les médias ont un rôle à jouer car ils peuvent servir de médiateur entre ce qui fait peur et ceux auxquels cela fait peur. Les médias joueraient alors un rôle de médiation protectrice face aux craintes mais aussi de médiateur de compréhension en facilitant la rencontre d'autrui.

Si tout ceci semble théoriquement possible et doit nous réjouir, les pratiques actuelles nuancent ces propos. Patrick Champagne s'interroge dans la conclusion de *L'événement comme enjeu.* Face aux critiques, les journalistes ne rétorquent-ils pas que chaque société a la presse qu'elle mérite ? Par le système de feedback qui s'opère entre productions et société que nous avons dégagé, nous pouvons conclure que la santé mentale est l'affaire de tous. La polarisation médiatique est aussi le reflet de la polarisation de notre société. Une société dont les individus se définissent de plus en plus par leurs différences plutôt que par ce qui les rassemble.

Après ces cinq années d'études à la quête d'un esprit critique face à ce qui nous entoure, j'ai l'intime conviction qu'une société mal informée est une société qui fait les mauvais choix. Le flux d'informations continu à un rythme effréné rend certaines productions plus qu'éphémères voire invisibles. C'est la raison pour laquelle il faut souligner l'importance des médias généralistes face aux réseaux sociaux. Ils incarnent encore aujourd'hui un potentiel de rassemblement large, un potentiel qui devient de plus en plus rare. C'est dans ce qu'il nous reste encore en commun, comme l'éducation par la scolarisation, qu'il faut aussi chercher des voies de diversification de l'image de la santé mentale. Une approche pédagogique pourrait se révéler efficace à l'instar des conférences PMS (centre psycho-médico-sociaux) sur la sensibilisation aux drogues ou à l'éducation sexuelle. La santé mentale et sa représentation ne sont pas qu'une affaire médiatique, c'est l'affaire de tous, simplement une question sociétale.

[59] Geets, Claude. (2003). La peur de la différence, *Pensée plurielle*, vol. nº 5, no. 1, p.16. En ligne : https://cutt.ly/vd47odz

FILMOGRAPHIE

Titre	Réalisateur	Année	Visionnage
Les Maitres fous	Jean Rouche	1955	DVD
Regard sur la folie	Mario Ruspoli	1962	DVD
Portrait d'un psychiatre	Igor Barrère	1970	Youtube
La borde ou le droit à la folie	Igor Barrère	1977	Youtube
San Clemente	Raymond Depardon	1980	DVD
Urgences	Raymond Depardon	1987	VOD
Histoires autour de la folie	Paule Muxel, Bertrand de Solliers	1993	Youtube
Ça se discute : comment vivre avec la folie	Jean-Luc Delarue	1997	Youtube
La Devinière	Benoit Dervaux	1999	VOD
Que faire des fous dangereux ?	Christel Bertrand	2009	Youtube : Imineo
Ce qu'il reste de la folie	Joris Lachaise	2014	VOD
Dans les yeux d'Olivier : je suis mon pire ennemi	Oliver Delacroix	2014	France 2
Hôpital Cadillac : les fous les plus dangereux de France	Aymonde de Chanterac et Jonathan Delafon	2018	Youtube : Imineo
La rentrée de Paul, comme les autres	Peggy Leroy, Henri Desaunay et Antony Santoro	2018	France 2

BIBLIOGRAPHIE

- Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony : Le texte officiel du discours présidentiel, *Eres*, 2010/3 n°38, 25-27. En ligne : https://cutt.ly/Nd42gUS

- Amiel Pauline. (2017). Le journalisme de solutions, *Communication*, vol. 34/2. En ligne : https://cutt.ly/urxYVI3

- Anquetil Nicole. (2009). Scène de la vie psychiatrique ordinaire. Dans : Journal français de psychiatrie 2009/2 (n 33). En ligne : https://cutt.ly/bd490R2

- Antonio Dabdad Trabulsi José. (2006). Participation directe et démocratie grecque. Une histoire exemplaire ? Besançon : Institut des Sciences et Techniques de l'Antiquité, Collection « ISTA », 1008, p42. En ligne : https://cutt.ly/ld43jjp

- Becker Howard S. (2009). Comment parler de la société. Artistes, écrivains, chercheurs et représentation sociales, Paris : *La découverte.*

- Bernier Jérémy. (2020, 2 mars). Schizophrène depuis l'adolescence, il veut faire tomber les préjugés, *Le journal de Québec.* En ligne : https://cutt.ly/ed44NLl

- Coffin Jean-Christophe. (2007). Antipsychiatrie : les enjeux éthiques, *Sorbonnes-paris-cite*. En ligne : https://cutt.ly/1d433Nj

- Delacampagne Christian. (1974). Antipsychiatrie ou les voies du sacré, Paris : Grasset & Fasquelle.

- Foucault Michel. (1972). Histoire de la folie à l'Age classique. Paris : *Gallimard*.

- Jeanneret Yves Jeanneret et Patrin-Leclère Valérie. (2004), La métaphore du contrat, *Hermès* 38, p134. En ligne : https://cutt.ly/xd48H19

- Geets, Claude. (2003). La peur de la différence, *Pensée plurielle*, vol. nº 5, no. 1. En ligne : https://cutt.ly/vd47odz

- Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. (2018). Santé mentale : Enquête de santé 2018. Principaux résultats. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2020/14.440/3.

- Gonzales Pierre. (1996). Production journalistique et contrat de lecture : autour d'un entretien avec Eliseo Veron, Quaderni, n°29, *Sciences de la Vie et médias*, pp. 52-53. En ligne : https://cutt.ly/Ud48814

- Gorin Valérie. (2006). Bernard LAMIZET *Sémiotique de l'événement*, *Communication*, Vol. 28/1 | 2010. En ligne : https://cutt.ly/md44uLb

- Graff Séverine, (2011) «Cinéma-vérité » ou « cinéma direct » : hasard terminologique ou paradigme théorique ? , *Décadrages*, 18 | 2011, pp. 32-46. En ligne : https://cutt.ly/Vd48W4e

- Grevisse Benoît. (2014) Ecritures journalistique stratégies rédactionnelles, multimédia et journalisme narratif, Louvain-la-Neuve : *De boeck*,.

- Grugeau, G. (2009). Raymond Depardon : petit précis de grammaire cinématographique. *24 images*, (143), 20–23. En ligne : https://cutt.ly/bd43S8E

- Jaeger, M. (2012). Chapitre 2. Les repositionnements nécessaires. Dans : M. Jaeger, L'articulation du sanitaire et du social : Travail social et psychiatrie. Paris : *Dunod*. pp. 29-44. En ligne : https://cutt.ly/vd49CRi

- Jauss Hans Robert. (1990). *Pour une esthétique de la réception.* Paris: Gallimard.

- Landron Gilles. (1995). Du fou social au fou *médical*, Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, *Déviance et société*, Vol. 19 - N°1, pp. 3-21. En ligne : https://cutt.ly/sd49Rbk

- Lapassade Georges. (2002), Observation participante, Vocabulaire de psycosociologie, *Eres*. En ligne : https://cutt.ly/2d44kRV

- Nau Jean-Yves. (2018, 6 mars). La psychiatrie française est-elle inhumaine ? Articlesur le site *Slate*. En ligne : https://cutt.ly/vd43d6P

- Paggi Silvia. (2011). Voix-off et commentaire dans le cinéma documentaire et ethnographique, *Cahiers de Narratologie*, 20 | 2011. En ligne : https://cutt.ly/kd43TOP

- Prieur Cécile. (2008, 3 décembre). Le président de la République engage l'hôpital psychiatrique dans un tournant sécuritaire, *Le Monde*. En ligne : https://cutt.ly/7rxto4Y

- Poulin, C. & Massé, R. (1994). De la désinstitutionalisation au rejet social : point de vue de l'ex-patient psychiatrique., *Santé mentale au Québec*, 19 (1), p.192. En ligne : https://cutt.ly/ud447eI

- Renneville Marc. (2004). Psychiatrie et prison : une histoire parallèle, Annales Médico-Psychologiques, *Revue Psychiatrique*, Elsevier Masso, 162 (8), pp.653-656. En ligne : https://cutt.ly/Gd43pkE

- Rosendorn Carolina. (2017, 22 mars). Le journalisme de solutions, un espoir pour une presse en crise, *Le Figaro économie*. En ligne : https://cutt.ly/WrxUypB

- Roy André. (2010). Ouvrir les yeux : Nuit et brouillard, 24 images, 150, 24–24. En ligne : https://cutt.ly/rd49HaT

- Sacré Jean-François. (2018, 30 août). La RTBF devient un média global*, l'Echo*. En ligne : https://cutt.ly/sd44dBl

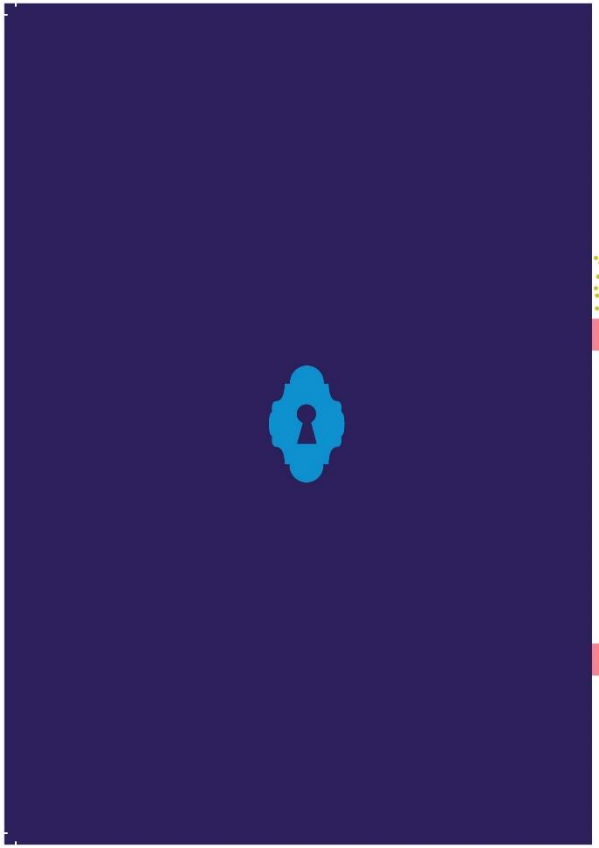
- Sassolas Marcel. (2006). L'éloge du risque dans le soin psychiatrique, Toulouse : *Eres, Hors collection*, p27.

- Vandeninden Elise , (2013) « La création artistique comme vecteur d'émancipation sociale pour les malades mentaux », *Cultures*-Kairós , Les usages du politique et leurs enjeux dans les pratiques artistiques et expressions esthétiques, *Varia*. En ligne : https://cutt.ly/Wd44bXi

Bibliographie réalisée aux normes APA.

ANNEXES

1) Guide de santé mentale et médias



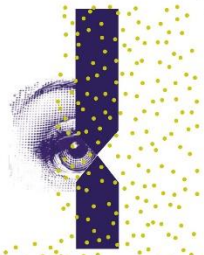


TABLE DES MATIÈRES

Partie 1

Avant-propos ..... page 5

De l'influence médiatique sur l'opinion publique ..... page 6

Aborder les questions de santé mentale ..... page 8

Clichés et idées reçues ..... page 19

Comment s'organisent les soins de santé mentale en Belgique ? ..... page 22

L'internement ou statut de défense sociale ..... page 25

Partie 2

Lexique ..... page 27

Liens utiles ..... page 36

« On est déshumanisés finalement par le regard des gens, ils oublient que l'on est des êtres humains et que nous avons des sensations, des émotions et qu'un regard moqueur ou une petite réflexion cela peut faire excessivement mal », Marie.*

* Toutes les citations proviennent du Conseil d'usagers du réseau 107 à Namur.

Avant-propos

La publication que vous avez entre les mains comporte deux parties complémentaires : d'une part, un guide portant sur le traitement médiatique des questions de santé mentale et d'autre part un lexique de termes fréquemment utilisés dans le cadre de ce traitement médiatique.

Le lexique a donc pour but de lister une série de mots liés à l'univers de la santé mentale et souvent employés de façon inadéquate. Pour des raisons de clarté et afin de faciliter l'emploi de ce lexique, la définition de ces termes est volontairement vulgarisée et non strictement scientifique. Outre le fait que les diagnostics restent exclusivement du ressort des spécialistes, l'utilisation des termes liés à la santé mentale et/ou à la psychiatrie ne peut se faire sans une contextualisation de la situation traitée. D'autre part, les termes employés peuvent facilement devenir réducteurs s'ils ne sont pas nuancés.
Depuis juin 2014, un groupe composé de professionnels, de proches et d'usagers de la santé mentale a analysé la manière dont les médias francophones belges abordent les questions de santé mentale. Nous avons travaillé sur différentes publications (presse écrite, internet, radio, tv) et relevé une liste de termes récurrents. Ce sont ces termes qui ont servi de base à notre travail et ont donné naissance à ce guide et ce lexique.

Notre démarche visant à amorcer un processus de déstigmatisation ne serait pas complète sans un guide explicatif. Ce guide à destination des médias propose une aide à la réflexion et au traitement journalistique des questions de santé mentale.

Cet outil est désormais le vôtre, nous espérons qu'il vous sera utile dans votre travail. Si cette version imprimée est figée dans le temps, la version numérique (disponible sur www.psychiatries.be) sera régulièrement mise à jour. Afin de l'améliorer, n'hésitez donc pas à nous faire part de vos questions et vos critiques.

DE L'INFLUENCE MÉDIATIQUE SUR L'OPINION PUBLIQUE

Entre amplification dramatique et simplification médiatique, l'opinion publique nourrit une grande partie de son imaginaire par ce que véhiculent les médias, et particulièrement les médias d'information dont les discours parfois simplificateurs ne sont pas sans conséquence et contribuent à compliquer encore plus les situations vécues par les personnes qui sont, directement ou non, pointées du doigt.
L'influence des médias n'est plus à démontrer et va grandissant au fur et à mesure que les supports d'information se multiplient et deviennent quasi-omniprésents (papier, tv, internet). Une récente étude[1] menée par l'Université McGill (Canada) a démontré que près de 40% des articles abordant des questions de santé mentale publiés dans les journaux mettent l'accent sur la dangerosité, la violence et la criminalité alors que seulement 12% traitent de ces questions sur un ton optimiste. Il est donc évident que cela contribue à augmenter la stigmatisation à l'endroit des personnes atteintes de problèmes de santé mentale.

Dès lors, nous pouvons en déduire que le rapport entre le grand public et les personnes en souffrance mentale repose sur - et est alimenté par - la stigmatisation.

Il s'agit donc d'arriver à briser ce rapport. Cela ne peut se faire qu'en renégociant médiatiquement sa place dans l'espace public, en redéfinissant son image, cassant ainsi la stigmatisation. Paradoxalement, cela ne peut s'accomplir qu'avec le soutien volontariste de ces mêmes médias.

Par ailleurs, il faut noter qu'une résolution du Parlement européen sur la santé mentale, adoptée par la Commission le 21 avril 2009, souligne le rôle déterminant des médias dans le changement de mentalité à l'égard de la maladie mentale et demande que soient élaborées des lignes directrices européennes préconisant une véritable prise en charge de la maladie mentale par les médias . Si les résultats se font encore attendre, il convient de le souligner et d'encourager le monde politique à se pencher concrètement sur le rapport des médias d'information à la santé mentale.

« Les médias influencent considérablement l'opinion publique, explique Michael Pietrus, directeur de l'initiative Changer les mentalités (Changer les mentalités est une initiative lancée en 2009 par la Commission de la Santé mentale du Canada. Son but est de réduire toute forme de stigmatisation). Leur façon de décrire les personnes ayant des problèmes de santé mentale joue un rôle déterminant dans la perpétuation des images négatives et des perceptions erronées de la maladie mentale. Ces images contribuent à déformer l'information. »

L'industrie des médias d'information est très compétitive, de sorte que même les médias publics doivent rivaliser avec les médias privés dans l'originalité ou l'angle de reportage afin de capter le plus de diffusion ou de lectorat. Nous sommes donc confrontés en permanence à une course à l'image qui frappera l'audience et s'ancrera dans l'imaginaire collectif. Une image a une capacité de séduction et de fascination pour qui la reçoit, doublée d'une capacité fantasmatique laissant libre cours à l'imaginaire de tout un chacun dont l'interprétation est incontrôlable pour qui la produit.

Dès lors que ces images contribuent à stigmatiser une communauté, quelle qu'elle soit, il est naturel de vouloir se défendre, rétablir la vérité, relativiser les faits en y répondant par un raisonnement réfléchi et argumenté. Malheureusement, un tel raisonnement n'aura pas le poids d'une image forte, pour différentes raisons : manque d'intérêt du grand public pour se pencher en profondeur sur le sujet, manque de temps à y consacrer, manque de sensationnalisme…

La meilleure façon de répondre à une image est donc d'utiliser souvent une autre image, plus forte encore. C'est là l'enjeu d'une réelle collaboration entre les groupes stigmatisés et les médias d'information. Au-delà d'une simple collaboration, il s'agirait même d'envisager celle-ci sous l'angle d'une coproduction. C'est peut-être là la seule manière pour les journalistes de casser les images stigmatisantes et excluantes qu'ils pourraient véhiculer malgré eux.

Aussi consciencieux et ouvert que soit le journaliste professionnel, il ne s'agit plus de faire un reportage « sur » (une personne ou un groupe de personnes), mais bien de le faire « avec », de sensibiliser au choix des mots et des contenus et surtout d'aider à décrypter le sens des situations qui vont faire l'objet d'une mise en lumière. Cette forme de coproduction médiatique est sans doute le moyen le plus rapide de briser les stéréotypes et de casser ainsi, peu à peu, la stigmatisation.

Ce guide a donc pour vocation de créer un modeste pont entre deux mondes qui, s'ils se côtoient régulièrement, ne se connaissent pas pour autant. Il n'a pas pour but de pointer du doigt ou de juger le travail journalistique, mais bien de donner quelques pistes de réflexion quant à la manière d'aborder le sujet délicat des questions de santé mentale dans les médias.

1 . http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23442898

2 . http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?language=FR&reference=A6-0034/2009

Stress post-traumatique
Obsessions
Angoisse
Dépression
Trouble cognitif
Burn-out
Panique
Anxiété
DÉLIRE
Autisme
Schizophrénie
Bipolaire
Démence
Trouble psychotique
Psychose
PHOBIE SOCIALE
Trouble obsessionnel compulsif
Hallucination
Syndrome d'Asperger
PARANOÏA
Névrose

ABORDER LES QUESTIONS DE SANTÉ MENTALE

La déontologie journalistique nous explique qu'il en va de la responsabilité éthique du journaliste de produire une information qui, si elle peut parfois servir des intérêts particuliers, ne doit pas desservir l'intérêt général et, par ailleurs, doit même s'en soucier en respectant la diversité des points de vue et en pointant le réel dans toute sa complexité.

Nous pensons qu'il est donc nécessaire d'aborder de manière pertinente et respectueuse la construction d'une information liée aux situations que vivent les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Attention, nous ne parlons pas ici d'un journalisme de complaisance qui en oublie son rôle de critique, mais bien d'une approche respectueuse des réalités vécues par les acteurs du secteur de la santé mentale : non seulement les usagers, mais aussi les proches, les familles, les travailleurs et les institutions.

DES MOTS EN QUÊTE DE SENS

« J'ai eu l'occasion d'évoquer avec des ex-collègues mon épisode psychique et on m'a répondu « oui on sait ce qu'est un burn-out, ne t'en fais pas ce n'est pas grave... » Mais si j'avais dit que j'étais schizophrène ou psychotique ou borderline, on sent qu'il ne faut pas en parler. Ces termes font peur »

Jacqueline

Relayé médiatiquement à la moindre occasion, un certain nombre des termes relevant du secteur semble être passé dans le langage courant, utilisé de manière inadéquate.

On peut, par exemple, régulièrement lire/voir/entendre que la dépression est le mal du siècle ou encore que l'on serait tous dépendants de quelque chose (médicament, téléphone portable, internet, shopping, etc.). On entend/lit aussi régulièrement le mot « schizophrénie » utilisé de manière inappropriée en regard de sa signification initiale (pour, par exemple, justifier le fait de pouvoir faire deux choses à la fois ou, plus récemment, on parle de l'État belge comme étant en situation schizophrénique parce qu'il doit gérer le nord et le sud du pays). Il en résulte un glissement de sens pour un mot qui représente le quotidien de personnes qui en souffrent et qui n'est pas sans conséquence pour leur existence. Un autre exemple est celui du mot « psychose », régulièrement mis en avant depuis les attentats de l'année 2015 (on parle de « psychose généralisée », par exemple).

Il n'est pas certain que les consommateurs de médias sachent ce qui se cache exactement derrière ces termes… tant que les médias généralistes n'en donnent pas de définitions précises, ils courent le risque d'agir comme autant de miroirs déformants.

Pour beaucoup, penser « psychiatrie », c'est penser « hôpital psychiatrique », « folie », « dangerosité », … Or la psychiatrie est un domaine beaucoup plus vaste et complexe. Il existe une multitude d'institutions dans le milieu de vie des personnes, visant à leur permettre de se soigner et d'être régulièrement suivies, sans pour autant s'éloigner de leur tissu social, des lieux et des rencontres qui rythment leur quotidien. Il est important de souligner l'existence de ces nombreuses initiatives.

Aborder la souffrance psychique, et plus largement la santé mentale, demande de la remettre dans son contexte. C'est là la condition indispensable à sa bonne compréhension, et donc à en faire une information en phase avec le vécu des personnes qui en souffrent. C'est une manière de leur rendre leur dignité, leur place de citoyen, ce qu'ils sont tout autant que les autres. C'est une façon d'insister sur le fait qu'un vivre-ensemble est tout à fait possible, et que partir à la rencontre de ces différences ne peut que contribuer à enrichir notre société.

ÉVITER L'ÉCUEIL DU DIAGNOSTIC.

« Un diagnostic n'est pas tout, derrière il y a une personne en souffrance...Il faut utiliser les diagnostics avec beaucoup de précautions et d'information. C'est facile d'écrire 'bipolaire' ou 'fou', mais qu'est-ce que c'est en fait ? En architecture il y a des termes pour tout, en médecine aussi. Il faut utiliser les termes appropriés ». Jacqueline.

Un journaliste n'est ni un médecin ni un psychiatre. Il est donc théoriquement incapable d'émettre un diagnostic médical. Or, régulièrement et sous le couvert du conditionnel, certains journalistes publient des diagnostics psychiatriques, sur base floue (parfois des témoignages de personnes plus ou moins proches, parfois d'origine inconnue). Ces révélations non seulement nuisent aux personnes en les stigmatisant, mais également brisent le droit au respect à la vie privée ainsi que le secret médical. Le rôle du journaliste, en matière de diagnostic, devrait se résumer à relayer les paroles des experts.

Toutefois, il est important de souligner que les personnes avec des souffrances psychiques établissent aussi leurs propres diagnostics, qui sont parfois différents des diagnostics des psychiatres. Ces personnes s'estiment souvent mieux placées pour exprimer et évaluer ce qui leur arrive. Elles sont des « experts de vécu », disent-elles parfois. Elles ont, à ce titre, une légitimité pour poser leur propre diagnostic.

http://www.psytoyens.be/wp-content/uploads/2015/05/Lespoir-transmis-de-pair-%C3%A0-pair-Int%C3%A9grer-un-pairaidant-ddns-une-%C3%A9quipe.pdf

SE MÉFIER DES STATISTIQUES

« J'ai l'impression que l'on considère les personnes avec des soucis psychologiques comme une charge pour la société (on voit surtout le coût) comme des personnes parfois qui abusent des arrêts maladie ou de la sécurité sociale. Du coup on parle de la surconsommation d'antidépresseurs et du surcoût que cela génère ». André.

Les statistiques doivent être utilisées avec discernement. Il est facile de généraliser sur des chiffres, mais il est nécessaire de les replacer dans leur contexte (géographique, sociologique, social...). Ils sont à mettre en perspective avec les autres sources et ne doivent pas servir d'unique source. D'autre part, les statistiques liées à la santé mentale changent d'année en année, il faut donc s'assurer d'avoir les chiffres les plus récents à disposition pour construire une information pertinente.

LA SANTÉ MENTALE RELÈVE DE LA VIE QUOTIDIENNE ET NON UNIQUEMENT DE LA RUBRIQUE « FAITS DIVERS »

« On a des liens qui nous unissent un peu tous, mais derrière ça on est des personnes qui avons un vécu »

Marie

En limitant les questions de santé mentale à des faits isolés, les médias cantonnent la santé mentale dans la rubrique « faits divers ». La démarche n'est pas anodine, car elle ne permet pas au public de s'informer de manière véritablement approfondie sur ce sujet. Il n'a pas le recul nécessaire pour en distinguer les tenants et aboutissants. Dès lors, nous invitons les médias à aborder ces questions hors actualité, via des enquêtes ou des reportages de fond qui permettent de creuser plus en profondeur ce sujet complexe et les questions qui le sous-tendent.

ÉVITER LE SENSATIONNALISME ET LA DRAMATISATION

« La nécessité de devoir voir un psychiatre ou un psychologue devrait être faite comme si on allait voir un pédiatre ou un gynécologue. J'aimerais que les journalistes qui vont à la rencontre des gens déstigmatisent la maladie mentale en disant parfois les choses de manière plus neutre »

Jacqueline

S'il convient de parler de problèmes de santé mentale au sens large (quand l'information le justifie pleinement), il n'est pour autant pas nécessaire d'en renforcer le côté dramatique. Que ce soit via le texte ou les images, il est nécessaire de limiter l'information à ce qui en fait son essence, de manière à informer pleinement le public sur les faits et non le perdre dans une succession de mots ou d'images-choc. D'autre part, utiliser des termes puissants relevant du lexique de la psychiatrie (comme psychose, névrose, schizophrénie, etc...) n'est pas systématiquement nécessaire, principalement dans les titres et accroches. Ces termes ont un impact certain sur le public et sur sa manière de percevoir la santé mentale (avec comme conséquence de développer une connaissance limitée de ce qu'est véritablement le fait de vivre avec des problèmes de santé mentale). Cela ne fait que détourner l'attention du cœur de l'information. Et cela accroit la stigmatisation dont souffrent les personnes avec des problèmes de santé mentale. De plus, cela dénature profondément l'information, soulignant ainsi la forme plutôt que le fond. Nous constatons également que l'utilisation d'images empruntées à la fiction pour illustrer certains troubles ne fait qu'accroître une représentation tronquée (voire même romancée ou amusante) de la réalité que vivent les personnes en souffrance mentale (exemple : utiliser une image de la série Monk pour illustrer les TOC, une image de Benoît Poelvoorde ou Jim Carey pour illustrer le trouble bipolaire).

RESPECT DE LA VIE PRIVÉE, DU SECRET PROFESSIONNEL

La déontologie demande d'éviter l'intrusion dans les souffrances physiques et morales des personnes (article 25 et 26 du Code de déontologie journalistique). Il n'est donc pas nécessaire de nommer ni de montrer les personnes ainsi que les problèmes de santé mentale qu'elles vivent. L'information n'en sera pas meilleure. Le journaliste doit aussi se poser la question de savoir si la publication de l'information qu'il a construite ne risque pas d'augmenter les souffrances que les personnes vivent (nous parlons ici des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale ainsi que leurs proches).

DONNER DES INFORMATIONS RELATIVES À LA PRÉVENTION

« On parle aussi de formation pour le personnel et les employés pour qu'ils ne soient pas victimes du burn-out, mais ce n'est pas leur faute, le problème c'est le fonctionnement de l'entreprise et du marché du travail...Mais ça, on ne les remet pas en cause ».
André.

Dans la mesure du possible, le journaliste veillera à distiller des informations qui pourront permettre aux personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale et/ou à leurs proches d'accéder à des aides et des soins.

Il existe une multitude d'institutions spécialisées, dans le milieu de vie, qui peuvent répondre à toute demande liée à la santé mentale. Vous en trouverez une grande partie à la fin de ce guide.

MODÉRER ATTENTIVEMENT LES FORUMS DE DISCUSSION EN LIGNE

Nous avons eu l'occasion d'analyser longuement les réactions publiées sur les forums internet de différents médias suite à la publication d'articles concernant des personnes malades mentales. Le constat est sans appel et fait froid dans le dos. Nombreux sont les témoignages de haine à l'égard des personnes en souffrance mentale et il semble évident que beaucoup de personnes qui s'expriment n'ont qu'une connaissance limitée de ce que sont les maladies psychiatriques. Il est d'autant plus interpellant de voir ces mêmes propos rester présents sur les forums de discussions, sans subir la moindre modération de la part des responsables de ces forums. Si les internautes sont responsables de leurs propos, les médias ont l'obligation de modérer les espaces qu'ils ouvrent aux réactions du public.
Ceux-ci, en acceptant de maintenir ces interventions sur leur site internet, contribuent à véhiculer des préjugés et participent ainsi, à leur manière et sans doute sans même s'en rendre compte, à augmenter la stigmatisation dont sont victimes les personnes en souffrance mentale, bouclant une boucle qu'ils ont eux-mêmes démarrée en publiant sur ce fait tragique, dans le cadre éditorial qui leur est propre.

« On est enrichi de ce vécu. Je me trouve beaucoup plus riche d'avoir pris conscience de ce que j'avais, j'ai été très loin puis le réveil a eu lieu. Je ne souffre plus à l'heure actuelle, mais cela me permet de prendre tous les aspects positifs de la vie et j'en profite : il faut prendre son petit bonheur chaque jour. Je ne suis pas certaine que la personne qui se lève tous les matins pour aller travailler se dise ' Ah, aujourd'hui, je vais prendre mon petit bonheur ! ' »,

Jacqueline.

CLICHÉS ET IDÉES REÇUES

Provoquant parfois plus de souffrance que la maladie elle-même, la stigmatisation dont sont victimes les personnes ayant des problèmes de santé mentale se voit régulièrement amplifiée par certains médias. Dangerosité, violence ou encore instabilité sont ainsi des mots que l'on retrouve souvent utilisés pour décrire ces personnes. Or, de nombreuses études internationales s'accordent sur le fait que seuls 3 à 5% d'actes criminels sont le fait de personnes avec un diagnostic psychiatrique[3] . Il convient également de noter que ces personnes subissent de 7 à 17 fois plus d'actes de violence que la population générale.

Il faut aussi souligner que cette stigmatisation est devenue un des facteurs qui dissuadent le plus les individus ayant des problèmes de santé mentale de chercher de l'aide. De plus, le pouvoir de persuasion des médias aidant, la stigmatisation rend inutile bon nombre d'initiatives prises dans le domaine de la santé mentale. Des mois, parfois même des années, passés à briser les stéréotypes se retrouvent balayés par une suite de déclarations médiatiques. La stigmatisation devient par là le comble de la souffrance.

« Le cliché le plus fort que j'ai constaté c'était lorsque j'étais enfant. Près de chez mes parents, il y avait un asile psychiatrique pour des cas assez lourds. Et les gens du village me disaient : « Si tu n'es pas sage, tu vas aller là-bas ! »
Du coup quand j'ai eu mon premier épisode psychotique, j'ai cru que ma vie était foutue pour de bon et que j'allais être continuellement hospitalisée »,

Laetitia.

3 Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. Ann Médico Psychol 2005;163(10):852-65.
Voir aussi http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_rapport_dorientation.pdf

CLICHÉS LES PLUS RÉCURRENTS

La maladie mentale n'est pas quelque chose de « romantique » (comme certains articles le laissent croire en citant l'exemple de vedettes et autres personnages historiques marquants dont le diagnostic est avéré), éviter la « glamourification/glamourisation» de la maladie mentale. La maladie est avant tout une source de souffrance, pour les personnes malades, mais aussi pour leurs proches et leurs familles.

« Mon chemin je l'ai commencé il y a quelques années quand j'ai pris conscience que j'avais un problème. Tout d'un coup il faut accepter qu'on n'est pas comme on aurait dû être. On n'est pas comme les autres veulent que l'on soit, on ne réussira pas forcément comme les autres », André.

- Être un malade mental ne signifie pas être un danger potentiel. Briser ce cliché auprès du grand public est peut-être la chose la plus difficile à accomplir.
- Toute personne qui a une pathologie n'est pas dangereuse. Toute personne dangereuse n'a pas toujours une pathologie.
- Le cliché de la chronicité/chronicisation. On a tendance à penser que quand on entre en maladie mentale, on y est toujours. Or, la maladie peut se transformer (être plus ou moins présente).
- Lorsqu'un acte criminel est commis, se pose toujours la question de la responsabilité. C'est le travail des psychiatres/experts-psychologues que d'établir s'il y a un lien entre le crime et un potentiel problème de santé mentale. Cela accentue le lien direct entre dangerosité et pathologie.
- L'hôpital et l'enfermement ne sont pas la solution unique aux maladies psychiatriques. En effet, il existe de nombreuses initiatives et institutions dans le milieu de vie qui répondent parfaitement aux besoins des personnes.

« J'ai mis un temps fou à me faire aider. J'avais une souffrance, mais je ne voulais pas voir un psychologue, car un psy c'est pour les fous. Donc quand j'en ai rencontré un pour la première fois de ma vie, j'étais terrorisé... J'avais tellement peur qu'il me juge. Que va-t-il penser de moi ? Que je suis un faignant ? Au final cette personne bienveillante m'a aidé... », André.

Avoir un problème de santé mentale ne revient pas à devoir prendre des médicaments toute la vie. Il est faux de croire qu'une médication est immuable. D'une part, elle doit être régulièrement réévaluée afin de correspondre aux besoins de la personne et d'autre part, il est parfaitement possible qu'elle en vienne à disparaître en cas de guérison.

COMMENT S'ORGANISENT LES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN BELGIQUE ?

Historiquement, la Belgique vient d'une prise en charge de la personne malade basée sur l'hospitalier, avec une culture d'exclusion de la famille dès l'hospitalisation de son proche malade. Cette pratique a été durant une longue période, la seule réponse proposée aux problèmes de santé mentale. Depuis les années 70, les choses ont commencé à bouger petit à petit vers l'ambulatoire[4] avec la création des centres de santé mentale, des maisons d'habitations protégées[5], des centres de jours, etc. En 2005, la Belgique, par l'intermédiaire de son ministre de la santé de l'époque (Rudy Demotte), s'est engagée sur la voie d'une désinstitutionnalisation sans précédent. En apposant sa signature au traité d'Helsinki, notre pays a ouvert la voie à la réaffectation des moyens des hôpitaux vers les structures en milieu de vie. En effet, La Belgique est un des mauvais élèves au niveau européen : c'est elle qui compte le plus de lits psychiatries par habitant (en 2008, 150 lits psychiatriques pour 100.000 habitants)[6].

4. Permet de diagnostiquer, de traiter, de suivre un patient sans que celui-ci soit hospitalisé. Il peut ainsi dormir chez lui, garder ses habitudes.
5. Les habitations protégées accueillent des patients psychiatriques qui ne nécessitent pas de traitement en continu en hôpital mais doivent être aidés dans leur milieu de vie et de logement pour l'acquisition d'aptitudes sociales afin d'être (ré-)intégrés dans la vie sociale
6. http://www.psy107.be/images/document/Historiek%20en%20context%20FR.pdf

LA RÉFORME 107, DE QUOI S'AGIT-IL ?

Depuis 2010 se met en place **la réforme 107** (qui tire son nom de l'article 107 qui permet de réallouer une partie des moyens financiers, humains… existants dans les hôpitaux pour les réorienter vers une nouvelle forme de prise en charge). L'objectif de la réforme est de **sortir la santé mentale des murs de l'hôpital en transformant une partie de l'offre de soins résidentielle en une offre communautaire.**

Concrètement, elle axe la prise en charge de la personne malade dans son milieu de vie, quel qu'il soit, et veille à la continuité des soins par un travail concerté en réseau des différents acteurs concernés (y compris le malade et son entourage). La famille et les usagers sont désormais envisagés comme des partenaires de soin indispensables et complémentaires aux soignants. **Des équipes mobiles**[7] ont été mises en place. Celles-ci ont pour mission le traitement, à domicile, de problèmes psychiatriques aigus ou chroniques. Elles intègrent les dispositifs existants et organisent la coordination des soins pour le patient de façon transitoire.

Cette réforme vise à mettre sur pied une offre « globale et intégrée », l'idée étant que, sur un territoire, toute personne qui a un problème de santé mentale doit pouvoir recevoir la ou les réponse(s) en lien avec ses besoins et sa demande. À cette fin, **19 réseaux** se sont jusqu'ici constitués en Belgique, composés chacun d'un coordinateur, d'équipes mobiles, d'un ensemble d'acteurs actifs dans la santé mentale, et d'autres issus d'autres secteurs comme le logement, les loisirs ou encore l'emploi.

Récemment la réforme a élargi son public à celui des usagers avec une problématique d'assuétudes et des usagers **sous statut de défense sociale (voir page 12)**. Pour ces derniers, des projets spécifiques pour internés ont vu le jour dans les réseaux 107. Ils proposent une offre de soins ou un accompagnement adapté à ce public et s'intègrent dans l'organisation de leur réseau au même titre que les autres partenaires.

Sources : http://www.chpchene.be/cmsfiles/file/brochure-eq-mobile.pdf http://similes.org/wordpress/reforme-107/ et http://cbcs.be/Psy-107-la-reforme-Et-puis

7. Les équipes sont pluridisciplinaires et développent un travail en collaboration avec l'usager et son réseau.

HOSPITALISATION LIBRE OU SOUS CONTRAINTE.

L'hospitalisation libre est la situation de tout patient qui consent à entrer en hôpital pour un problème psychiatrique. Il jouit des mêmes droits qu'un patient hospitalisé pour toute autre maladie, c'est-à-dire décider de sa sortie contre l'avis du médecin.
Dans le cas d'une hospitalisation sous contrainte (mise en observation) le patient n'est pas consentant et on parle d'une admission non volontaire, elle est demandée par un tiers et est régie par la loi du 26 juin 1990. (Loi relative à la protection de la personne des malades mentaux) Cette loi stipule qu'une mesure de protection (restriction provisoire de la liberté d'un individu en vue d'une hospitalisation) peut être prise à l'égard d'une personne, et ce pour autant que trois conditions soient remplies[8] :

- La personne doit être reconnue « malade mentale »;
- Elle doit mettre en péril sa santé et sa sécurité et/ou constituer une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui ;
- Aucun autre traitement ne peut être envisageable.

La demande se fait au niveau civil auprès d'un juge de paix avec l'élaboration d'un rapport médical circonstancié. Cette loi protège le patient contre l'abus de pouvoir du psychiatre qui pouvait agir auparavant à la demande d'un représentant de l'autorité ou d'un membre de la famille. Cette hospitalisation est limitée dans le temps (40 jours), mais peut être prolongée si l'état du patient le nécessite.

8. http://www.autrelieu.be/Documents/Biblio/Ecrits/MEO_contenu.pdf JDJ n°262 février 2007

L'INTERNEMENT OU STATUT DE DÉFENSE SOCIALE[9]

Ce terme est souvent employé, à tort, dans le langage courant en lieu et place d'une « hospitalisation en psychiatrie » voire d'une « hospitalisation sous contrainte ». La notion d'internement ou d'interné s'applique uniquement à une personne «

- **1°** qui a commis un fait qualifié crime ou délit punissable d'une peine d'emprisonnement
- **2°** qui, au moment du jugement, est atteinte d'un trouble mental qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes et
- **3°** pour laquelle le danger existe qu'elle commette de nouvelles infractions en raison de son trouble mental, éventuellement combiné avec d'autres facteurs de risque »

(article 9 de la loi du 5 mai 2014).

La décision d'internement est prise par un juge. Elle s'appuie notamment sur des expertises. L'interné est souvent placé dans un établissement de défense sociale. Des « chambres de protection sociale » au sein du tribunal d'application des peines peuvent décider de permissions de sortie, de libérations à l'essai, de semi-liberté. Un interné peut obtenir une libération définitive lorsque son trouble mental est stabilisé et qu'il ne risque plus de commettre une infraction susceptible de donner lieu à un internement. Les objectifs de l'internement sont : protéger la société et garantir aux personnes internées des soins qui leur permettront de reprendre une place dans la société.

Le système belge de défense sociale est régulièrement critiqué. Le 9 janvier 2014, la Cour européenne des droits de l'homme a rendu simultanément huit arrêts condamnant la Belgique[10]. Tous concernent la détention de personnes internées dans des lieux inappropriés. Le Comité de prévention de la torture (CPT), lié à l'Europe, a critiqué le système belge à plusieurs reprises en faisant de solides mises en demeure.

Depuis 2012, la question des internés est intégrée au sein de la coordination fédérale de la réforme des soins en Santé mentale (Réforme 107) pour favoriser l'intégration des internés au niveau de la communauté. Le but est d'essayer de réserver les soins très spécialisés en EDS (établissement de défense sociale) ou en HPS (Hôpital psychiatrique sécurisé) uniquement pour les cas lourds et complexes qui ne peuvent pas aller dans le circuit régulier, et qui nécessitent un tel niveau de soins spécialisés.

Sources :
SPF Santé publique
http://www.justice-en-ligne.be/article539.html
http://www.similes.org/wordpress/wp-content/pdf/Livre%20Blanc.pdf
http://wikiwiph.awiph.be/index.php/je-m-informe-sur-d-autres-sujets/

9. Les modalités d'exécution de l'internement sont fixées par les commissions de défense sociale (CDS) réparties localement sur le territoire belge.
10. http://unia.be/fr/articles/les-personnes-internees-la-belgique-condamnee-par-la-cour-europeenne-des-droits-de-lhomme

« En dessous de ces peurs, de son égo, tout le monde est un Mozart qui ne joue pas encore sa musique. Si on arrivait mieux à se connaître, à comprendre comment on fonctionne en faisant un travail sur soi, on pourrait trouver sa place, jouer sa propre musique », Angélique.

Lexique

L'ensemble des termes repris dans ce lexique est issu de nombreuses heures de lecture de coupures de presse, de visionnage de reportages et d'audition d'émissions radiophoniques. Ce sont donc des mots régulièrement utilisés dans les médias quand il s'agit d'aborder la construction d'informations liées à la santé mentale. À plusieurs occasions, nous nous sommes rendu compte que ces termes avaient un usage inadéquat. Il existe plusieurs définitions possibles d'un même terme. Le sens peut varier selon que l'on se place du point de vue du professionnel, de la personne en souffrance ou de ses proches, par exemple. Les définitions proposées tiennent compte de plusieurs exigences : une compréhension aisée, un sens largement partagé, réduire autant que possible les effets de stigmatisation. Les termes sont classés en cinq catégories.

1 GÉNÉRALITÉS

Ambulatoire
Défense sociale
DSM V
Handicap mental
Handicap psychique
Internement
Maladie mentale
Mise en observation
Psychopathe
Psychopathologie
Santé mentale

2 MALADIES

Névrose obsessionnelle
Paranoïa
Personnalités multiples
Psychose
Schizophrénie
Syndrome d'Asperger
Trouble anxieux
Trouble autistique (TSA)
Trouble bipolaire
Trouble cognitif
Trouble dépressif
Trouble de la personnalité borderline
Trouble dissociatif de l'identité (TDI)
Trouble obsessionnel compulsif (TOC)
Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

3 SYMPTÔMES

Angoisse
Anxiété
Délire
Hallucination
Manie
Obsessions
Panique
Paranoïa
Phobie sociale
Phobie spécifique
Tic
Troubles cognitifs

4 PROFESSIONS

Infirmier-ère psychiatrique
Psychanalyste
Psychiatre
Psychologue

5 LIEUX

Annexe psychiatrique
Asile
Centre de jour
Centre de santé mentale
Habitation protégée
Hôpital de jour
Hôpital psychiatrique
Service de santé mentale

Définitions

>>> (par ordre alphabétique, toutes catégories confondues)

a

Ambulatoire : Se dit de l'ensemble des services qui permettent à la personne en souffrance mentale de se maintenir dans son milieu de vie.

Angoisse : L'angoisse est un état psychologique voisin de l'anxiété. L'angoisse est une manifestation profonde d'inquiétude. Elle peut survenir de manière ponctuelle et disparaitre rapidement. Elle se manifeste souvent par des troubles physiques mineurs apparaissant et augmentant en quelques minutes (palpitations, ventre noué, nausées, troubles du sommeil, évanouissements, pleurs...).

Annexe psychiatrique : Quartier d'une prison accueillant en son sein les internés ne trouvant pas de place dans un établissement de défense sociale (pour cause de surpopulation la plupart du temps).

Anxiété : État psychique alimenté par le sentiment d'un danger imminent et d'origine indéterminée. Quand elle perdure, on parle de trouble de l'anxiété. La personne en état d'anxiété se sent mal, son corps en est affecté, son mal-être peut s'exprimer par une agitation ou au contraire un anéantissement.

Asile : Historiquement, un asile est un établissement de bienfaisance où sont recueillis pour un temps plus ou moins long des personnes malades ou sans-abri, des orphelins, des fous, des vieillards délaissés. Au 19e siècle, ce type d'établissement s'est progressivement destiné à gérer plus exclusivement la folie. On parla alors d'« asile d'aliénés » ou d' « asile de fous ». Avec le développement de la psychiatrie, la dénomination « hôpital psychiatrique » est devenue l'appellation officielle et d'usage courant.

Autisme : Voir Trouble autistique.

b

Burn-out : Egalement appelé « syndrome d'épuisement professionnel ». Le plus souvent généré par des sentiments d'impuissance et de désespoir, le burn-out se caractérise par un état d'épuisement général, à la fois physique, psychique, émotionnel et mental dont il est impossible de récupérer sur une courte durée.

c

Centre de jour : Également appelé « centre psychothérapeutique de jour ». Il s'agit d'un endroit accueillant à la journée des personnes en souffrance psychique et proposant différentes activités thérapeutiques. À ne pas confondre avec un centre de santé mentale.

Centre de santé mentale : Voir Service de santé mentale.

d

Défense sociale : La défense sociale gère la situation des internés. Il s'agit d'une personne « (1°) qui a commis un fait qualifié crime ou délit punissable d'une peine d'emprisonnement et (2°) qui, au moment du jugement, est atteinte d'un trouble mental qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes et (3°) pour laquelle le danger existe qu'elle commette de nouvelles infractions en raison de son trouble mental, éventuellement combiné avec d'autres facteurs de risque » (article 9 de la loi du 5 mai 2014). La décision d'internement est prise par un juge. L'interné est souvent placé dans un établissement de défense sociale. Des « chambres de protection sociale » peuvent décider de permissions de sortie et de libérations à l'essai. Les objectifs de l'internement sont : protéger la société et garantir aux personnes internées des soins qui leur permettront de reprendre une place dans la société.

Délire : Dans une acception populaire, le délire peut renvoyer à une exaltation, un enthousiasme débordant, un rêve. D'un point de vue pathologique, le délire désigne une perte du contact normal avec le réel donnant lieu à une réinterprétation personnelle de la réalité. Il est alors source de souffrance, car les personnes ne parviennent plus qu'à partager difficilement la même compréhension du réel.

Démence : Le mot a longtemps eu un sens flottant, presque synonyme de folie dont il reste des traces dans l'usage populaire (« c'est dingue, c'est dément » ou « accès de démence » comme geste fou). En psychiatrie, il désigne une dégradation irréversible de la mémoire, du raisonnement, de l'aptitude à réaliser les activités quotidiennes due à des causes neurologiques. Les acceptions populaires et psychiatriques sont dès lors assez différentes et susceptibles d'induire une stigmatisation sur les personnes affectées de démence dans son sens médical.

Dépression : Trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration. Elle peut être de longue durée ou récurrente, et porte essentiellement atteinte à la capacité des personnes à fonctionner au travail ou à l'école, ou à gérer les situations de la vie quotidienne. Dans les cas les plus graves, la dépression peut conduire au suicide.

Double diagnostic : Qualification appliquée aux personnes qui souffrent à la fois d'une dépendance toxicomaniaque et/ou éthylique et d'un trouble psychiatrique, quelles qu'en soient les modalités d'interaction. Parfois, cette expression est également utilisée pour qualifier des personnes présentant une déficience intellectuelle et un trouble de santé mentale.

Double personnalité : Ou « trouble dissociatif de l'identité », ou encore « trouble de l'identité multiple ». Ce trouble mental (défini en 1994 dans le DSM) a vu sa validité en tant que diagnostic médical souvent remise en question. En effet, pour que le diagnostic soit avéré, le sujet doit présenter au minimum deux personnalités prenant à tour de rôle le contrôle de son comportement, avec une incapacité à évoquer des souvenirs personnels. Dans les faits, ce diagnostic est extrêmement rare. Il sert parfois d'excuse à des criminels pour justifier leurs actes. Il est abusif de le confondre avec la schizophrénie.

DSM : Abréviation de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, autrement dit : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. C'est l'ouvrage de référence publié par la Société américaine de psychiatrie, décrivant et classifiant les troubles mentaux. La dernière édition, le DSM V, date de 2013. Les critiques les plus récurrentes portent sur le fait que chaque édition du DSM apporte son lot de nouvelles pathologies, servant ainsi l'industrie pharmaceutique avec un risque de surdiagnostic et donc de surmédicalisation.

h

Habitation protégée : Ou « initiatives d'habitations protégées ». Ces lieux accueillent des patients psychiatriques qui ne nécessitent pas de traitement en continu en hôpital, mais doivent être aidés dans leur milieu de vie et de logement pour l'acquisition d'aptitudes sociales afin de reprendre pied dans la vie sociale.

Hallucination : Une hallucination peut être le plus souvent visuelle, auditive, mais aussi olfactive, gustative et sensorielle. Elle correspond à la création d'une réalité qui n'est pas celle des autres personnes. C'est une perception de faits qui n'existent pas.

Handicap mental : À l'inverse du handicap psychique, le handicap mental est constant. Il se traduit le plus souvent par une déficience intellectuelle, souvent détectée dans l'enfance et jamais complètement récupérable. Pendant longtemps, handicap mental et handicap psychique ont eu le même sens. Par convention, il n'en est plus de même actuellement (voir « handicap psychique »)

Handicap psychique : Le handicap est défini comme une limitation d'activité ou une restriction de participation à la vie en société. On parle de handicap psychique à partir du moment où l'expérience de troubles psychiques ou la maladie mentale ont un retentissement sur la vie de la personne et entravent sa participation à la vie sociale. Le handicap psychique suppose une perte d'autonomie de la personne et donc un besoin d'aide. Le handicap est également une notion administrative qui permet de bénéficier des dispositifs d'accompagnement spécifiques. Le handicap psychique est fluctuant.

Hôpital de jour : Institution ouverte offrant un panel de soins psychomédicaux et permettant aux patients d'être hospitalisés à temps partiel tout en les maintenant dans leur milieu de vie.

Hôpital psychiatrique : Institution spécialisée dans le traitement des troubles psychiatriques et permettant d'héberger les personnes qui en souffrent en dehors de leur milieu de vie familier.

i

Infirmier.ère psychiatrique : Autrefois appelée « gardien de fou », l'infirmier.ère psychiatrique participe à la réalisation d'un projet de soins dans une institution spécialisée, par le biais d'actions de prévention, de soutien relationnel, de soins ou encore de surveillance.

Internement : Voir « défense sociale ». Ne pas confondre l'internement avec la mesure de Protection de la personne des malades mentaux (P.P.M.M., loi du 26 juin 1990).

m

Maladie mentale : Une maladie mentale est une affection qui se manifeste par un ensemble de troubles psychiques de façon déstabilisante et parfois envahissante. L'intégration sociale de la personne est parfois problématique et la maladie peut générer une souffrance psychique intense. La maladie mentale repose sur un diagnostic médical et nécessite des soins pour la personne.

Maniaco-dépression : C'est l'expression communément utilisée pour désigner le trouble bipolaire. C'est donc exactement la même chose, à savoir un trouble de l'humeur faisant passer la personne qui en souffre d'un état d'exaltation intense à un état de dépression profonde. Voir trouble bipolaire.

Manie : La manie est un état mental caractérisé par des degrés d'humeur, d'irritation ou d'énergie anormalement élevés. Elle appartient comme la dépression aux troubles de l'humeur. Elle constitue l'une des phases du trouble bipolaire et est, dans un sens, l'opposé de la dépression.

Mise en observation : la mise en observation est avant tout une privation de liberté. Il s'agit d'une hospitalisation dans un service psychiatrique, ordonnée par une décision judiciaire. Cette notion apparaît dans la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux et a pour but de rétablir le malade mental comme sujet de droit et d'instaurer les règles des internements non volontaires. Cette loi stipule qu'une mesure de protection (restriction provisoire de la liberté d'un individu en vue d'une hospitalisation) peut être prise à l'égard d'une personne, et ce pour autant que trois conditions soient remplies : - la personne doit être reconnue « malade mentale » ; - elle doit mettre en péril sa santé et sa sécurité et/ou constituer une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui ; - aucun autre traitement ne peut être envisageable.

Névrose : Terme générique utilisé en psychiatrie désignant un trouble psychique sans lésion organique démontrable. Le sujet est conscient de sa souffrance psychique et vit dans la réalité.

Névrose obsessionnelle : C'est une forme majeure de névrose. En profonde rumination mentale, la personne qui en souffre tente de combattre ses craintes et ses peurs par une série de rites obsessionnels. Ce terme est surtout utilisé en psychanalyse et ne doit pas être confondu avec le trouble obsessionnel compulsif (TOC).

o

Obsessions : Idée répétitive et menaçante s'imposant à une personne, bien qu'elle soit parfaitement consciente de son caractère irrationnel.

p

Panique : Réaction brutale survenant en cas d'angoisse intense et qui traduit une anxiété très importante. Du point de vue psychiatrique, certains considèrent que les attaques de panique sont pathologiques lorsqu'elles interviennent au moins quatre fois en quatre semaines.

Paranoïa : Dans le langage populaire, le parano est celui qui a une méfiance exagérée vis-à-vis de menaces, soit réelles, soit imaginaires. En psychiatrie, la paranoïa renvoie des idées délirantes, assez permanentes, assez systématisées, exprimant un sentiment constant de persécution. À côté de ce délire, la personne peut être tout à fait lucide et ses fonctions intellectuelles ne sont pas fondamentalement dégradées.

Personnalités multiples : Voir Double personnalité.

Phobie sociale : C'est la peur irrationnelle, persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales dans lesquelles le sujet se trouve confronté au regard d'autrui. Cette peur est justifiée par la crainte d'être humilié, ou embarrassé.

Phobie spécifique : C'est la peur persistante, excessive, intense, à caractère irraisonné, déclenchée par la présence d'un objet ou d'une situation spécifique comme prendre l'avion, être en hauteur, être en contact avec certains animaux.

Psychanalyste : Le psychanalyste désigne un thérapeute dont l'objectif est de traiter ses patients en utilisant la méthode psychanalytique inventée par Sigmund Freud au début du XXe siècle. Cette pratique psychothérapeutique vise à soulager les patients par l'expression de leur inconscient. Le cheminement thérapeutique s'effectue grâce à la parole et la relation qui s'établissent entre le psychanalyste et l'analysant. La formation du psychanalyste passe par une école de psychanalyse et sa propre analyse.

Psychiatre : Le psychiatre est un spécialiste traitant de maladies mentales sur une base médico-psychiatrique. Sa formation consiste en des études de médecine, suivies d'une spécialisation. Il est autorisé à établir un diagnostic médical et, comme tout médecin, à prescrire des psychotropes. On peut le consulter directement ou sur recommandation d'un autre professionnel de la santé.

Psychologue : Le psychologue est un professionnel qui possède un diplôme universitaire en psychologie. Son but est de traiter des personnes souffrant de troubles psychologiques. Les techniques généralement utilisées par le psychologue relèvent d'un travail d'écoute du patient.

Psychopathe : Tout un temps, le terme a pu être synonyme de malade mentale. Aujourd'hui, le sens est plus restreint. Beaucoup situent la psychopathie en dehors des maladies mentales. Il s'agit un état de déséquilibre psychologique, caractérisé par un comportement asocial, sans déficit intellectuel ni symptômes psychotiques. Le terme a une connotation socialement négative.

Psychopathologie : Science qui étudie les maladies et troubles psychiques.

Psychose : Le terme recouvre des affections psychiques dont les contours conceptuels sont relativement controversés. Une personne souffrant de psychose – un psychotique – perd le contact avec la réalité des autres et est envahie de pensées délirantes se traduisant par un discours et une attitude irrationnels pour autrui. Les personnes psychotiques peuvent être convaincues du contenu de leur délire sans parvenir à une distance critique suffisante pour partager des relations supportables avec leurs entourages. Des soins et accompagnements adéquats permettent néanmoins d'aboutir, sinon à une disparation de la psychose, du moins à un rétablissement, une vie humaine parmi les autres.

s

Santé mentale : L'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) définit la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. La bonne santé mentale ne consiste pas seulement en une absence de troubles mentaux.

Service de santé mentale: Composé d'une équipe pluridisciplinaire, un service de santé est une institution apportant une aide psychomédicosociale dans un cadre ambulatoire spécialisé à toute personne qui en exprime la demande.

Schizophrénie : Dans le langage populaire, la schizophrénie est fréquemment synonyme de folie ; en psychiatrie, sa signification est néanmoins plus précise bien qu'elle soit loin d'être univoque. Débutant généralement au début de l'âge adulte, la schizophrénie est un trouble psychotique qui se caractérise par l'apparition à certains moments d'une perception ou une interprétation délirante de la réalité. La personne schizophrène peut s'isoler dans ses pensées et vivre en retrait. Elle peut aussi s'exprimer selon une logique désorganisée ou avec des sentiments qui apparaissent sans rapport avec la situation. Cette manière d'être au monde peut dès lors être vécue à la fois comme une difficulté, un mystère ou une relation originale. Des soins et accompagnements adéquats permettent néan-

moins d'aboutir, sinon à une disparation de la schizophrénie, du moins à un rétablissement, une vie humaine parmi les autres.
La schizophrénie est souvent considérée, à tort, comme un « dédoublement de la personnalité ». Cette idée reçue s'explique en partie à l'origine même du terme « schizophrénie » qui provient des mots grecs schizo « séparé » et phrên « esprit ». Les schizophrénies touchent 1 % de la population mondiale.

Syndrome d'Asperger : Cette pathologie dont la reconnaissance est relativement nouvelle (quelques décennies) est souvent classée parmi les troubles autistiques sans déficience intellectuelle. Elle affecte principalement la manière dont la personne communique et entretient des relations avec les autres. Ces personnes peuvent être submergées quand l'environnement abonde de messages qui deviennent alors cacophoniques. Elles sont hypersensibles. Pour faire face, ces personnes se concentrent sur des routines, des détails ou des intérêts spécifiques. La conséquence peut être un savoir riche et approfondi dans des domaines particuliers.

t

Tic : Mouvement musculaire répétitif et non maîtrisé, provoqué inconsciemment. Ils se manifestent souvent lors d'épisodes de forte émotion ou de grand stress.

Trouble obsessionnel compulsif (TOC) : Le Trouble Obsessionnel Compulsif est un trouble anxieux qui est caractérisé par des pensées (obsessions), et des comportements (compulsions) embarrassants et indésirables. Les obsessions typiques sont la peur d'être contaminé, le doute, des pensées récurrentes d'ordre sexuel ou religieux, la peur de se blesser, la préoccupation de la sécurité d'autrui. Ces pensées s'imposent à la personne et entraînent une anxiété. Celle-ci y répond alors par des comportements répétitifs (comme se laver les mains, vérifier) ou des actes mentaux (prier, compter, répéter les mots) qui sont destinés à neutraliser la situation redoutée.

Trouble anxieux : Ils constituent un ensemble de troubles très divers qui ont en commun d'avoir une anxiété pathologique comme symptôme principal. L'anxiété n'est pas en soi pathologique. On parle de troubles anxieux lorsque cette émotion devient envahissante et qu'elle entraîne une souffrance significative et une gêne au fonctionnement individuel.

Trouble autistique (TSA): Également appelé « trouble du spectre autistique », ce handicap se caractérise par un développement anormal de l'enfant, principalement au niveau social, relationnel et communicationnel.

Trouble bipolaire : Il s'agit d'une affection, actuellement classée dans les troubles de l'humeur. La personne peut en l'espace de quelques instants, quelques mois, ou quelques années, passer d'un état d'euphorie ou pôle maniaque, à un état de profonde mélancolie, ou pôle dépressif. Les troubles bipolaires sont particulièrement handicapants pour la personne qui en souffre, mais également pour son entourage. Il existe différents types de troubles bipolaires, ils concernent ensemble 5 à 6% de la population mondiale.

Trouble cognitif : Il se présente sous la forme de troubles de mémoire, de la perception et du traitement des informations. On peut trouver des troubles cognitifs dans différents troubles psychiques telles les psychoses, les troubles de l'humeur, et surtout en cas de lésions cérébrales ou dans les démences.

Troubles dépressifs : Ils se caractérisent par une tristesse qui est non seulement intense, mais surtout associée à une douleur morale. Ils doivent être différenciés de la tristesse normale. Il s'agit d'un vécu pessimiste, d'une péjoration de l'avenir, d'un sentiment d'insatisfaction, de dévalorisation, de culpabilité, d'indignité et d'incurabilité.
Entre 5 et 15 % des Français seraient touchés par la maladie dépressive (dépression majeure), avec un sexratio de deux femmes pour un homme. En Belgique 10% de la population est concernée.

Trouble de la personnalité borderline : Les personnes qui souffrent d'un trouble de la personnalité État-Limite (en anglais « Borderline ») ont de graves problèmes de régulation émotionnelle. Ceux-ci se traduisent par une grande instabilité, une sensibilité importante à l'abandon et des comportements impulsifs parfois destructeurs. Elles ont des émotions qui se déclenchent plus vite, sont plus intenses et prennent plus de temps pour s'apaiser que la moyenne des gens. Cette maladie touche 2 % de la population, dont 75% de femmes.

Trouble dissociatif de l'identité (TDI) : Voir Double personnalité.

Trouble de stress post-traumatique (TSPT) : Trouble anxieux apparaissant en réaction à un événement traumatique provoquant une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Trouble psychotique : Voir Psychose.

Liens utiles

http://www.psychiatries.be
http://www.similes.org
http://www.revers.be
http://www.article23.eu
http://www.psytoyens.be/
http://www.clubandrebaillon.
http://www.autrelieu.be/
http://www.guidesocial.be
http://www.reseausantenamur.be/initiatives/le-conseil-d-usagers

Ont collaboré à la création de ce guide et de ce lexique :

Mounia Ahammad, Carole Bachely, Charles Burquel, Olivier Croufer, Christophe Davenne, Oivier De Gand, Vanni Della Giustina, Michèle Durieux, Aurélie Ehx, Jean-Marie Graas, Georges Legros, Jean-Philippe Lejeune, Marie-Céline Lemestré, Cécile Mormont, Samantha Russo.

Toutes les citations proviennent du Conseil d'usagers du réseau 107 à Namur.

REMERCIEMENTS :
Jean-François Dumont, André Linard, Didier de Riemaecker, Nathalie Taymans, ainsi que les membres du comité de pilotage du Mouvement pour une psychiatrie démocratique dans le milieu de vie.

Pour toute suggestion, demande d'information :
Centre Franco Basaglia
42-44, chaussée des prés
4020 Liège
04/227 02 58
www.psychiatries.be –
info@psychiatries.be

> Mise en page :
Article 23 infographie
- www.article23.eu -

>1ère édition : juin 2017

TABLE DES MATIERES

Remerciements **2**

SOMMAIRE **4**

INTRODUCTION : questionnement de la représentativité médiatique de la santé mentale **6**

1. Avant-propos 6
2. Expérience personnelle 7
3. Analyse d'un corpus de documentaire avec comme postulat de départ deux hypothèses principales 8
4. De l'importance du journalisme constructif 9

CHAPITRE 1 : Présentation du corpus de documentaires et motivations **12**

1.1. Présentation du corpus de documentaires 12

1.2. Motivations des choix 16

CHAPITRE 2 : Analyse du corpus de documentaires **18**

2.1. Les lieux de la représentation de la folie 18

2.1.1. Historique des lieux de la folie 18

2.1.2. L'asile d'après-guerre : la révélation du concentrationnaire 20

2.1.3. L'asile et l'imaginaire de la prison 22

2.1.4. Le contre-pied : La Devinière 24

2.1.5. Traitement journalistique 25

2.2. Les personnages 26
2.2.1. Introduction 26
2.2.2. Les journalistes 26
2.2.3. Les usagers de la santé mentale 27
2.2.4. Le corps médical 27
2.2.5. L'entourage 27
2.3. La répartition du temps de parole 28
2.3.1. Première hypothèse 28
2.3.2. Méthodologie 28
2.3.3. Résultats 30
2.3.4. Descriptions des résultats 35
2.3.5. Réflexions 37
2.4. Représentation de la santé mentale par le début des documentaires 37
2.4.1. Descriptions du début des documentaire 37
2.4.2. Observations 44
2.5. Les contextes de production 46
2.5.1. Le mouvement antipsychiatrique 46
2.5.2. Le cinéma direct 47
2.5.3. Polarisation de contexte diffusion 48
2.6. La vision de la santé mentale et les stéréotypes 50
2.6.1. Deux cas particuliers 50
2.6.2. Exemples de fabrication de stéréotypes 52
2.7. Synthèse de l'analyse 55
2.8. Réflexions 56
CHAPITRE 3 : Productions journalistiques alternatives 58
3.1. Avant-propos 58
3.2. Inspiration anthropologique 59

3.3. Le CREAHM : les mercredis de l'impro 60
3.3.1. Présentation du lieu 60
3.3.2. Méthodologie 60
3.3.3. Difficultés 61
3.3.4. Contexte de diffusion 62
3.3.5. Réflexions 62
3.3.6. L'art et émancipation de la folie 64
3.4. Le mouvement personne d'abord : groupe de parole 65
3.4.1. Présentation du lieu 65
3.4.2. Méthodologie 65
3.4.3. Reportage 66
3.4.4. Difficultés 67
3.4.5. Contexte de diffusion 67
3.4.6. Réflexions 68
3.5. Portrait de Jean-Paul Noel 69
3.5.1. Présentation du sujet 69
3.5.2. Portrait de Jean-Paul Noël 70
3.5.3. Difficultés 71
3.5.4. Contexte de diffusion 71
3.5.5. Réflexions 72
3.6. Interview de Jean-Philippe Lejeune 73
3.7. La voix des exilés 77
CONCLUSION : De l'importance d'une remise en question des normes médiatiques et sociales 78
FILMOGRAPHIE 82
BIBLIOGRAPHIE 84
ANNEXES 88
TABLE DES MATIERES 106