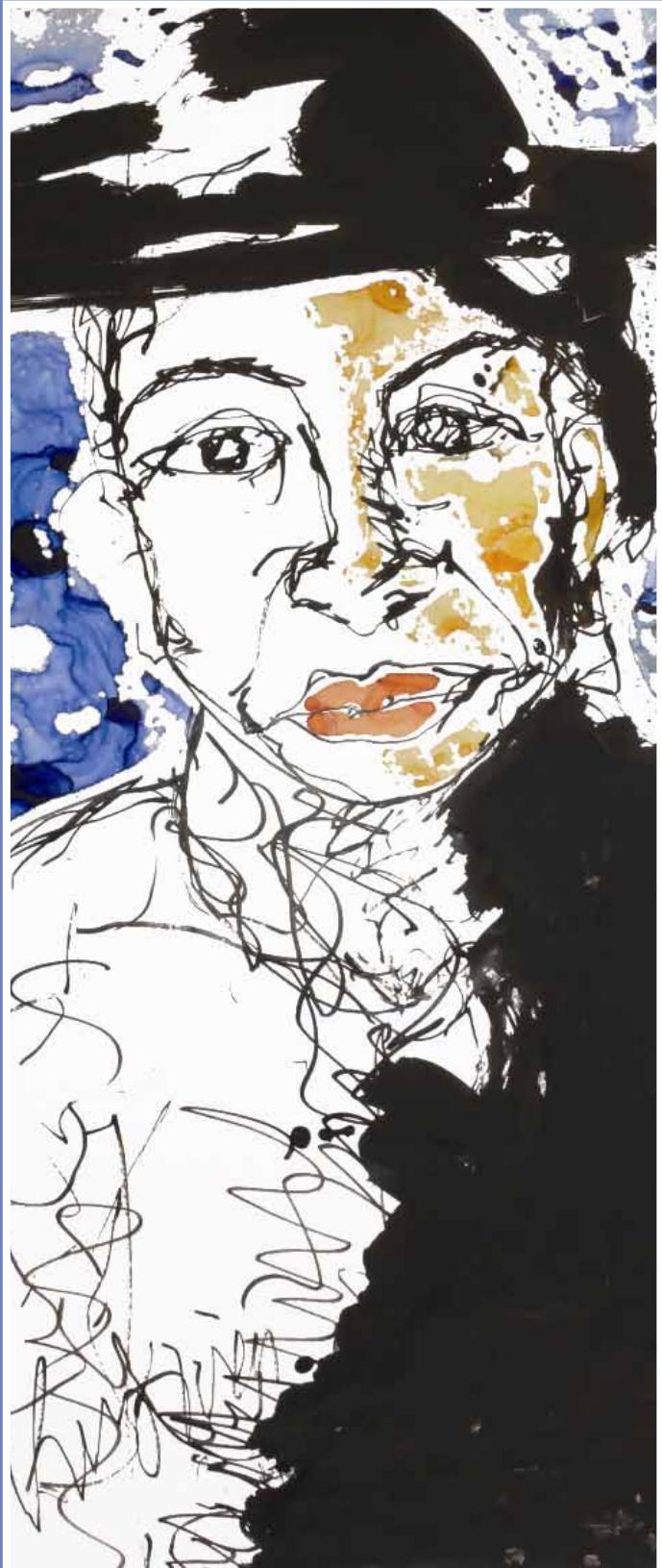


- **STIGMATISATION DE LA DÉPRESSION : COMMENT S'Y ADAPTER ?**
- **LA BOISSON, L'HÔPITAL ET LA LIBERTÉ DU SUJET**
- **LA STIGMATISATION DES MALADES PSYCHIQUES**
- **LA STIGMATISATION DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE. POURQUOI, COMMENT, QUELLES CONSÉQUENCES ET QUE FAIRE ?**
- **« LA MONSTRUOSITÉ SUR LA PLACE PUBLIQUE – SANTÉ MENTALE ET INSÉCURITÉ »**
- **POUR UNE PRATIQUE DE LA DÉSTIGMATISATION : VERS LE POLITIQUE**
- **TÉMOIGNAGE : CARREFOUR DES USAGERS**

ACTA



PSYCHIATRICA
BELGICA

4

Comité de Direction :
Julien MENDLEWICZ
Arlette SEGHERS
Marc ANSSEAU
Emmanuel BRASSEUR

Comité de Rédaction :
Rédacteur en chef : William PITCHOT
Daniel SOUERY
Michel FLORIS
Eric CONSTANT
Charles KORNREICH

Comité Scientifique :

Per BECH (Hillrod)
Jean BERTRAND (Liège)
Pierre BLIER (Gainesville)
Louis BOTTE (Manage)
Michel CAZENAVE (Paris)
Paul COSYNS (Antwerp)
Francis CROUFER (Liège)
Vincent DUBOIS (Bruxelles)
Jean-Luc EVRARD (Charleroi)
Benjamin FISCHLER (Leuven)
Michel HANSENNE (Liège)
Jean-Yves HAYEZ (Bruxelles)
Pascal JANNE (Mt Godinne)
Lewis JUDD (San Diego)
Siegfried KASPER (Wien)
Rachel KLEIN (New York)
Olivier LE BON (Bruxelles)
Paul LIEVENS (Bruxelles)
Paul LINKOWSKI (Bruxelles)
Juan LOPEZ-IBOR (Madrid)
Isabelle MASSAT (Bruxelles)
Jean-Paul MATOT (Bruxelles)
Christian MORMONT (Liège)
Patrick PAPART (Liège)
Eugene PAYKEL (Cambridge)
Isy PELC (Bruxelles)
Pierre PHILIPPOT (Louvain la Neuve)
Charles PULL (Luxembourg)
Giorgio RACAGNI (Milano)
Philippe ROBERT (Nice)
Jean Paul ROUSSAUX (Bruxelles)
Luc STANER (Rouffac)
Willy SZAFRAN (Brussel)
Herman VAN PRAAG (Maastricht)
Myriam VAN MOFFAERT (Ghent)
Guy VAN RENYNGHE DE VOXVRIE (Brugge)
Paul VERBANCK (Bruxelles)
Nadine VERMEYLEN (Bruxelles)
Jean WILMOTTE (Charleroi)
Nicolas ZDANOWICZ (Mont-Godinne)



ACTA PSYCHIATRICA BELGICA

Journal officiel de la Société Royale de Médecine Mentale
Belgique (SRMMB)

SOMMAIRE

STIGMATISATION DE LA DÉPRESSION : COMMENT S'Y ADAPTER ? William PITCHOT	5
LA BOISSON, L'HÔPITAL ET LA LIBERTÉ DU SUJET A. Maisin, D. Borceux, A. Neumann, P. Starkel, A. Luts, Ph. de Timary	9
LA STIGMATISATION DES MALADES PSYCHIQUES LE ROLE DES MEDIAS Jean Yves GIORDANA, Nancy CATTAN	17
LA STIGMATISATION DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE. POURQUOI, COMMENT, QUELLES CONSÉQUENCES ET QUE FAIRE ? Jean CREPLET	24
« LA MONSTRUOSITÉ SUR LA PLACE PUBLIQUE – SANTÉ MENTALE ET INSÉCURITÉ » Xavier Malisoux	31
POUR UNE PRATIQUE DE LA DÉSTIGMATISATION : VERS LE POLITIQUE Edouard DELRUELLE, Julie SANSDRAP	39
TÉMOIGNAGE : CARREFOUR DES USAGERS	42

Les ACTA PSYCHIATRICA BELGICA
paraissent trimestriellement
Abonnement annuel 2015 :
Belgique : 90 € - Étranger : 90 €

Abonnement : docteur Benoit Gillain
benoitgillain@hotmail.com
Tél. : 081 30 05 02
Fax : 081 31 23 38

Régie Publicitaire : J.P. Felix
jean.pierre.felix@skynet.be
GSM : 0475 28 39 63

Edit. resp. : W. PITCHOT, Prés. SRMMB
Siège social SRMMB : 205, rue de Bricgniot,
B-5002 Saint-Servais/Namur
ISSN : 0300-8967, dépôt légal dès parution

Œuvre de couverture :
PsyArt - Kristien HEYMANS

Le droit de copie de tous nos articles
originaux est strictement réservé.
Les articles n'engagent que la responsabilité
de leurs auteurs.

Illustration
de couverture : *PsyArt*

LA STIGMATISATION DES MALADIES MENTALES

Le phénomène de la stigmatisation représente un obstacle majeur dans la prise en charge de la souffrance psychique, mais surtout pour l'acceptation de nos patients par la société. Celle-ci exclut le malade mental, le psychiatre et la psychiatrie.

Un extrait d'un rapport canadien sur la santé mentale résume bien l'ampleur du problème en rapportant que : « Les niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination accordés aux malades mentaux représentent une des réalités les plus tragiques des maladies mentales... Découlant de la superstition, du manque de connaissances et d'empathie ainsi que d'une tendance à craindre et à exclure les personnes qui sont perçues différentes, la stigmatisation et la discrimination existent depuis toujours. Il en résulte les stéréotypes, la peur, l'embarras, la colère et un comportement d'évitement. Elles obligent les gens à garder le silence sur leur maladie mentale, les amenant souvent à différer une demande de soins de santé, à éviter de suivre le traitement recommandé et à éviter de partager leurs préoccupations avec leur famille, leurs amis, leurs collègues, leur employeur, les dispensateurs de services de santé et d'autres dans la collectivité » (Santé Canada et al. 2002).

Aujourd'hui, ce processus de stigmatisation doit faire partie de nos priorités. L'image du psychiatre auprès du public, comme dans les médias, est toujours terriblement négative. On lui reproche son isolement, son discours obscur et un manque de cohérence dans ses démarches diagnostiques. Discipline de la médecine aux frontières de la psychologie, de la sociologie et de la philosophie, la psychiatrie pose aujourd'hui la question de son avenir.

Ce numéro des *Acta Psychiatrica Belgica* est dédié à la stigmatisation. Différents auteurs ont accepté d'exprimer leur vision de la problématique en fonction de leur domaine d'expertise. Le professeur Norman Sartorius a accepté de rédiger un éditorial sur un sujet qu'il connaît parfaitement.

William PITCHOT

PUB

EDITORIAL

Stigma attached to mental disorders is the main obstacle to the improvement of mental health care and to all other efforts related to mental illness and mental health. It marks the individuals who are affected by mental illness, their families, the institutions in which they could receive treatment, medications that are used in the therapy of mental disorders and health workers – psychiatrists and others – who are dealing with mental illness. It indicates that persons suffering from a mental illness are of no value to society, that they are incurable and that they might be dangerous and they should be avoided or removed from society.

The main consequence of stigmatization is the discrimination that people with mental illness experience in all walks of life. In comparison with people who are not mentally ill they have more difficulties in getting a job, finding housing, participating in social events and in getting appropriate health care. Another consequence (which is a particularly important obstacle in efforts to rehabilitate people after an episode of mental illness) is the loss of self-esteem and the anticipation that all future efforts that the patient might undertake will meet with failure.

The OPENTHEDOORS programme against stigma and discrimination related to schizophrenia undertaken by the World Psychiatric Association in the 1990's in twenty countries in all parts of the world as well as national programmes carried out in a number of other countries – e.g. in New Zealand, Australia, Canada and the United Kingdom - demonstrated that action against stigma can be successful in the prevention or reduction of stigma and/or discrimination that is linked to it. The anti-stigma activities carried out in the past two decades also provided invaluable experience about ways of fighting stigma and led to a variety of activities in different parts of the world.

Among the lessons learned is that action against stigma can be successful if it is a permanent and funded effort rather than a short-lasting campaign; that it is essential that people with mental illness and their families are actively involved in the selection of targets for anti-stigma work and in the evaluation of the success of relevant programmes; that mental health and other health personnel have to examine their own behavior (and often change it) because they can be important sources of stigmatization; that investment into activities against stigma and discrimination is not only part of promoting humane treatment of people with an illness but also can reduce the cost of illness to society; and that laws and regulations have to be carefully examined in order to change their parts that discriminate people with mental illness.

It is a pleasure to see that the Société Royale de Médecine Mentale de Belgique has defined the fight against stigma as one of its objectives and a privilege to wish its members every success in their work in this field.

Norman SARTORIUS

PUB

STIGMATISATION DE LA DÉPRESSION : COMMENT S'Y ADAPTER ?

STIGMA OF DEPRESSION : HOW TO COPE WITH IT ?

Professeur William PITCHOT¹

TODAY, THE TERM DEPRESSION HAS LOST ITS MEANING. RECENT SCIENTIFIC DATA SUGGESTS A CHANGE IN OUR CLASSIFICATIONS OF MENTAL DISORDERS. DEPRESSION IS FREQUENTLY USED TO REFER TO « NORMAL » SADNESS, ANXIETY DISORDERS, PERSONNALITY DISORDERS OR ADJUSTMENT DISORDERS... MOREOVER, IN OUR SOCIETY, THIS DIAGNOSIS REMAINS BADLY ACCEPTED. IT IS REALLY TIME TO BE AWARE OF THE DETERIORATION OF THE IMAGE OF PSYCHIATRY, AND PARTICULARLY THE BAD IMAGE OF DEPRESSION AND ITS TREATMENT WITH ANTIDEPRESSANTS. THIS PAPER IS A REFLEXION INVITING GENERAL PRACTITIONERS AND PSYCHIATRISTS TO PROGRESSIVELY AVOID THE TERM DEPRESSION AND RATHER USE THE DIAGNOSIS OF UNIPOLAR MOOD DISORDER, A BROADER CONCEPT, MORE ADAPTED TO NEW SCIENTIFIC DATA, LESS STIGMATIZING, AND CLOSER TO THE EVOLUTION OF OUR SOCIETY.

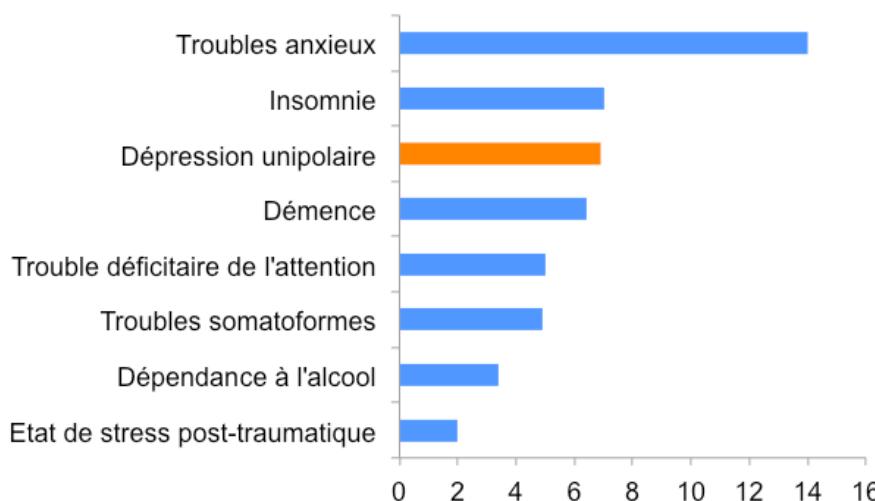
Key-words : Depression – Mood disorder – Antidepressant - Stigmatization

Le terme *dépression* est largement utilisé en psychiatrie comme dans le langage courant, mais avec des significations très différentes. La dépression est tantôt considérée comme une réaction émotionnelle adaptée aux circonstances difficiles de la vie, tantôt comme « le signe d'une fragilité », tantôt comme « un luxe », parfois comme une maladie. En fait, la dépression clinique ou dépression majeure est un véritable trouble mental, « une vraie maladie ». Dans les pays européens, la dépression est même une des maladies les plus fréquentes. Dans une étude récente portant sur un échantillon de la population européenne, la prévalence à 12 mois de la dépression unipolaire était de 6,9 % (Wittchen et al. 2010). La dépression est même considérée aujourd'hui comme un problème majeur de santé publique. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la dépression est actuellement la deuxième cause de handicap dans les pays développés derrière les affections ischémiques cardiaques et devant les affections cérébro-vasculaires, les accidents de la route, les affections pulmonaires obstructives

ou les infections respiratoires basses (2). En outre, le fardeau qu'elle représente devrait continuer à croître de manière très significative au cours des 20 prochaines années. La dépression est une maladie grave. Elle est notamment associée à un risque suicidaire élevé, mais aussi à une comorbidité somatique importante, notamment cardio-vasculaire. La dépression a aussi des conséquences dramatiques sur le plan économique. Au-delà du coût de la prise en charge, la dépression entraîne une réelle incapacité à travailler et à maintenir un niveau de revenus acceptable, mais a aussi un impact évident sur la participation de l'individu à la productivité de l'économie (WHO 2001). Dans les pays développés, avec les troubles anxieux, la dépression représente une des premières causes d'absentéisme.

Cependant, le diagnostic et le traitement de la dépression sont loin d'être évidents pour le professionnel, notamment à cause de la stigmatisation dont sont l'objet les sujets déprimés et les antidépresseurs sensés les aider (Sartorius et al. 2010). En

Figure 1 : Prévalence à 12 mois de maladies du cerveau dans la population européenne (exprimée en % de la population)



effet, ce diagnostic reste très mal considéré auprès du public. La dépression a toujours la réputation d'une maladie honteuse, associée à un état de paresse, à une faiblesse de caractère ou à un risque d'évolution vers la folie. Au terme dépression, on préfère en général épuisement, fatigue psychique ou burn-out. En bref, on se défend d'être déprimé. Aujourd'hui, dans la société, la dépression a une bien mauvaise réputation.

Comment réagir face à une perception aussi stigmatisante d'une maladie pourtant si fréquente et si douloureuse ? Comment nous adapter à cette mauvaise réputation et ainsi retrouver de la crédibilité auprès de nos patients ? Le but de cet article est de susciter la réflexion autour du problème de la stigmatisation, et de manière plus précise d'appréhender la réalité scientifique, psychologique et sociétale du concept de dépression.

LA DÉPRESSION : UN DIAGNOSTIC FLOU ET CHANGEANT

Le diagnostic de dépression reste aujourd'hui basé sur l'approche catégorielle du DSM-IV-TR (APA 2000). Ce système de classification diagnostique utilise des critères opérationnels, à la fois d'inclusion et d'exclusion, basés sur la psychopathologie descriptive apparente plutôt que sur des interprétations concernant la cause présumée, qu'elle soit psychodynamique, sociale ou biologique. Cet outil peut évidemment avoir une certaine utilité en favorisant la communication entre les cliniciens et les chercheurs, mais peut aussi générer des insatisfactions, les diagnostics proposés reflétant mal la complexité de la maladie mentale. Les symptômes fondamentaux faisant partie du diagnostic de dépression majeure comprennent l'humeur dépressive, la perte d'intérêt ou de plaisir, la perte d'énergie, les troubles du sommeil, les modifications de l'appétit, les troubles cognitifs, le ralentissement psychomoteur, les sentiments de culpabilité et l'idéation suicidaire. Ces symptômes peuvent varier très fort d'un patient à l'autre en termes de sévérité et de chronicité, et être associés à d'autres symptômes évocateurs d'autres affections psychiatriques. En outre, chez un même patient, ces symptômes peuvent changer au cours du temps. La grande diversité dans les présentations symptomatiques a conduit au développement de sous-groupes diagnostiques de dépression, comme par exemple, la dysthymie, la dépression atypique, ou la dépression avec caractéristiques psychotiques. La définition de ces entités diagnostiques est en adéquation avec le modèle médical classique de classification des maladies. Cependant, en psychiatrie, cette approche catégorielle a des limites de plus en plus évidentes. En particulier, l'absence d'étiologie claire aux troubles de l'humeur n'autorise pas l'établissement d'entités diagnostiques hermétiquement constituées. Par ailleurs, nous restons dans l'incapacité de découvrir des marqueurs biologiques susceptibles de valider l'établissement d'une nomenclature diagnostique basée sur la biologie.

QUEL TRAITEMENT POUR LA DÉPRESSION ?

En fait, l'intérêt d'une classification des maladies mentales n'est-il pas de refléter au maximum la réalité du terrain auquel le psychiatre clinicien est confronté au quotidien ? Une réalité face à laquelle notre mission ultime n'est-elle pas de décrire la souffrance psychique du patient dans une perspective thérapeutique ? Est-il nécessaire de poser un diagnostic précis, de « coller une étiquette » sur un patient, avant de pouvoir le soulager de sa souffrance, voire de le libérer de la douleur psychique ? Dans ce contexte, les concepts diagnostiques de référence nous aident très peu dans le choix d'un traitement adapté. Dans la prise en charge des troubles de l'humeur, nous nous accordons assez bien sur l'importance d'atteindre la rémission complète, i.e. l'absence de symptômes dépressifs, la guérison (Pitchot et al. 2010). Pourtant, le taux de rémission complète obtenu dans les études cliniques ou les études naturalistes est assez bas, dépassant rarement les 35% (Rush et al. 2006 ; Ansseau et al. 2009). Un tel niveau d'échec avec les traitements antidépresseurs actuellement disponibles est généralement expliqué par les limites du modèle monoaminergique sur lequel a été basé le développement des antidépresseurs commercialisés au cours de ces 40 dernières années. En effet, la plupart des produits cliniquement actifs ont en général tendance à augmenter la disponibilité en sérotonine ou en noradrénaline, et dans une moindre mesure en dopamine au niveau de la fente synaptique. La solution proposée pour remédier à la faiblesse des traitements antidépresseurs serait de développer des molécules plus originales, plus efficaces, plus rapides et plus sûres. Les nouvelles cibles de la pharmacothérapie antidépressive du futur seraient situées au-delà du récepteur membranaire. L'avenir du traitement de la dépression passerait par l'étude plus approfondie des mécanismes cellulaires et moléculaires impliqués dans la pathophysiologie de la dépression et des mécanismes biochimiques expliquant l'action antidépressive. Le risque d'une telle perception du traitement de la dépression serait celui d'une fuite en avant à la recherche de médicaments « miracles », oubliant toute la complexité du diagnostic de dépression avec ses dimensions sociales et psychologiques. De nouveaux traitements sont indispensables particulièrement pour les trop nombreux patients difficiles à traiter. Mais en attendant, le devoir du psychiatre chercheur ou clinicien ne serait-il pas d'abord de remettre en question les convictions et les habitudes sur lesquelles on se base aujourd'hui pour soigner les patients dépressifs ?

DES CATÉGORIES DANS UN MONDE DIMENSIONNEL

La question fait automatiquement surgir le concept d'une approche dimensionnelle des troubles de l'humeur. Cet abord dimensionnel est souvent présenté comme une alternative à l'approche catégorielle classique. Mais, l'idée de remplacer cette approche catégorielle par une alternative dimensionnelle

continue de susciter une controverse importante et stérile. L'approche catégorielle est peut-être trop proche de la rationalité avec laquelle l'homme définit son univers, et donc trop rassurante pour être abandonnée. Malgré l'évidente nécessité, les esprits ne sont pas prêts au renoncement. En fait, celui-ci n'est vraisemblablement pas indispensable. Les deux visions cliniques des troubles de l'humeur pourraient se révéler très complémentaires et particulièrement utiles dans la pratique quotidienne.

Les nombreux échecs thérapeutiques rencontrés en pratique dans la prise en charge de la dépression nous condamnent à l'humilité, mais surtout à une prise de recul face la complexité clinique que représente un problème de dépression. Compléter notre hypothèse diagnostique par une approche dimensionnelle pourrait augmenter nos chances de guérir le patient. La dépression qualifiée de résistante est un bel exemple de l'intérêt de cette gymnastique. En fait, des patients ne répondant pas ou ne présentant qu'une réponse partielle au traitement antidépresseur pourraient faire partie d'une entité clinique appelée «spectre bipolaire». Certains auteurs suggèrent même, en l'absence d'antécédents de manie ou d'hypomanie, de poser le diagnostic de dépression bipolaire en termes de probabilité. L'intérêt d'une telle approche est de mieux définir les indications thérapeutiques. Ainsi, les traitements pourraient

être mieux ciblés. En particulier, l'utilisation parfois abusive des antidépresseurs dans le traitement de la dépression pourrait être reconsidérée au profit de choix thérapeutiques plus adaptés. Des produits comme certains antipsychotiques atypiques (ex. : Quetiapine, Aripiprazole, Olanzapine) ou certains antiépileptiques (ex. : Valproate, Lamotrigine) se révèlent bien souvent plus indiqués dans le traitement de ces dépressions de type bipolaire que les antidépresseurs. Cependant, au-delà des résultats des études cliniques démontrant l'efficacité antidépressive de certaines de ces médications, la remise en question de l'utilisation des antidépresseurs dans certaines dépressions impose un autre renoncement, celui de la nomenclature actuelle des psychotropes. Les indications des antidépresseurs sont bien plus nombreuses que la seule dépression, tout comme celles des antipsychotiques dépassant largement le diagnostic de schizophrénie.

L'approche dimensionnelle des troubles de l'humeur est un concept auquel le psychiatre et le médecin généraliste doivent s'intéresser. Elle ne peut qu'enrichir notre travail et bénéficier aux patients, mais à condition de l'intégrer dans une pratique pluraliste et surtout non dogmatique. Une telle pratique doit permettre de mieux choisir les options thérapeutiques, qu'elles soient médicamenteuses ou psychothérapeutiques.

CONCLUSION

Aujourd'hui, plus que jamais, le terme dépression a perdu tout son sens. Les progrès de la recherche suggèrent une prise de distance par rapport à nos systèmes de classification. Cependant, jeter ces modèles sur lesquels nous basons notre travail depuis si longtemps pour en construire de nouveaux serait sans doute trop excessif. Il est trop tôt pour modifier notre logique catégorielle. Mais il est grand temps de prendre conscience de la détérioration de l'image de la psychiatrie, et en particulier, de la vision péjorative avec laquelle la société considère le diagnostic de dépression et son traitement avec des antidépresseurs. La dépression est un diagnostic fourre-tout dans lequel on retrouve la tristesse « normale », le deuil, les troubles de l'adaptation, les personnalités pathologiques, ou les troubles de l'anxiété... Dans les médias, les antidépresseurs sont assimilés aux anxiolytiques, aux calmants, aux somnifères. Dans le grand public, ces médications sont considérées comme étant susceptibles de changer la personnalité, d'augmenter le risque de passage à l'acte suicidaire chez l'adolescent, d'induire une dépendance, ou de favoriser la maladie d'Alzheimer. Cette perception est parfois étayée par des études scientifiques en général mal interprétées, sorties de leur contexte et dont on ne garde qu'une conclusion polémique. Ainsi des études ont montré que les antidépresseurs ne sont pas efficaces, ou alors dans les cas les plus sévères, voire même que ces médicaments aggravent la dépression chez 20% des sujets traités. Toutes ces considérations nous obligent à changer notre communication, à modifier notre langage de psychiatre. Aujourd'hui, un traitement ne peut être proposé sans avoir au préalable développé une communication adaptée aux nouvelles attentes du patient et de la société. Dans ce contexte, nous devrions peut-être progressivement délaisser le terme dépression ou au moins ne pas en abuser, et peut-être même le remplacer, par exemple par celui de trouble de l'humeur unipolaire, un concept plus en adéquation avec l'actualité scientifique, moins stigmatisant et mieux adapté à l'évolution de notre société. L'appellation antidépresseur sous laquelle on regroupe une série de médications développées au départ dans l'indication dépression majeure unipolaire devrait sans doute aussi être abandonnées. Certains de ces médicaments auraient très bien pu se retrouver classés dans la catégorie des antidouleurs, des anxiolytiques ou des somnifères. Aujourd'hui, on ne traite plus la dépression avec des antidépresseurs, mais avec des médications aux mécanismes d'action complexes et douées de propriétés « multifonctionnelles » permettant d'atteindre la rémission complète.

La santé psychologique de la population se détériore gravement. La prévalence des troubles de l'humeur, des troubles de l'anxiété et des addictions explose. L'impact en termes de bien-être psychologique, mais aussi physique est énorme. La dépression en particulier représente sans doute une bombe à retardement pour l'économie des pays développés. Malheureusement, aujourd'hui, les individus souffrant de cette maladie sont de plus en plus stigmatisés, rejetés, jugés, condamnés par la société. Dans les médias, on se soucie plus du moral des marchés que du moral de la population. Dans ce contexte, il est urgent que la société se remette en question par rapport à cette problématique.

RÉSUMÉ

Aujourd’hui, plus que jamais, le terme dépression a perdu tout son sens. Les progrès de la recherche suggèrent une prise de distance par rapport à nos systèmes de classification. La dépression est devenue un diagnostic fourre-tout dans lequel on retrouve la tristesse « normale », le deuil, les troubles de l’adaptation, les personnalités pathologiques, les troubles de l’anxiété... En outre, ce diagnostic reste très mal considéré auprès du public. Il est sans doute grand temps de prendre conscience de la détérioration de l’image de la psychiatrie, et en particulier, de la vision péjorative avec laquelle la société considère le diagnostic de dépression et son traitement avec des antidépresseurs. Cet article constitue une réflexion invitant les médecins généralistes et les psychiatres à pro-

gressivement délaisser le terme dépression et utiliser plutôt le diagnostic trouble de l’humeur unipolaire, un concept plus large, plus en adéquation avec l’actualité scientifique, moins stigmatisant et mieux adapté à l’évolution de notre société.

MOTS-CLÉS : Dépression – Trouble de l’humeur – Antidépresseur - Stigmatisation

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol, 2011, 21, 655-679.
- 2 World Health Organisation. World Health Report 2001 Mental health: new understanding, new hope. Geneva : World Health Organization 2001.
- 3 Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR, et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. World Psychiatry, 2010, 9, 131-144.
- 4 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.) 2000. Washington, DC.
- 5 Pitchot W, Scantamburlo G, Pinto E, et al. Guérir la dépression : une question d’objectif et de détermination. Rev Méd Liège, 2010, 65, 370-380.
- 6 Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al. Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression. N Engl J Med, 2006, 354, 1231-1242.
- 7 Ansseau M, Demyttenaere K, Heyrman J, et al. Objective : remission of depression in primary care the OREON study. Eur Neuropsychopharmacol, 2009, 19, 169-176.

Auteur correspondant :

Professeur William PITCHOT
Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale
CHU Liège Sart Tilman
B-4000 Liège

LA BOISSON, L'HÔPITAL ET LA LIBERTÉ DU SUJET

THE BEVERAGE, THE HOSPITAL AND THE FREEDOM OF THE SUBJECT

A. Maisin, D. Borceux, A. Neumann, P. Starkel, A. Luts, Ph. de Timary

PATIENTS WHO PRESENT WITH PROBLEMS RELATED TO ALCOHOL-CONSUMPTION OFTEN EVOKE THAT IT SETTLED IN A VERY INSIDIOUS MANNER. PASSING FROM A NORMAL TO A PATHOLOGICAL ALCOHOL-CONSUMPTION IS OFTEN PROGRESSIVE AND SLOW. CAN HEALTH PROFESSIONALS USE THAT DELAY TO INTERFERE WITH THE DEVELOPMENT OF THE DEPENDENCE? CAN THEY, ON THE OCCASION OF A STAY IN A GENERAL HOSPITAL, THAT WAS MOTIVATED BY HEALTH CARES NOT DIRECTLY OR APPARENTLY RELATED TO THEIR PROBLEMATIC ALCOHOL-DRINKING, USE THAT OPPORTUNITY TO SUGGEST A SELECTIVE TREATMENT?

QUITE OFTEN, DURING THESE STAYS IN THE HOSPITAL, THEIR CONSUMPTION THAT IS A TRUE THREAT FOR THEIR HEALTH WILL CHALLENGE THE IDEAL OF HEALING OF THE PROFESSIONALS OR THE HOSPITAL. HOW CAN WE RECONCILE THE IDEAL OF HEALING OF THE PROFESSIONALS WITH THE SENSE OF FREEDOM OF THE SUBJECTS AND THE POSSIBILITY OF AN AUTONOMOUS PROGRESSION IN HIS MOTIVATION TO FIND A SOLUTION TO HIS DRINKING PROBLEM?

HEALTH PROFESSIONALS HAVE TO FIND A DELICATE BALANCE WHERE THEY MUST AVOID SEVERAL TRAPS LINKED TO THAT TYPE OF SITUATION. THEY CAN NOT ACCEPT THE TENDENCY OF THE SUBJECTS TO DENY THEIR DRINKING PROBLEM, BUT HAVE ALSO TO BE RESPECTFUL OF THEIR PROBLEM TO AVOID ACCENTUATING THEIR SOCIAL STIGMA, BEING CAUTIOUS AT THE SAME TIME TO BE SUPPORTIVE TO TEAMS TO AVOID A RISK OF EXHAUSTION OR BURN OUT. THIS PERSPECTIVE ARTICLE WILL SUGGEST SOME PIECES OF REFLECTION ON A WAY TO CONCEIVE, WITHIN A GENERAL HOSPITAL, SPECIFIC ORGANISATIONS THAT AIM AT TAKING CARE OF THE PATIENTS AND SUPPORT THE TEAMS, IN ORDER TO DECREASE EXCESSIVE ALCOHOL-CONSUMPTION IN « AT RISK » POPULATIONS OR IF NECESSARY SUPPORT ACCESS TO CURE OF ALCOHOL-DEPENDENT SUBJECTS.

Key-words : Alcohol - Hospital - Freedom -Subject

INTRODUCTION

La psychiatrie de liaison a pour objet principal les soins psychiques des patients hospitalisés dans les différents services de l'hôpital général. Ceci amène les psychiatres et les psychologues à collaborer régulièrement tant avec d'autres collègues médecins, qu'avec les équipes soignantes. Dans ce contexte, nous avons été amenés à rencontrer des équipes, et particulièrement des équipes infirmières en souffrance par rapport aux patients présentant une problématique alcoolique. En effet, non seulement leur abord et leur comportement pose souvent des difficultés, mais de plus, les récidives somatiques et alcooliques peuvent induire un sentiment d'inutilité et de lassitude. Ainsi, les équipes soignantes ont souvent l'impression que la réponse apportée par les soins médicaux est insatisfaisante car elle passe à côté de la question de la consommation qui est à l'origine de l'affection somatique. Malgré ce constat d'insatisfaction des équipes de soins, l'hôpital semble être un lieu privilégié pour la rencontre de ces patients. Il offre la possibilité de faire un dépistage des dépendances sévères et il permet de réorienter ces patients vers des structures de soins adaptées. Il existe également un autre type de patients, patients à risque de développer une dépendance, pour lesquels une intervention brève peut permettre d'enrayer précocement le développement de l'addiction. Dans cet article, nous proposons une réflexion sur la construction d'une organisation hospitalière, soutenue par la psychiatrie de liaison, qui réponde à la fois à la question de la souffrance des soignants et à la nécessité d'une prise en charge plus adaptée de la problématique alcoolique dans le cadre des différents services de l'hôpital général.

ETAT DES LIEUX

D'un point de vue de santé publique et selon une communication de la Commission Européenne, la consommation abusive d'alcool constitue un problème de santé publique majeur au sein de l'Union Européenne (COM, 2006). Les conséquences de cette consommation se manifestent tant sur la santé de l'individu que sur son fonctionnement social. Plus de 7% de tous les problèmes de santé et des décès précoces lui sont attribués ainsi que des répercussions importantes en termes économiques sur l'emploi et la productivité. Par ailleurs, la consommation d'alcool serait incriminée dans un accident de la route sur quatre avec des conséquences majorées en terme de mortalité.

Cette communication de la commission reconnaît à l'alcool un ancrage culturel fort au sein de nos sociétés. Elle se défend de vouloir en faire le procès mais se questionne sur les modes d'utilisation. Il n'est évidemment pas question d'instaurer une politique prohibitionniste qui n'a jamais montré de résultats probants ou de se substituer à des politiques locales existantes mais de proposer des recommandations dans un but sanitaire en termes de prévention et d'atténuation des consommations dommageables (COM, 2006). Pour établir ces politiques, il est important de définir le plus adéquatement possible des populations cibles.

Dawson et al. (2005), pour optimaliser les prises en charge des patients alcooliques, proposent de différencier les consommateurs en fonction des risques qu'ils ont de développer des problèmes somatiques suite à la consommation. Ils

proposent une classification en quatre catégories. La première de ces catégories est celle des consommateurs à **risque de devenir des utilisateurs nocifs**. Il s'agit d'individus dépassant de temps en temps une consommation quotidienne de trois unités pour une femme et de quatre unités pour un homme et, sur une base hebdomadaire, des personnes consommant plus de quatorze unités pour un homme et sept pour une femme. La seconde catégorie comprend les personnes qui dépassent régulièrement ces limites. Ils sont considérés comme des **consommateurs présentant une consommation nocive (heavy drinkers) ou présentant une dépendance légère**. Cette catégorie de patient est à risque de présenter des problèmes consécutifs à la consommation. La troisième catégorie comprend les patients répondant à au moins trois critères du DSM IV pour une **dépendance** (cfr tableau ci-bas). Enfin, il existe une quatrième catégorie qui concerne les patients dont la **dépendance est avérée et est devenue un problème chronique avec des rechutes multiples**. Cette dernière catégorie ne constitue qu'une proportion faible de l'ensemble de la problématique. Le chiffre de 1% de la population générale a été avancé (Heinz, et al. 2003).

CRITÈRES DSM IV POUR UNE DÉPENDANCE :
relation de dépendance avec le produit,
présenter un désir persistant pour le produit ou fournir des efforts infructueux pour en diminuer la consommation
Passer un temps important pour se procurer, consommer ou récupérer des effets du produit
abandon ou réduction d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs à cause de l'alcool
Besoin de quantité d'alcool majorée pour obtenir l'effet désiré, effet diminué en cas d'utilisation prolongée

Il est important de remarquer que ces catégories ne sont pas hermétiquement fermées et qu'il existe, au contraire, souvent, un passage progressif d'une catégorie de consommation à une autre supérieure, soit au cours du temps, soit au gré d'événements de vie difficiles. Au niveau biologique, tout porte à croire que le passage entre une consommation à risque et une dépendance se fait par une adaptation neuronale dont la fonction initiale est d'atténuer les effets de l'alcool (par des phénomènes de « down régulation » des récepteurs et de neuroplasticité des terminaisons) et par une adaptation progressive du système du stress (Heinz et al, 2003, Koob et Le Moal, 2001). Certains déterminants génétiques semblent prédisposer au passage d'une catégorie vers une autre. Cette évolution vers la dépendance est caractérisée par le développement de phénomènes de tolérance à la boisson, de manque à l'arrêt de la consommation et celui d'une sensibilisation progressive du système nerveux aux effets de l'alcool qui explique qu'une fois dépassé le stade de la dépendance, le sujet n'est plus capable d'une consommation modérée (Ahmed and Koob, 1998). Les modèles actuels de la

physiopathogénie des addictions proposent le passage entre ces différentes catégories comme celui d'une spirale descendante (Koob et le Moal, 2001) ou d'une pente glissante vers la dépendance. (Heinz et al., 2003). Il est donc important de pouvoir enrayer ce phénomène le plus tôt possible et de définir des modes de prise en charge spécifiques pour toucher chacune des catégories définies par Dawson et al. (2005).

Cependant, l'accès aux soins des sujets alcooliques reste actuellement problématique. Mozes et al. (2008) nous indique à travers une revue de la littérature, que seuls 20% de la population présentant un problème d'alcool ont accès à une aide non spécialisée et que moins de 5% d'entre eux sont traités dans des services spécifiquement axés sur la problématique. Ces traitements sont principalement utilisés par des personnes souffrant d'une dépendance sévère (Moss, 2006).

Pourtant, une étude menée par le National Comorbidity Survey aux Etats-Unis nous montre que tous les patients présentant une problématique alcoolique ont des contacts réguliers avec des soignants (Kessler et al, 1994). Environ 80% de cette population fréquente un médecin une fois par an et on estime à 30 % de cette même population, la proportion des sujets qui sont hospitalisées sur une année (Heinz et al., 2006). Comme nous l'avons vu plus haut, la population la plus importante est celle de personnes ayant une consommation à risque de devenir nocive ou présentant une dépendance légère. Malheureusement, la question de l'alcool est peu ou mal abordée. Une étude française indique que seulement 12% de la population indique avoir reçu, au cours de sa vie, un message clair concernant la consommation d'alcool (Michaud, 2003). Toussaint et de Timary (2006) posent l'hypothèse d'un «tabou partagé» basé sur une peur de froisser, un sentiment d'illégitimité du médecin à aborder le sujet ou, encore, un sentiment d'impuissance par rapport à la problématique en général.

Ces données laissent suggérer que la grande majorité des patients présentant une problématique liée à l'alcool et plus particulièrement ceux qui sont à risque de présenter une consommation nocive, qui ont une consommation nocive ou une dépendance légère consulte régulièrement pour des problèmes médicaux. Ils sont soignés soit par leur médecin généraliste, soit dans des services non spécialisés, probablement de médecine interne ou de chirurgie. Le rapport à l'alcool y est peu ou mal abordé. Les infrastructures de soins spécialisées pour alcooliques s'adressent principalement à une population souffrant de dépendance modérée à sévère, c'est-à-dire à des sujets qui ont développé l'ensemble de la spirale addictive et ont tout à fait perdu la capacité de contrôle sur le produit. Il est donc important dans les infrastructures de soin et en particulier à l'hôpital de développer des stratégies visant à améliorer le dépistage et la prise en charge des sujets alcooliques.

STIGMA SOCIAL ET SOUFFRANCE DES SOIGNANTS

Le terme « stigma » est emprunté au vocabulaire de la sociologie. Il désigne ce qui de l'identité de l'autre va faire saillie et va façonner notre représentation de lui. Goffman donne à ce terme une connotation négative et insiste particulièrement sur le discrédit dont peut souffrir une personne victime du stigma (Goffman, 1977).

Historiquement, la problématique alcoolique a été conceptualisée comme la conséquence d'une défaillance morale et d'une faiblesse de caractère (Berghmans et al,2009). Cette conception moraliste réduisait la problématique alcoolique et les sujets atteints au mieux à une absence de volonté de se soigner, au pire à un ostensible comportement antisocial. A l'alcoolique était attribuée une perversion des valeurs, valeurs partagées par le “sens commun” et perçues comme essentielles pour pouvoir vivre ensemble. De facto, l'isolement créé par la dépendance et le rapport au produit se voyait renforcé par un jugement externe d'exclusion sociale.

Depuis une dizaine d'année, des modèles biomédicaux sont progressivement venus complexifier cette perception de l'alcoolisme, impliquant l'existence de déterminants génétiques et d'une adaptation progressive du système nerveux pour expliquer à la fois la difficulté de se soigner et les troubles du comportement consécutifs. Ces nouveaux modèles nous amènent à concevoir l'alcoolisme non plus comme le seul aboutissement d'une déficience morale mais aussi comme une maladie chronique du cerveau, même si le sujet conserve une certaine capacité d'influence sur cette évolution.

Ce changement de paradigme a de toute évidence des implications importantes sur les aspects thérapeutiques et l'orientation des recherches en alcoologie. On aurait pu s'attendre à ce que cette modification de point de vue ait comme conséquence de déculpabiliser les personnes atteintes, de diminuer la stigmatisation et de favoriser l'accès aux soins. Pourtant, certaines recherches nous indiquent que cet objectif n'est pas atteint et que le stigma persiste malgré une assez bonne acceptation théorique du modèle biomédical.

Ces affirmations peuvent être étayées par trois études.

La première est une large revue de la littérature reprenant 17 études publiées avant juillet 2010, qui ont toutes interrogées, auprès d'une population générale, la force du stigma propre à différentes maladies mentales (Schomerus (2010)). L'auteur nous indique que l'alcoolisme reste une affection mentale particulièrement stigmatisée, plus que la plupart des autres maladies mentales dont, par exemple, la dépression. Il conclut que les personnes alcooliques induisent dans la population générale des émotions négatives et sont victimes d'un rejet social. Il remarque qu'elles sont généralement tenues pour responsables de leur maladie, alors que la plupart des cliniciens qui travaillent avec ces populations connaissent l'importance d'événements de vie souvent dramatiques comme facteur

prédisposant chez un certain nombre d'entre eux. Schomerus (2010) tire la sonnette d'alarme en soulignant un risque majeur de discrimination.

La seconde étude a été réalisée aux états Etats-Unis. Pescosolido et al. (2010) ont soumis un large public à des vignettes cliniques dans lesquelles les situations décrites renvoient aux critères DSM-IV de la dépression, de la dépendance à l'alcool et de la schizophrénie, et ceci durant une période s'étendant de 1996 à 2006. Les réponses fournies ont permis de mettre en évidence au cours de cette période un changement évident dans la perception par la population des paradigmes explicatifs de ces maladies mentales. En une dizaine d'années, le modèle biomédical a pris progressivement le pas sur le modèle moral. Néanmoins, ils soulignent que, malgré cette modification des conceptions, le stigma lié à la maladie mentale reste tout à fait majeur dans la population générale.

Enfin, au Brésil, Ronzani et al.(2009) ont interrogé parmi différentes maladies comme la lèpre, l'obésité, la dépression, la schizophrénie, l'infection par HIV, la dépendance au tabac, la dépendance au THC et la dépendance à l'alcool, lesquelles étaient connotées les plus négativement par les soignants. Il en est ressorti que ce sont les personnes dépendantes au tabac, au THC et à l'alcool qui souffrent du plus haut indice de rejet. Pour expliquer ce phénomène, ils avancent des déterminants propres aux dépendances qui s'insèrent dans le champ socioculturel. Et ce, malgré une formation et des connaissances spécifiques dans le domaine.

Les données de ces trois études rencontrent celles obtenues par le travail réalisé par Md Mubenga Oleka qui a interrogé de manière systématique les membres du personnel de soins infirmiers de services de chirurgie et médecine interne d'un hôpital belge sur leur rapport aux patients alcooliques (épreuve en vue de l'obtention d'un master en soins infirmiers, 2009). Il ressort de cette étude que les infirmières ont une volonté affirmée d'aider le patient dépendant (75% des sondés) mais un sentiment marqué de déficit de formation (75%). Les difficultés rencontrées au cours des prises en charge sont principalement d'ordre comportementales (50%) ou relationnelles (30%). Une hypothèse peut être formulée en ces termes : les soignants ont conscience de la nécessité d'aider les personnes dépendantes sur le plan biologique mais sont confrontés à des difficultés relationnelles qui, en dehors d'une formation spécifique, peuvent donner lieu à des interprétations dans le champ de la moralité.

Il persiste donc bien du côté de la population comme des soignants une tendance à la stigmatisation sociale des sujets alcooliques. Par ailleurs, certaines études mettent bien en évidence une sensibilité importante de la plupart de ces sujets alcooliques au stigma. Cette difficulté réciproque complique certainement la rencontre, mais il existe probablement d'autres arguments pour l'expliquer.

Nous proposons une hypothèse pour comprendre la persistance de cet écart entre la prise en compte d'un modèle biomédical

dont les conséquences devraient être une déculpabilisation et une « déstigmatisation » des sujets alcooliques et la persistance du rejet par le personnel soignant et par la population générale.

Notre première hypothèse est que le changement de mentalité s'il est accompli n'est pas encore opérant et que nous restons tributaires du modèle moral. Dans ce cas, le maintien des positions actuelles, voire leur renforcement, devrait à moyen terme venir à bout de nos sentiments de rejet et d'exclusion. Pourtant, la prise de conscience de déterminants neurologiques à l'origine du développement de la dépendance ne semble pas empêcher la persistance de ces préjugés, pour une part inconscients. Tout comme les discours sur l'égalité des Hommes n'empêche pas des manifestations implicites de racisme chez ceux qui les tiennent. Par ailleurs, la libération du modèle moral, n'empêche en rien une forme d'ostracisme liée à des rencontres individuelles, faites dans un contexte personnel ou dans un contexte clinique avec des sujets dépendants de l'alcool dont le contact, le comportement et parfois les états d'agitation lors d'épisodes de *délirium tremens* rendent l'abord difficile. Il s'agit alors d'un jugement qui s'appuie sur la rencontre directe de la problématique alcoolique et non forcément sur un préjugé moral. Par ailleurs, le manque de formation et d'accompagnement des soignants, l'absence fréquente de prise en charge de la problématique dans les services somatiques, l'absence de conscience morbide, qui entraîne un sentiment de répétition et d'inutilité et un état d'esprit "d'à quoi bonnisme", sont autant d'expériences douloureuses susceptibles d'amener les soignants à se détourner de cette population de patients. L'expérience, au moment de la création de notre unité clinique, de la rencontre par une équipe infirmière, qui au départ n'était pas formée à la problématique alcoolique, avec cette population de patients, nous a montré à quel point cette confrontation, peut au départ, être douloureuse pour les soignants.

En tout état de cause, si le remplacement du modèle moral par un modèle biomédical devait à elle seule suffire, nous devrions d'ores et déjà constater une diminution progressive du stigma. Ceci ne semble pas se confirmer.

Dans l'optique du soutien des soignants dans leur pratique clinique avec les sujets alcooliques, il convient de proposer un troisième modèle, plus réaliste qui se situe à mi-chemin entre le modèle biomédical et la vision morale. En effet, ces deux modèles, s'opposent d'une manière dichotomique sur la question de la responsabilité du patient quant à son problème de boisson. Or, il nous apparaît important pour bien rendre compte du travail possible avec les patients alcooliques d'adopter un point de vue plus nuancé à ce sujet. En effet, si la dépendance à l'alcool implique en elle-même une perte des capacités de contrôle de la consommation de boissons alcoolisées, l'accès au traitement passe par un processus décisionnel actif de la part du patient, qui doit pouvoir renoncer à prendre le « premier verre » pour recouvrer ses capacités à l'abstinence. Le déni de la consommation est un frein certain à cette décision. Ceci implique que le soignant ne se cantonne pas à un rôle attentiste dans lequel il patienterait en espérant l'émergence spontanée

d'une décision chez le patient. Cette prise de position du soignant doit prendre en compte la sensibilité au stigma des patients. Ils ne peuvent supporter une pure position moraliste, qui viendrait les désigner comme responsables ou plus exactement comme coupables de leur consommation. Une place de soin existe, à mi-chemin des positions attentistes et moralisatrices. Elle consiste à accompagner le patient à prendre une décision de recherche d'abstinence, en l'aider à dépasser les barrières qui entravent cette évolution. Cet accompagnement peut se faire de manière tout à fait pertinente dans un cadre hospitalier. La place du soignant qui soutient la personne souffrante dans sa fragilité narcissique peut permettre une levée du déni et progressivement un cheminement vers cette décision d'abstinence. C'est dans cet état d'esprit que certains auteurs ont fait la distinction entre le « cure » et le « care ». C'est à dire entre la place du soignant dans le « traitement » du patient et sa place dans les « soins » qu'il lui prodigue. Ces soins seraient dans notre situation constitués en une fonction phorique (Délions), soit un ensemble de dispositions mis en place pour faire naître et soutenir un processus que le patient n'est pas encore tout à fait capable de s'approprier. Cette position semble tout à fait pertinente dans le cadre d'une population de sujets alcooliques. La place des soignants ne serait donc pas seulement de traiter les conséquences de l'alcoolisme du patient mais aussi de travailler avec lui pour l'aider à prendre une décision d'abstinence, l'accompagnant à franchir les barrières qui l'en empêche. Cette position est d'ailleurs une des clés de l'entretien motivationnel, tel qu'il a été théorisé par Marlatt.

QUE PROPOSER?

Actuellement, les personnes présentant une dépendance sévère au produit sont les seules qui bénéficient de notre système de soins. Ils profitent des structures institutionnelles telles que les lieux de détoxicification et de réhabilitation et d'autres lieux appelés lieux type post cure. Les lieux de détoxicification et de réhabilitation proposent des hospitalisations courtes, généralement de 3 semaines, mais les séjours se prolongent parfois jusqu'à 8 semaines. Cette période est marquée par l'expérience de manque vécue dans le sevrage, pendant lequel les personnes sont directement en contact avec les effets négatifs de l'alcool. Si cette expérience est accompagnée d'une prise en charge spécifique de type psychologique ou psychosociale, le taux d'abstinence à 6 mois peut être évalué entre 32 et 48% (Mozes, 2008). Les lieux de post cure proposent des prises en charge de plus longue durée, de 6 à 12 semaines, et ont comme résultats une abstinence de 60 à 68% à six mois (Heinz 2003).

Heinz (2003) considère les prises en charge de détoxicification, lorsqu'elles sont bien menées, comme le meilleur traitement pour des personnes présentant une dépendance. Malheureusement, il remarque que le nombre de places dans ce type d'institution est limité et que les frais occasionnés par les soins ne sont pas toujours assumés par les assurances, ce qui est souvent le cas en Belgique où les assurances complémentaires ne remboursent

pas les frais occasionnés pour les séjours hospitaliers si le motif de l'hospitalisation est consécutif à une consommation d'alcool excessive. Heinz estime que moins de 2% de la population présentant un problème d'alcool en Allemagne a accès à ce type de structure (Heinz, 2003).

La grande majorité de la population qui présente un problème d'alcool mais qui n'a pas (encore?) développé de dépendance, c'est à dire les personnes présentant une consommation à risque ou nocive, ne font pas appel à ce type de structure. De ce fait, ils semblent échapper à toute prise en charge appropriée. Ceci explique que les premières interventions par rapport à la problématique alcoolique se font en général assez tardivement, quand la dépendance s'est développée, la moyenne d'âge dans les unités spécialisées dans la prise en charge des alcooliques étant de l'ordre de 50 ans. Pourtant Mann évalue à 80% la fraction de la population avec un problème d'alcool ayant eu au moins un contact annuel avec un médecin généraliste et à 30% la fraction de cette population qui est hospitalisée durant cette même période (Mann, 2000). Si les contacts entre ces patients et les médecins ont lieu, ils ne portent que rarement autour de la question de l'alcool.

Il est donc nécessaire d'adapter nos structures de soins pour toucher cette population. Des stratégies de type interventions brèves ont démontré leur efficacité auprès des patients présentant une consommation à risque ou nocive mais n'ayant pas encore développé de dépendance.

Une revue systématique de la littérature depuis 2006, montre une diminution significative de la consommation à un an dans la population masculine avec une réduction de 38% en moyenne par semaine. Les données disponibles portant sur la population féminine n'ont jusqu'à présent pas montré d'efficacité de ce type d'intervention, mais il est possible que le nombre de femmes soumises à l'intervention soit insuffisant pour tirer des conclusions valables. Les auteurs soulignent outre un faible impact au niveau individuel, une influence tout à fait appréciable en termes de santé publique (Kaner et al, 2009).

Un autre objectif des interventions brèves est de permettre à un certain nombre de ces sujets d'accéder à un traitement spécifique ultérieur comme un suivi spécifique, une cure de désintoxication ou un traitement de réhabilitation de type post cure. Certaines études montrent un bénéfice d'observance majoré si, à distance de l'intervention, un professionnel reprend contact par écrit ou par téléphone avec le patient. Cette procédure permettrait à 40% des patients ayant bénéficié d'une intervention brève de poursuivre des soins s'ils ont été proposés contre 5% en l'absence de ce dispositif (Heinz, 2003).

Les interventions brèves sont structurées autour d'un nombre limité de rencontres avec le patient, compris selon les études entre 1 et 5. Elles sont généralement réalisées par un professionnel de la santé qui n'est pas forcément spécialisé dans le domaine de l'addictologie. Néanmoins, une expérience finlandaise suggère que les personnes qui manquent de pratique et de connaissances dans le domaine de l'addictologie ont

tendance à appliquer moins souvent ce type d'intervention (Alto, 2001). Ceci suggère donc l'importance de mettre en place une formation approfondie pour les personnes qui pratiquent ce type d'intervention, dans le but d'améliorer la pertinence et l'efficacité de leurs interventions.

La première rencontre comprend un examen clinique et une anamnèse approfondie du patient et une information objective sur les risques encourus et les dégâts physiques occasionnés. Le message délivré doit contenir des avis clairs quant au changement de comportement et doit insister sur la responsabilité propre du patient pour que ce changement ait lieu. Il est demandé aux professionnels de faire preuve d'empathie et de soutenir les capacités propres au patient à induire ce changement. Les rencontres suivantes sont orientées autour d'éventuelles explications et autour et d'un soutien afin d'encourager à changer les comportements cibles (Heinz 2003).

Pour administrer des thérapies brèves aux personnes souffrant d'une consommation à risque d'un usage nocif ou de dépendance légère, la première ligne médicale composée des médecins généralistes semble la mieux exposée. A cet effet, la NIAAA a publié un guide pratique à l'adresse des médecins généralistes (Willebring, 2009). Dans ce document, une distinction nette est faite entre les différentes problématiques alcooliques avec une gradation dans les prises en charge. L'objectif est d'enrayer au plus tôt la spirale négative de la dépendance en permettant à des personnes qui ne sont pas encore dépendantes de diminuer leur consommation et d'aider celles qui le sont devenues à entreprendre un traitement adapté.

Des expériences d'interventions brèves ont également pu être menées dans des services d'urgence attachés à des hôpitaux généraux. Gwaltney montre sur base d'une évaluation quotidienne personnelle de la consommation un bénéfice à six mois dans un setting proposant outre une première rencontre, une rencontre motivationnelle à un mois et une autre à six mois (Gwaltney, 2010).

L'HÔPITAL GÉNÉRAL COMME LIEU DE RENCONTRE DU SUJET ALCOOLIQUE ? ET DANS QUEL TYPE DE DISPOSITIF ?

Dans notre pratique quotidienne, nous constatons une souffrance des équipes soignantes lorsqu'elles sont confrontées à des patients souffrant d'un rapport problématique avec l'alcool. Cette souffrance porte sur certains comportements des patients et sur les difficultés relationnelles qui en découlent (Mubenga, 2009).

Nous pouvons poser l'hypothèse que cette souffrance est la conséquence d'un sentiment plus profond de ne pas pouvoir exercer convenablement son métier et que cette souffrance vient poser la question du sens du travail fourni.

Un médecin et une infirmière d'un service d'orthopédie qui voient revenir à répétition un patient qui, du fait de sa consommation d'alcool continue à faire des chutes et ne parvient pas à soigner une fracture ou s'en occasionne d'autres, éprouvent souvent un sentiment de lassitude face à leurs tentatives répétées de réparation d'un corps que le patient continue à mettre en danger au quotidien. L'alcoolisme du patient vient heurter l'idéal de soins du soignant et donner le sentiment que ce type de prise en charge est une perte de temps et un « gaspillage » médical.

Un tel aboutissement est fréquent dans ce type de prise en charge où les soignants constamment mis en échec finissent par en attribuer la responsabilité au patient et par émettre à son égard un jugement de valeur négatif.

Ce jugement de valeur est finalement assez naturel dans l'hôpital où domine un idéal de soins. En effet, comment, pour un soignant, ne pas s'indigner face à un comportement qui va à l'encontre de la guérison et plus largement de la vie. C'est cette même dimension d'indignation qui motive aussi les psychiatres et les psychologues dans leur travail avec les sujets alcooliques. Notre but en tant que soignants est sans conteste d'accompagner le patient vers un devenir que nous pensons meilleur.

Le modèle biomédical, tel qu'appliqué actuellement et poussé à son extrême, attribue la problématique alcoolique au pur automatisme biologique. De ce fait, il ampute le sujet de toute possibilité de décision face à son comportement quotidien. En plaçant, le patient dans une position de « victime de lui-même », ce modèle retire la liberté à l'individu, ce qui ne permet pas l'instauration d'une relation de sujet à sujet de laquelle pourrait émerger une ébauche de décision.

Il est donc important de susciter chez les soignants et plus particulièrement les équipes infirmières, qui sont dans leur travail quotidien les plus exposées au patient présentant des dépendances, une réflexion sur la possibilité d'un modèle intermédiaire qui soutienne l'existence d'une dimension biomédicale tout en maintenant l'idée que toute modification du comportement de quelqu'un doit être sous tendu par un processus décisionnel actif de sa part.

Ce modèle intermédiaire permet au soignant de rester dans une dynamique de soins aux sujets alcooliques : il vient désigner de manière claire et sans jugement les consommations problématiques, mais sans nier les difficultés réelles que peut rencontrer la personne dépendante dans l'application d'un projet d'abstinence.

L'adhésion à ce modèle intermédiaire peut permettre au soignant de se réconcilier avec son travail avec le sujet alcoolique, et de faire profiter au patient de ses passages itératifs dans des lieux de soins. Cela offre l'opportunité d'une mobilisation de ses capacités décisionnelles en vue d'une diminution de sa consommation, pour les sujets utilisateurs nocifs ou à risque de dépendance ou de l'élaboration d'un projet thérapeutique précis, pour ceux dont la dépendance est avérée.

Les équipes de psychiatrie de liaison pourraient venir en soutien de ce type de projet, en aidant à la formation du personnel soignant dans ses difficultés face aux patients présentant une problématique alcoolique. Une part importante reposerait sur une formation plus approfondie de ceux des soignants qui sont intéressés à la problématique. Un premier élément de cette formation porterait sur la distinction des différentes catégories de patients telles que décrites plus haut, selon le modèle de Dawson, sur une réflexion par rapport aux bienfondés des modèles moral et biomédical, et sur la possibilité d'une place appropriée et « juste » de ceux-ci face à ces patients qui posent souvent problème, position juste qui combine accueil et remise en question des habitudes du patient. Ceci permettrait de redonner un sens à ces interventions.

De plus, cette équipe spécifique de psychiatrie de liaison pourrait s'inscrire dans une temporalité différente. Cette temporalité serait celle qui permet au patient d'accepter un changement pour lui-même. C'est au prix de ce temps donné et de ce travail qu'on pourra accéder à des soins pour la personne tout en respectant sa liberté propre.

Au-delà de la dimension de formation, il nous semble raisonnable, dans le contexte de la réalité de l'hôpital actuel, où les séjours hospitaliers sont de durée limitée et les soignants sont pris dans un rythme de travail soutenu, de proposer qu'un relais vers les équipes soignantes et plus particulièrement les équipes infirmières, les plus demandeuses, puisse être assumé par une ou plusieurs infirmières de référence en alcoologie. Cette(s) personne(s) aurai(en)t bénéficié d'une formation sérieuse dans le domaine de l'alcoologie. Son rôle vis-à-vis des équipes soignantes serait de répondre à la souffrance subjective, de renforcer le rôle soignant, de soutenir une réflexion face aux situations difficiles, dans le but d'aider les équipes à déjouer les pièges de l'agressivité réciproque, qui se mettent souvent en place lorsque ces patients difficiles sont confrontés à des équipes peu formées. Par ailleurs, un questionnaire de type AUDIT sur la consommation des boissons alcoolisées pourrait figurer dans l'anamnèse infirmière, pour permettre d'avoir une orientation quant au profil du patient (Mugenba, 2009). Pour les personnes présentant une consommation nocives ou à risque de dépendance, un ou plusieurs entretiens de type intervention brève pourraient être proposés, dans le but de réduire la consommation. Pour les patients dépendants, ils seraient accompagnés dans un cheminement vers un processus décisionnel ou vers un plan de soins spécifiques si nécessaire, avec un relais vers les structures de soins adaptées.

CONCLUSION

Si ce type de projet sur le dépistage de la problématique alcoolique dans un contexte d'hospitalisation, l'accompagnement et éventuellement une intervention brève ou l'orientation vers un lieu de soin est tout à fait justifiée en terme de santé publique. Elle se démarque dans l'ensemble de la raison pour laquelle le patient a été hospitalisé. Nous mesurons bien toutes les répercussions positives possibles pour le patient de ce type d'intervention et la nécessité pour toucher les sujets alcooliques, qui d'eux même ne vont pas aborder la problématique ou formuler spontanément une demande d'aide, de mettre en place une attitude « d'outreach », littéralement, de venir atteindre ce patient isolé dans la consommation. Le projet dont il est question n'est pas autre chose que l'application à la structure hospitalière et par l'intermédiaire de la psychiatrie de liaison et des équipes infirmières de cette approche « d'outreach », préconisée par les modèles de santé publique. Il n'en est pas moins important de rappeler la délicatesse nécessaire pour que ce type d'intervention puisse se mettre en place de manière harmonieuse, tout en respectant dans l'ensemble la liberté du sujet et le temps qu'il lui faut pour qu'à un moment donné une décision puisse murir à ce sujet. L'expérience des généralistes dans ce domaine est intéressante, dans le sens qu'ils témoignent du temps que peut parfois prendre ce travail de préparation à la décision chez un sujet qui n'a pas encore pris conscience de sa problématique. La détermination des soignants à intervenir dans un tel projet doit donc être pondérée, adaptée à l'état subjectif de la personne qu'ils rencontrent et qui, s'il a perdu une part de sa liberté dans le développement de la dépendance, peut vivre de manière difficile qu'on le lui fasse remarquer de manière trop directe. Cependant, un tel type de projet peut permettre à l'hôpital de quitter une position co-alcoolique qu'il occupe jusqu'à présent.

RÉSUMÉ

Les patients qui souffrent d'une problématique liée à la consommation d'alcool font souvent état d'une instauration insidieuse de celle-ci. Ils évoquent un passage très progressif et discret du normal au pathologique. Ce temps peut-il être mis à profit par des professionnels de la santé pour éviter l'instauration d'une dépendance ? Un séjour à l'hôpital général pour d'autres raisons que la question de la consommation, peut-il être un moment adéquat pour initier une prise en charge ?

Souvent, lors de ces passages impromptus à l'hôpital, ces patients mettent à mal l'idéal de soins des soignants ou de l'institution et suscitent une forme d'indignation et de rejet. Comment concilier l'idéal de soins des soignants avec le respect de la liberté de l'individu et son cheminement personnel par rapport à sa problématique ?

Il s'agit d'un positionnement délicat qui se doit d'éviter des pièges tels que le cautionnement d'un déni, le renforcement du stigma ou encore l'épuisement des soignants. Cet article propose une réflexion sur la manière de concevoir, dans le cadre très spécifique de l'hôpital général, un dispositif qui aurait pour vocation de prendre en charge les patients et de soutenir les équipes soignantes afin d'enrayer une consommation excessive et à risque ou, le cas échéant, de soutenir un processus de soins spécifiques chez des patients dépendants.

MOTS-CLÉS : Alcool - Hôpital - Liberté - Sujet

RÉFÉRENCES

Aalto M., Pekuri P., Seppa K., Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers, addiction, vol 96, pp 305-311, (2001)

Ahmed, Koob G.F., Transition from moderate to excessive drug intake change in hedonic set point, Science, vol 282, n°5387, pp 298-300 (1998)

Berghmans R., de jong J., Tibben A., de Wert G., on the biomedicalization of alcoholism, theor Med Bioeth, vol 30, pp 311-321 (2009)

Communication de la Comission européenne, une stratégie de l'union européenne pour aider les états membres à réduire les dommages liés à l'alcool, COM 625 (2006)

Dawson D., Grant B., Li T., quantyfing the risks associated with exceeding recommended drinking limits, alcohol Clin. Exp. Res., 29, pp 89-92 (2005)

Delion P., Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne: Introduction à la psychothérapie institutionnelle, livre de poche

De Timary Ph., Ogez D., Van den Bosch M., Starkel P., Toussaint A., Dispositif complémentaire de soins pour alcooliques à l'hôpital général, cahiers de psychologie clinique, pp 185-205 (2007)

Gwaltney C. J., Magill M., Barnett N. P., Apodaca T.R., Colby S.M., Monti P.M., addictive behaviors, (2010)

Goffman E., les enjeux sociaux des handicaps, ed de minuit, (1977)

Gunzerath L., Hewitt B. G., Li T-K., Warren K.R., alcohol research : past, present and future, annals of the new york academy of sciences issn 0077-8923 (2010)

Heinz A., Vilwer M., Mann K., Therapy and supportive care of alcoholics: guidelines for praticionners, Best Practice & research Clinical gastroenterology, vol 17, n°4, 708 (2003)

- Kaner E.F., Dickinson H.O., Beyer F., Pienaar E., Schlesinger C., Campbell F., Saunders J.B., Burnand B., Heather N.**, *The Effectiveness of brief alcohol interventions in primary interventions in primary care settings : a systematic review*, Drug Alcohol Rev, vol 28(3), pp 301-23, (2009)
- Koob G.F., Le Moal M.**, *Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction*, Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 363(1507):3113-23la (2008)
- Michaud P., Fouilland P., Grémy I., Klein P.**, *alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins*, Rev. Prat. Med. Gen, vol 17, pp 605-608 (2003).
- Mann K., Hermann D., Heinz A.**, *One hundred years of alcoholism: the Twentieth Century*, Alcohol Alcohol, vol 35, n°1, pp 10-15 (2000)
- Mark L., Willebring, Maureen B., Gardner**, *Helping patients who drink too much : An Evidence -Based Guide for Primary Care Physicians*, American Family Physicians, volume 80, n°1, (2009)
- Marlatt G.A., Donovan D.M.**, *Prévention de la rechute, stratégie de maintien en thérapie des conduites addictives*, édition médecine et hygiène
- Moss M., Burnham E.L.**, *Alcohol abuse in the critically ill patient*, Lancet, vol 9554, n°368, pp 2235-2242 (2006)
- Mozes A. E., Van Den Bossche-De Haeseler M., Jacques D., Oger D., Starkel P., De Timary Ph.**, *Le modèle de l'hospitalisation scindée. Favoriser l'accès aux soins des patientes alcooliques par une approche pluridisciplinaire dans le cadre de la psychiatrie de liaison*, acta psychiatica belgica, n°108/05, 1-13 (2008)
- Mubenga Oleka**, *La prise en charge du patient alcoolo-dépendant dans un service d'hospitalisation générale. "Comment se situe l'infirmier/ère face à un patient alcoolo dépendant en milieu hospitalier."*, épreuve intégrée en vue de l'obtention d'un bachelier en soins infirmiers, (2009)
- Toussaint A., De Timary Ph.**, *Sortir l'alcoolique de son isolement*, Journal de Pharmacie de Belgique, 61, n° 1 (2006)
- Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG.**, *"A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence*, Am J Psychiatry, vol 167(11), 1280-90, (2010)
- Ronzani T.M., Higgins-Biddle J., Furtado E.F.**, *stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in southeast Brazil*, social science and medicine, vol 69, n°7, 1080-1084, (2009)
- Saunders S.M., Zygodicz K.M., D'Angelo B.R.**, *Person-related and treatment-related barriers to alcohol treatment*, journal of substance abuse treatment, vol 3, pp 261_270 (2006)
- Schomerus G., Lucht M., Holzinger A., Matshinger H., Carta MG., Angermeyer M.C.**, *The stigma of alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: a review of Population studies*, alcohol alcohol, vol 0, n°0, pp 1-8 (2010)
- Willebring M.L., Massey S.H., Gardner M.B.**, *Helping patient who drink too much ; an evidence-based guide for primary care clinicians*, Am. Fam. Physicians, vol 1, n° 80, pp 44-50

Auteurs correspondants :

A. Maisin

MÉDECINS ASSISTANT Candidat Spécialiste psychiatre dans le secteur de Psychiatrie de Liaison, Service de Psychiatrie Adulte, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Avenue Hippocrate 10, B-1200 Bruxelles.

D. Borceux

PSYCHOLOGUE, Unité Intégré d'Hépatologie et Secteur de Psychiatrie de Liaison, Service de Psychiatrie Adulte, Cliniques Universitaires Saint-Luc.

A. Neumann

PSYCHOLOGUE, Unité Intégré d'Hépatologie, Service de Psychiatrie Adulte, Cliniques Universitaires Saint-Luc.

P. Starkel

GASTRO-ENTÉROLOGUE, Chef de Clinique Adjoint, Unité Intégré d'Hépatologie, Service de Gastro-entérologie, Cliniques Universitaires Saint Luc.

A. Luts

PSYCHIATRE, Chef de Clinique, Secteur de Psychiatrie de Liaison, Service de Psychiatrie Adulte, Cliniques Universitaires Saint-Luc

Ph. de Timary

PSYCHIATRE, Chef de Clinique, Unité Intégrée d'Hépatologie, Service de Psychiatrie Adulte, Cliniques Universitaires Saint-Luc

LA STIGMATISATION DES MALADES PSYCHIQUES

LE ROLE DES MEDIAS

STIGMATIZATION OF MENTALLY ILL: ROLE OF THE MEDIA

Jean Yves GIORDANA, Nancy CATTAN

THE MAIN SOURCE OF INFORMATION TO THE GENERAL PUBLIC ABOUT PSYCHIATRY AND MENTAL ILLNESS COMES FROM THE MEDIA. THE RESEARCHES CARRIED OUT DURING THE LAST THIRTY YEARS HAVE MADE CLEAR THAT THE MEDIA CAN INFLUENCE THE BELIEF SYSTEMS VERY WIDELY AND DEEPLY.

TRADITIONALLY THE MEDIA HAVE TENDED TO REPRODUCE AND STRENGTHEN THE NEGATIVE SOCIAL ATTITUDES TOWARDS PEOPLE SUFFERING FROM HEAVY MENTAL TROUBLES.

THUS, VOICES OF CIVIL SOCIETY TOGETHER WITH MEDIA MESSAGES HAVE DEVELOPED A CIRCULAR PROCESS IN WHICH THEY REINFORCE EACH OTHER ENDLESSLY.

TAKING INTO ACCOUNT THE INFLUENCE OF THE MEANS OF COMMUNICATION ON GENERAL PUBLIC BELIEFS AND PREJUDICES, WE CONSIDER (THROUGH A FEW EXAMPLES) THE POSSIBILITY FOR MEDIA TO PLAY THE MAJOR ROLE IN THE FIGHT AGAINST STIGMATIZATION BY ISSUING MESSAGES CAPABLE OF CHANGING OPINIONS AND CLICHÉS.

BUT, WOULD MEDIA AND MENTAL HEALTH PROFESSIONALS DEVELOP THEIR CULTURE ?

FINALLY, A CLOSE CO-OPERATION BETWEEN USERS THEMSELVES SEEMS ESSENTIAL TO DISSEMINATE INFORMATION ON THEIR REAL LIFE EXPERIENCES WITH MENTAL ILLNESS.

Key-words : Stigmatization, self-stigma, prejudices, media, self-esteem

Le terme de stigmatisation fait référence à un concept multi dimensionnel concernant l'attitude générale d'un groupe social vis à vis d'individus ou de minorités et le plus souvent marqué par des conduites de discrimination.

Si la stigmatisation ne concerne évidemment pas que les malades psychiques, il ne fait pas de doute que ces derniers sont largement confrontés à ce phénomène.

Les nombreuses études menées sur ce sujet, bien qu'ayant eu recours à des méthodologies variées ont abouti à des résultats homogènes : il n'y a pas de société ou de culture où les personnes atteintes de maladies mentales sont traitées à l'égal des autres.

La stigmatisation repose sur la méconnaissance (l'ignorance) des diverses dimensions de la maladie psychique, la mise en jeu de représentations sociales (habituellement péjoratives) concernant ces états et le développement d'attitudes de discrimination générant une souffrance chez le malade et constituant des obstacles majeurs à leur intégration dans la communauté.

Ainsi, les préjugés négatifs qui sous tendent les attitudes et les comportements des membres d'une société vis à vis de la personne malade apparaissent lourdement pénalisants.

Les recherches dans ce domaine mettent en évidence trois types de représentations sociales.

Les nombreuses enquêtes menées en population soulignent le plus souvent la crainte de la violence et de la dangerosité (opinion dominante dans la quasi-totalité des travaux).

D'autres représentations sont quelquefois évoquées telles que le caractère imprévisible et irresponsable du malade psychique.

Il est alors perçu comme un être incapable de se conformer aux contraintes et aux exigences de la vie en société, de suivre les conventions sociales, de s'astreindre à des règles de vie, de respecter les lois.

Le troisième type de représentations du malade psychique est celle d'une personne ayant une perception infantile du monde. C'est le stéréotype de l'« idiot du village » caractérisé par une grande immaturité. Ces trois types de représentations sont de nature à générer trois types d'attitudes de la part de la communauté : la crainte et la peur vont amener à la mise à distance, l'évitement, l'exclusion et la ségrégation. L'irresponsabilité du malade, son caractère imprévisible vont susciter une attitude dirigiste et autoritaire. Enfin, les patients régressés, peu autonomes vont générer des attitudes de bienveillance et de protection.

Les études socio anthropologiques visant à connaître les « idées reçues », les opinions, au sujet de malades ayant une schizophrénie, par exemple, témoignent du fait que cette maladie est perçue comme incurable et que ces malades seraient fatallement violents et dangereux. Ils seraient inaptes à assurer toute forme de responsabilité et n'auraient ni volonté, ni motivation [1]. En 1961, NUNALLY [2] a mené une enquête parmi les habitants d'une ville de l'Illinois au sujet de préjugés liés à la maladie mentale. Les réponses de la population témoignent du fait que les personnes ayant des troubles psychiques font peur et suscitent inquiétude et aversion. Les qualificatifs les plus souvent évoqués sont « indigne », « dangereux », « sale », « imprévisible » et ces personnes ne méritent ni estime, ni compassion.

Par ailleurs, une recherche menée à Calgary au Canada, dans le cadre d'une étude pilote destiné au programme « open

the doors » de la World Psychiatric Association (WPA) [3] montre que les personnes interrogées sont convaincues que les malades ayant une schizophrénie ne peuvent pas occuper un emploi ordinaire et qu'ils sont dangereux en raison de leur comportement violent.

QUELS SONT LES EFFETS DE LA STIGMATISATION ?

A compter du milieu du XXème siècle, dans le contexte du mouvement de désinstitutionnalisation, de nombreux travaux se sont attachés à mesurer les conséquences de la stigmatisation des personnes atteintes de maladies psychiques. En effet, dès les années 50, l'accroissement de l'intérêt pour une psychiatrie communautaire a entraîné une attention particulière pour ce qui concerne la question de la place que le malade mental pouvait prendre dans la société.

L'étude de Lamy [4], en 1966, fait apparaître, par exemple, que dans le Wisconsin, aux Etats Unis, les conditions de vie auxquelles étaient confrontés les malades mentaux étaient plus difficiles que celles faites aux anciens détenus.

Ainsi, avec un recul de 5 ans, après une incarcération ou une hospitalisation, le contexte social d'un ex malade était beaucoup plus précaire que celui d'un ex détenu.

De nombreux travaux confirment que les préjugés négatifs vis à vis de la maladie et des malades psychiques et les attitudes de discrimination ont un retentissement indéniable dans de très nombreux domaines de la vie quotidienne et ont, au final, un retentissement péjoratif sur l'adaptation sociale et l'estime de soi.

D'une manière générale, il apparaît que l'impact de la stigmatisation contribue à une diminution importante de la qualité de vie des malades.

De nombreuses enquêtes ont souligné les effets de la stigmatisation dans le domaine de l'emploi (embauche ou conservation d'un travail), dans le domaine de l'accès à un logement ou encore dans le cadre du maintien de relations sociales, amicales, sentimentales.

Ainsi, les personnes ayant une maladie psychique disent être fréquemment amenées à cacher le diagnostic porté en raison de leurs troubles psychiques et développent des comportements qui s'inscrivent dans une attitude globale de discrimination anticipée ou évitée [5].

Souvent, les malades eux-mêmes, comme le montre l'étude de SCHEPER-HUGHES publiée en 1979 [6] ou encore l'enquête INDIGO, acceptent (et intérieurisent) les préjugés négatifs qui les affectent et les conditions de vie qui leur sont faites. Ils partagent les mêmes opinions négatives que l'ensemble de la population et ce processus conduit à une « auto stigmatisation ».

Ce rejet du malade et de la maladie qui habite le patient lui-

même constitue bien souvent une entrave à l'accès aux soins, à l'instauration et à la conduite d'un traitement adapté avec en corolaire, le risque d'une évolution péjorative de la maladie en lien avec un « délai de psychose non traitée » (étroitement corrélée au pronostic fonctionnel), très long et une observance aux soins fluctuante ou médiocre.

Parmi les nombreux travaux qui précisent les conséquences de la stigmatisation des malades psychiques, l'étude INDIGO (international study of discrimination and stigma outcomes) présentent un caractère innovant dans ce type de recherche en questionnant, non pas le grand public, mais les personnes mêmes qui sont victimes de l'attitude du corps social. Cette étude, publiée dans le Lancet, témoigne des situations auxquelles se confrontent des personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic de schizophrénie. Le questionnaire (échelle DISC 10 – Discrimination and stigma scale 10ème version) permet d'aborder les différents domaines de la vie de ces patients : relations personnelles, logement, formation, vie familiale, vie professionnelle, santé, etc...

732 patients ayant une schizophrénie, recrutés dans des sites d'études répartis dans 27 pays, ont confirmé et illustré les situations de discrimination qu'ils avaient rencontrées. L'analyse des résultats fait apparaître la fréquence des situations de discrimination négative et notamment dans les relations avec les membres de leur famille et avec leurs proches, lorsqu'il s'agit de rechercher ou de conserver un emploi, dans la recherche de relations amicales ou pour conserver un réseau amical et enfin dans le domaine des relations intimes et sexuelles.

Beaucoup plus rarement (moins de 10% des cas), les personnes interrogées ont rapporté des expériences que l'on peut qualifier de discrimination positive avec notamment, une plus grande attention de la part de leur famille ou par l'obtention de certains avantages en matière d'habitat, de bénéfices sociaux, d'allocation ou de pension d'invalidité, de facilité pour les prises en charge médicales.

L'apport majeur de l'étude INDIGO réside dans la mise en évidence d'une forme particulière de comportement du patient face à ces situations et qui consiste à se limiter soi-même dans des activités importantes, à éviter de s'exposer dans des situations redoutées.

Ce phénomène a été qualifié de discrimination anticipée (évitée) et répond au concept d'auto stigmatisation.

L'étude INDIGO met bien en évidence que cette stigmatisation anticipée n'est pas la conséquence du souvenir traumatisant d'un événement blessant, humiliant, mais plutôt le fait de l'acceptation et de l'intériorisation des préjugés négatifs véhiculés par le corps social puisque la plupart des personnes qui ont anticipé (évité) une discrimination n'avait jamais expérimenté une situation de ce type.

Prenant en compte l'impact délétère de la stigmatisation sur la qualité de vie du malade, mais aussi sur les modalités éolutives et le pronostic fonctionnel de la maladie, de nombreux travaux

ont cherché à identifier les facteurs susceptibles de moduler la stigmatisation et d'accroître la tolérance à l'égard des malades mentaux.

Parmi les voies les plus fréquemment explorées, l'information du grand public a fait l'objet d'une attention particulière avec une question fondamentale : l'information délivrée à la population générale est-elle de nature à modifier les représentations de la maladie mentale ?

QUEL EST LE RÔLE DES MÉDIAS ?

Pour la population générale, la source d'information la plus importante sur la psychiatrie et les maladies mentales provient des medias.

En effet, malgré la fréquence relativement élevée des maladies psychiques, le grand public ne les rencontre, le plus souvent, que dans les medias lorsque la presse ou la télévision se font l'écho d'un fait divers impliquant une personne ayant des troubles psychiques.

Les protagonistes y sont habituellement décrits comme des personnes violentes et dangereuses, imprévisibles ou incompréhensibles. De cette façon, les médias contribuent largement à perpétuer la stigmatisation et les mesures de discrimination à leur encontre par la recherche du sensationnel, du spectaculaire susceptible de stimuler la curiosité du grand public.

On connaît bien, à présent, le retentissement des articles et des reportages à sensation ou des films à succès qui anéantissent en quelques minutes tous les efforts d'information et toutes les initiatives de lutte contre la stigmatisation.

Le discours refusant l'amalgame entre maladie psychique et dangerosité est immédiatement anéanti par la diffusion dans les médias d'un seul fait divers impliquant un malade mental.

La plupart des études analysant la façon dont les médias traitent les informations concernant les malades psychiques font le constat d'un angle de vue inchangé depuis une soixantaine d'années (SHAIN et PHILIP – 1991) [7].

Pour la **presse écrite**, cette tendance est bien illustrée par BARNES [8] qui montre la constance dans le discrédit du malade mental.

M. ANGERMEYER [9] rapporte une analyse de la « *Liepzsiger volkszeitang* », un quotidien paraissant dans la partie orientale de l'Allemagne. Cette étude portant sur une période allant de 1897 à 2003, montre qu'en plus de 100 ans, pratiquement rien n'avait changé dans la manière de communiquer sur la maladie psychique et cela indépendamment de la parution du journal sous l'empire allemand, la république de Weimar, la république démocratique d'Allemagne ou bien l'Allemagne réunifiée (sous le IIIème Reich, la parution avait cessé).

Les articles ayant trait à la maladie mentale offrent habituellement une vision très négative des malades. Les commentaires oscillent entre la peur et la dérision, entre l'épouvante et le ridicule.

Se questionnant sur les raisons qui poussaient les journalistes à traiter de cette façon l'information, M. MATAS [10] a soumis à ces derniers un questionnaire qui révèle qu'en tant que personne, ils ne sont pas plus rejetants vis à vis du malade mental que les autres groupes professionnels. Ils motivent leur attitude négative par des impératifs professionnels de recherche du « sensationnel » et d'« accroche » du lecteur, notamment dans les titres.

Le journaliste est, de fait, confronté en permanence à une double contrainte :

d'une part, il se donne la mission de donner une information sur un mode qui répond à des exigences de déontologie et d'éthique,

d'autre part, il doit répondre aux attentes du public, aux pressions des lobbis, aux nécessités du marché dans un contexte de course à l'information, de compétition qui s'exerce entre les divers médias et peut-être encore plus particulièrement lorsqu'il s'agit de fait divers impliquant des malades psychiques.

Le grand public a la sensation d'être noyé par l'information qui lui est quotidiennement délivrée. Les medias sont alors tentés, pour faire ressortir une information de ce bruit de fond, de la soumettre à un traitement particulier.

Cette dimension contribue à un risque de dénaturation et d'altération de l'information : extrapolation, omission, interprétation, contre-sens, décontextualisation, parti pris inavoué, abus de langage, glissement sémantique.

Si la vision très péjorative des malades psychiques dans la presse écrite est soulignée par de nombreux auteurs comme ALLEN [11], MAGLI [12], NAIRN [13], COVERDALE [14], HAZELTON [15], d'autres tels que DAY et PAGE [16], à partir d'une analyse de journaux canadiens, montrent que cette lecture négative s'appliquait également aux soins psychiatriques et aux établissements spécialisés.

Les journalistes se sont engouffrés dans la voie de la vulgarisation sémantique des termes liés aux troubles psychiques. Ce phénomène consistant à utiliser un terme psychiatrique ou un diagnostic d'une maladie en le présentant comme une marque négative pour une personne est le principe même de la stigmatisation.

Ainsi, une institution ou une société qui dysfonctionne est « traitée » de « schizophrène ». Une autorité qui serait insensible à des doléances sera qualifiée d'« autiste », etc.

F. CAROLI, dans la revue *Nervure* en 2001 [17] a étudié sur une période de deux ans (juillet 1998 – juin 2000) les emplois du terme « schizophrénie » dans le journal *Le Monde* (en dehors des pages scientifiques).

Dans des rubriques politiques ou économiques, ce terme

devenu synonyme de contradiction a été utilisé à 58 reprises.

Etudiant le lien entre l'exposition aux medias et les attitudes face aux malades mentaux, M. ANGERMEYER [18] met en évidence un impact de la **télévision** supérieur à celui de la presse écrite.

Il fait apparaître une relation étroite entre la « consommation de media » (nombre d'heures passées devant la télévision par jour et par semaine) et les attitudes vis à vis des malades psychiques.

Dès 1981, GERBNER [19] à la Annenberg School for communication à l'université de Pennsylvanie a mené une étude de grande ampleur dans ce domaine (20 000 dialogues tirés de 1 500 programmes diffusés par 10 chaînes de télévision). Il observe que plus de 70 % des personnages représentant des malades psychiques sont décrits comme violents, dangereux et se voient attribuer un aspect démoniaque qui justifie une grande méfiance.

WILSON [20] analysant des programmes diffusés en première partie de soirée, en Nouvelle-Zélande et ROSE [21] analysant des programmes de télévision britanniques retrouvent les mêmes stéréotypes au sujet des malades psychiques et les mêmes critiques vis à vis des institutions psychiatriques. DIEFENBACH [22] pour sa part met également en évidence la notion selon laquelle les malades psychiques auraient une mauvaise influence sur leur entourage.

Le cinéma est également un vecteur important de « l'image » du malade psychique dans la société et, là encore, la plupart des œuvres cinématographiques donnent une image terrifiante. Il suffit de repenser aux personnages des films Psychose, Shining, Le silence des agneaux, Seven, le Village, pour observer les stéréotypes péjoratifs dont sont affublés les malades.

L'impact sur le grand public a été maintes fois démontré et à titre d'exemple, on peut évoquer le travail de DOMINO [23] qui a étudié les attitudes vis à vis du malade mental, à l'aide d'un questionnaire proposé à un public avant et après le visionnage du film, « vol au-dessus d'un nid de coucou ». Il en retient une influence négative avec renforcement de la peur et du rejet.

PEUT-ON LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION VÉHICULÉE PAR LES MEDIAS ?

Les professionnels de la santé mentale ont généralement tendance à s'insurger à propos du traitement médiatique de tel ou tel événement concernant le champ de la psychiatrie.

Ils se sentent volontiers victimes des opinions exprimées, mais toutefois, arguant de leur obligation de respect du secret professionnel, ils continuent à se murer dans le silence.

Est-il possible d'avoir une attitude différente face aux medias ?

Les professionnels de santé, peuvent-ils, en se comportant autrement aider les medias à adresser d'autres messages, à donner d'autres informations au grand public.

Cette question a été abordée en novembre 2009 lors de la conférence des présidents des commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers spécialisés, en collaboration avec l'association des établissements participant au service public en Santé Mental (ADESM), à la suite de plusieurs faits divers (meurtre commis à Grenoble par un patient de l'hôpital Saint-Egrève en Isère ou encore fugue d'un malade du Centre Hospitalier Edouard Toulouse à Marseille).

Cette conférence a élaboré un projet de développement de formations à la communication en cas d'événement médiatisé concernant des usagers de la psychiatrie.

Cette formation pourrait concerner les directeurs d'établissements et les médecins psychiatres pour des sessions de Media Training.

Une expérience a déjà été entreprise par quelques établissements en partenariat avec l'école supérieure de journalisme de Lille.

Il s'agirait notamment de désigner dans chaque établissement une ou deux personnes qui « réfléchiraient » de façon anticipée aux thématiques susceptibles de se présenter tant chez les médecins que chez les directeurs et d'élaborer un plan de communication immédiate en cas d'événement relaté par les medias.

Il serait ainsi possible de nuancer, de corriger, de préciser, d'expliquer telle ou telle situation en réduisant les risques de dénaturation et d'extra polation que favorise le mutisme des professionnels concernés.

ET SI LES MEDIAS ENTRAIENT DANS LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION ?

Mais, au-delà d'un souci de veille ou de contrôle de l'information donnée, peut-on envisager de s'appuyer sur les medias pour modifier « l'image » des malades psychiques auprès du grand public ?

Les medias peuvent-ils véhiculer des messages positifs de nature à corriger des opinions fausses ?

Michel DAVID, dans les cahiers du journalisme, s'interroge sur la vocation pédagogique des médias et élabore quelques propositions pour « casser » la stigmatisation médiatique.

Il note que les groupes les plus stigmatisés sont des groupes minoritaires qui sont habituellement « dominés » par le plus grand nombre au point d'en devenir le bouc émissaire et de focaliser les peurs de la société.

Ainsi, il envisage une possibilité de « casser » la stigmatisation en changeant ce rapport de force entre dominants et dominés.

Pour cela, il encourage l'intervention des groupes stigmatisés dans l'espace public, afin de développer des mouvements sociaux qui peuvent permettre de modifier l'image que s'en fait le grand public.

La notion d'image apparaît importante car elle définit une priorité « ...on ne répond pas à une image par un raisonnement parce que l'image a une capacité de réduction et de fascination. On répond à des images par des images. Il faut d'autres images et il faut encourager les gens à les produire » [24].

Il apparaît alors nécessaire pour le journaliste désireux de « casser » l'image stigmatisante de coproduire d'autres images avec ceux qui sont concernés. Les victimes de la stigmatisation doivent être étroitement associées à ces opinions alternatives.

Simon, prévient DAVID : « ... le journaliste, aussi professionnel soit-il, aussi ouvert soit-il, aussi conscientieux soit-il, faisant un reportage sur ces personnes et pas avec elles, restera au mieux dans le registre de la bonne volonté et de la charité » avec le risque de reproduire les stéréotypes.

Une autre idée importante repose sur l'intérêt d'instaurer pour les groupes stigmatisés un droit de réponse.

Sans ce droit de réponse, les personnes stigmatisées restent impuissantes devant l'image qui est faite d'eux. Ils sont pris dans des discours simplificateurs.

Le droit de réponse serait de nature à produire des images qui apporteraient un autre regard et des alternatives aux clichés habituels.

Au Royaume Uni, un programme de collaboration avec les medias (Mental Health Media) impliquant des journalistes, des usagers et des professionnels de la santé mentale se propose de veiller au respect des normes éthiques des professionnels des medias.

En Ecosse, une campagne de communication s'inscrivant dans le programme national « See me » lancée en 2002, propose des inserts dans la presse (« I'm a person, not a label, I'm a person, just like you »).

MEDIAS ET LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION

Certaines nations se mobilisent pour proposer un nouveau mode d'intervention active dans les medias. Un exemple en est le guide intitulé « santé mentale et moyen de communication : guide de style », élaboré en 2004 sous l'impulsion des confédérations espagnole et catalane de parents de malades psychiques.

Ce guide de style à destination des medias leur rappelle leur responsabilité en ce qui concerne la façon dont doivent être traitées les questions touchant à la santé mentale et le sens des mots, bien ou mal employés, en rapport avec la maladie mentale et ses concepts.

Ce guide de style propose aux médias et, plus particulièrement, aux professionnels de la presse écrite et audiovisuelle, l'utilisation de terme ou de phrase qui offrent une alternative concrète à des expressions stigmatisantes. Ainsi, on ne parle plus de schizophrène, de dépressif mais de personne ayant une schizophrénie, une dépression, etc.

A l'expérience, il apparaît, par rapport au traitement médiatique de la santé mentale, que ce guide de style contribue à une réflexion qui tend à améliorer l'approche professionnelle d'informations et d'événements trop souvent exposés de façon discriminante (titre alarmiste, persistance des préjugés et des idées fausses, vision morbide...).

La lutte contre la stigmatisation a également pu prendre la voie de la **radio**. Au milieu des années 2000, par exemple, l'ouverture d'une nouvelle station de radio : radio Nikosia, émettant en FM toutes les semaines, fait appel à la contribution active de personnes atteintes de maladies psychiques. Radio Nikosia est diffusé sur plusieurs canaux en direct et sur Internet tous les mercredis de 16 à 18 heures et en différé sur de nombreuses plages horaires.

Cette expérience menée à Barcelone est née de l'adaptation d'une action du même type née à BUENOS AIRES en Argentine, quelques années auparavant. L'objectif consiste à aborder les questions de santé mentale, de réseau social, de réintégration et de réadaptation des malades.

Cette expérience est soutenue et appuyée par l'Association JOIA, oeuvrant depuis plus de 20 ans dans le champ de la réhabilitation psychosociale en Catalogne.

Mais, ce mouvement ne se limite pas à la Catalogne puisque, progressivement, par le moyen d'Internet, ce phénomène se mondialise. Le message est de parler, sans stigmatisation, « ... de la folie par la voix de ceux qui en souffrent ».

La télévision peut également être un support efficient dans le projet de lutte contre la stigmatisation. Ainsi, l'expérience menée par la télévision publique catalane TV3 est tout à fait exemplaire. Cette chaîne diffuse une série hebdomadaire et grand public appelée Vendelplà. Les scénarii des épisodes sont conçus en collaboration étroite avec des professionnels des réseaux de santé mentale, dans un souci de porter un regard correct et objectif sur la maladie psychique.

Aux Etats-Unis, la National Depressive and Mani Depressive Association (NDMDA) propose également des spots de télévision avec une série intitulée « wonderland » et dont l'action se déroule en hôpital psychiatrique ou encore un téléfilm « Dark glasses and kaleidoscope » portant sur les troubles bipolaires.

Ces programmes se fixent comme objectif de placer la santé mentale à la une de l'actualité, d'apporter une meilleure compréhension et une meilleure acceptation des personnes souffrant de maladies psychiques, de faire un sort aux mythes et aux idées fausses relatifs à ces maladies.

INTÉRÊT DES NOUVEAUX MEDIAS

Depuis la fin du 20^{ème} siècle, les territoires d'échanges se sont considérablement étendus. A côté d'une information « descendante », se développent des espaces de partage d'idées, de communication, d'échange. Internet propose ainsi ces deux modalités avec des sites permettant d'accéder à des informations extrêmement étendues, mais aussi des formes de discussion en ligne, espace privilégié d'échange de discours. Certains de ces forums sont consacrés à la maladie mentale. Le communiquant est le malade lui-même. Il s'adresse à la fois à d'autres malades, mais également, possiblement, au grand public.

Cet espace virtuel lui permet de s'exprimer librement (généralement sous le couvert d'un pseudonyme) dans la mesure où il se trouve à distance de la population générale, de son environnement habituel et des institutions de soins. Ce fait semble être de nature à favoriser une certaine spontanéité dans la prise de parole et dans les opinions.

Pour la plupart, ces forums de discussions en ligne témoignent d'un fort besoin des usagers de partager avec d'autres des sentiments, des émotions, dans une recherche d'entr'aide et d'inscription dans une appartenance à une communauté.

CONCLUSION

Pour conclure, nous pensons que si les medias peuvent entretenir les préjugés négatifs, ils peuvent aussi aider à renverser cette tendance en corrigeant les idées fausses et injuste à l'égard des malades psychiques.

Ils auraient alors l'opportunité de jouer un rôle majeur dans la lutte contre la stigmatisation.

Pour cela, ils doivent probablement renoncer à leur habitude d'utiliser des titres à sensation qui renforcent les préjugés à l'égard des personnes atteintes de maladie mentale et se dégager des stéréotypes.

Ils doivent offrir des renseignements exacts et plus positifs et diffuser plus souvent qu'ils ne le font actuellement des reportages au sujet de personnes qui réussissent à gérer leur maladie, à accéder à un rétablissement et à mener une vie « normale ».

RÉSUMÉ

Pour le grand public, la source d'information la plus importante au sujet de la psychiatrie et de la santé mentale provient des medias.

Les études réalisées au cours de ces trente dernières années démontrent, de manière convaincante que les medias peuvent très largement et très profondément influencer les systèmes de croyance.

Les medias ont de tout temps eu tendance à reproduire et à renforcer les attitudes sociales négatives envers les personnes souffrant de troubles mentaux graves.

Se développe ainsi un processus circulaire où les opinions de la société et les messages délivrés par les medias se confortent à l'infini.

Prenant en compte l'influence des moyens de communication sur

les croyances et les préjugés du grand public, nous envisageons (au travers de quelques exemples) la possibilité pour les medias de jouer un rôle majeur dans la lutte contre la stigmatisation en délivrant des messages de nature à changer les opinions et les idées reçues.

Se pose alors la question d'une évolution de la culture des professionnels des medias et de celle des professionnels de la santé mentale.

Enfin, la collaboration étroite des usagers eux-mêmes apparaît indispensable dans la perspective de diffuser une information qui puisse rendre compte de la réalité du vécu de la maladie psychique.

MOTS-CLÉS : *Stigmatisation – auto stigmatisation – préjugés – medias – estime de soi.*

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Canadian Mental Health Association, Ontario Division : Final Report, Mental Health Anti-stigma Campaign Public Education Strategy, 1994.
- 2 NUNALLY J.C. Popular conceptions of mental health : Their development and change. New York : Holt, Rinehart et Winston, 1961 : 46.
- 3 Stuart H, Arboleda – Florez J. Community Attitudes Toward People with Schizophrenia. Canadian Journal of Psychiatry 2001 ; 46 (3) : 55-61.
- 4 LAMY RE. Social consequences of mental illness. J. Consult Psychol 1966; 30 : 450-5
- 5 THORNicroft G, BROHAN E, ROSE D, SARTORIUS N, MORVEN L. for the Indigo study group, "global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia : a cross-sectional survey. www.the lancet. com Published online january 21 2009
- 6 SCHEPER-HUGHES N. Saints, scholars and schizophrenics : Mental illness in rural Ireland. Berkeley : University of California Press, 1979 : 89.
- 7 SHAIN RE, PHILIPS J. The stigma of mental illness : Labeling and stereotyping in the news. In: Wilkins L, Patterson P, eds. Risk business : Communicating issues of science, risk and public policy. Westport, Connecticut : Greenwood Press, 1991.
- 8 BARNES RC. Mental illness in british newspapers (or my girlfriend is a Rover Metro. Psychiatric Bulletin 1993 ; 17 : 673-4.
- 9 GIORDANA J.Y – La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale – CPNCF ELSEVIER MASSON – 2010 – 241 P
- 10 MATAS M, el-Guebaly N, Peterkin A, et al. Mental illness and the media ; An assessment of attitudes to communication. Can J Psychiatry 1985 . 30 : 12-7.
- 11 ALLEN R, NAIRN R.G. Media depictions of mental illness : an analysis of the use of dangerousness. Aust N Z J Psychiatry 1997, 31 : 375-81.
- 12 MAGLI E, BUIZZA C, PIOLI R. Malattia mentale e mass-media : une indagine su un quotidiano locale. Recenti Prog Med 2004, 95 : 302-7.
- 13 NAIRN R, COVERDALE J, CLAASEN D. From source material to new story in New Zealand print media : a prospective study of the stigmatizing processes in depicting mental illness. Aust N Z J Psychiatry 2001, 35 : 654-9.
- 14 COVERDALE J, NAIRN R, CLAASEN D. Depictions of mental illness in print media : a prospective national sample. Aust N Z J Psychiatry 2002, 36 : 697-700
- 15 HAZELTON M. Reporting mental health : a discourse analysis of mental health-related news in two Australian newspapers. Aust N Z J Ment Health Nurs 1997, 6 : 73-86.
- 16 DAY DM, PAGE S. Portrayal of mental illness in Canadian newspapers. Can J Psychiatry 1986, 31 : 813-7.
- 17 CAROLI F. "Le Monde et la Schizophrénie » - Nervure – Tome XIV N° 5 juin 2001 Numéro spécial P7 – 17.
- 18 ANGERMEYER MC, DIETRICH S, POTT D, MATSCHINGER H. Media consumption and desire for social distance towards people with schizophrenia. Eur Psychiatry 2005, 40 : 391-5
- 19 GERBNER G, GROSS L, MORGAN M, et al. Health and medicine on television. N Engl J Med 1981 ; 305 : 901-4.
- 20 WILSON C, NAIRN R, COVERDALE J, PANAPA A. Mental illness depictions in prime-time drama : identifying the discursive resources. Aust N Z J Psychiatry 1999, 33 232-9.
- 21 ROSE D. Television, madness and community care. J Community and Appl. Soc. Psychol 1998, 8 : 213-28.
- 22 DIEFENBACH DL. The portrayal of mental illness on prime-time television. J Community Psychol 1997? 25 / 289-302.
- 23 DOMINO G. The impact of the film, "One flew over the Cuckoo's Nest", on attitudes toward mental illness. Psychol Rep 1983, 53 : 179-82
- 24 DAVID Michel – Les cahiers du journalisme N° 4 – janvier 1998

Auteurs correspondants :

Docteur Jean Yves GIORDANA
Centre hospitalier Sainte Marie – NICE
87, avenue Joseph Raybaud
CS 41519
06009 NICE CEDEX 1

Nancy CATTAN
JOURNALISTE MÉDICALE
3 avenue du Ray 06100 Nice
Docteur en Science de la vie, Nice.

LA STIGMATISATION DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE.

POURQUOI, COMMENT, QUELLES CONSÉQUENCES ET QUE FAIRE ?

PHARMACEUTICAL INDUSTRY TARGETED BY STIGMATIZATION. WHY, HOW, WHAT CONSEQUENCES EN WHAT TO DO?

Jean CREPLET

MEDICINES CONCERN EVERYONE. THEREFORE, THE AUTHOR, WHO WORKS IN THE PHARMACEUTICAL INDUSTRY, EXPLORES THE STIGMATIZATION OF THIS SECTOR AS A SOCIAL PHENOMENON. HE FIRST DISCUSSES THE FORMS OF STIGMATIZATION AND THE PREDISPOSING FACTORS. THEN HE CITES TWO EXAMPLES, THE ANTIHYPERTENSIVE AND PSYCHOTROPIC DRUGS. FINALLY HE DEVELOPS ANSWERS TO FOUR QUESTIONS: 1° HOW TO DISTINGUISH STIGMATIZATION FROM CRITICISM? 2° WHY STIGMATIZATION SEEMS TO INCREASE IN OUR CONTEMPORARY SOCIETY? 3° WHAT ARE THE CONSEQUENCES OF THE STIGMATIZATION? 4° HOW TO DEAL WITH IT ?

Key-words : Stigmatization – Drug industry – Ethics

Il est rare qu'un journal scientifique demande à des profanes de s'exprimer dans ses colonnes. pharma.be remercie donc la revue *Acta Psychiatrica Belgica* de lui permettre d'inviter ses lecteurs à partager quelques idées sur la stigmatisation de ceux que notre association représente en Belgique.

Comme ambassadeurs de l'industrie pharmaceutique de recherche, nous pensons important de réfléchir à ce qu'implique la stigmatisation pour pharma.be, pour les dirigeants des 140 entreprises membres et pour les plus de 32000 personnes qu'elles emploient dans notre pays. Au demeurant, la question ne se limite pas au secteur, elle s'étend aux patients et à toute la société.

INTRODUCTION

Le *Lancet* du 6 février 2010 contient une annonce exceptionnelle : la rétraction d'un article scientifique (The Editors of the Lancet, 2010). Andrew Wakefield et ses collègues avaient été à l'origine d'une longue controverse sur la sécurité du vaccin MMR (measles, mumps, rubella). Un livre raconte la stigmatisation des producteurs de ce vaccin à la suite de sa mise en cause dans l'autisme, crainte invalidée après de nombreuses études (Mnookin, 2011).

Cette histoire montre que la stigmatisation de l'industrie pharmaceutique existe et que, passionnelle comme toutes les stigmatisations, elle peut induire en erreur des milliers de personnes.

STIGMATISER, DE QUOI S'AGIT-IL ?

Le Petit Larousse illustré 2009 dit : « Flétrir, blâmer avec dureté et publiquement ».

Le Nouveau Petit Robert 1996 souligne l'outrance: « Noter d'infamie, condamner définitivement et ignominieusement. » La

stigmatisation se présente sous d'innombrables variantes allant du quasi normal au carrément délirant. Elle relève alors de la psychiatrie et notre réflexion s'arrête à cette frontière.

Ceci dit, nous ne pouvons nous retrancher derrière notre manque d'expertise en science du comportement pour éluder une question essentielle: et s'il y avait des actes à ce point critiquables qu'ils peuvent, si pas justifier la stigmatisation, au moins l'expliquer ? La réponse ne peut être que positive car il est évident qu'aucun secteur d'activité ne peut échapper aux errements de la nature humaine.

En mettant l'accent sur des vérités partielles sélectionnées pour leur connotation négative, les stigmatisateurs dénigrent le secteur qu'ils prennent pour cible sans faire l'effort d'un bilan complet. Il est plus facile de dénoncer les faiblesses des autres que d'analyser les avantages et les inconvénients de leurs produits ou, sujet plus sensible encore, de mettre en perspective les différentes responsabilités en cause dans les éventuels accidents de parcours.

Il ne s'agit donc pas de nier toute faute de la part de ceux que les stigmatisateurs attaquent mais d'essayer de comprendre cette attitude à charge totalement déséquilibrée qui caractérise la stigmatisation.

Par son côté radical et intolérant, elle pourrait justifier de vives réactions de la part de ceux qui en sont la cible et entretenir ainsi une stigmatisation en retour. Il est préférable d'analyser le phénomène et d'en examiner les conséquences tant pour l'activité visée que pour ceux qu'elle touche. Car la portée de la stigmatisation dépend de l'activité en cause et du nombre de personnes concernées. Pour l'industrie pharmaceutique, la liste est longue : les patients, les médecins, les soignants, les pharmaciens, d'autres intermédiaires et, particulièrement importants pour l'accès aux soins, les responsables des agences gouvernementales et de l'assurance-maladie. La liste s'étend même au delà car la santé préoccupe aussi les bien-portants qui contribuent au financement des soins. En fin de compte, la stigmatisation de l'industrie pharmaceutique ne peut laisser

personne indifférent, elle n'a pas de frontières et atteint même les organismes supranationaux.

Pour cette raison, nous l'aborderons comme un phénomène social. Face à l'image très négative projetée de lui par ses détracteurs, le secteur doit se demander comment réagir, non pas tant pour lui-même que pour sa mission envers les patients.

MÉTHODE

Cet article rend compte d'une expérience vécue et n'a aucunement la prétention d'exhaustivité d'une étude scientifique. A partir de 2004, devenu directeur médical de pharma.be, je me suis trouvé confronté à la stigmatisation dure, heureusement rare, sous formes d'attaques frontales. Ce n'est pas rien de découvrir le vrai visage de la stigmatisation, imprécateur et drapé dans ses certitudes, retranché derrière le refus d'écouter l'autre, condamnant d'avance. Ainsi, j'ai découvert que pour certains, parler avec quelqu'un de l'industrie, c'était déjà trop. Cette expérience d'abord déroutante, ressentie comme une exclusion, m'a ensuite encouragé à comprendre, à tenter le dialogue envers et contre tout et à lancer des pistes de réflexions au cours de débats ou dans la presse.

Cet article fait le point de ce travail. Je tiens à remercier tous ceux dont l'ouverture d'esprit y a contribué. Cet effort de réflexion me paraît plus que jamais nécessaire dans une société aux prises avec une crise profonde et dont, j'en suis convaincu, la stigmatisation de l'industrie pharmaceutique n'est qu'un révélateur parmi d'autres.

Les conclusions ne peuvent qu'être subjectives puisqu'elles émanent du choc de points de vue élaborés sous des contraintes et des enjeux fatallement différents mais focalisés en principe sur un même but : apporter des solutions concrètes aux besoins des malades. L'accès aux médicaments, leur coût, leur valeur thérapeutique et leur sécurité sont aujourd'hui abordés dans un climat fort agité par les conflits d'intérêts, les restrictions économiques et enfin les inévitables influences idéologiques et politiques pesant sur les décisions de santé. Rien ne sert de s'en plaindre, la vie est ainsi faite et ces tensions inhérentes aux relations humaines représentent un défi à relever. Mais ce défi n'est rien par rapport à celui du bon usage des techniques et des savoirs censés répondre aux problèmes très concrets d'un monde où l'évolution des ressources et de l'environnement joueront de plus en plus sur la santé.

LES FORMES DE STIGMATISATION

La stigmatisation peut prendre plusieurs formes, des plus passionnelles aux plus élaborées.

LES FORMES PASSIONNELLES DE STIGMATISATION

Un ami généraliste n'y va pas de main morte: « Tu peux raisonner en usant de tous les arguments rationnels possibles, tu rencontreras toujours un type de stigmatisation partageant les mêmes racines que l'intolérance et l'extrémisme. Certains patients me consultent en disant qu'ils ne veulent pas de médicaments et que les sociétés pharmaceutiques ne pensent qu'au fric. Tu ne les feras jamais changer d'avis. » Cette anecdote fixe les limites de ce que l'industrie pharmaceutique peut faire face à la stigmatisation. Elle doit moins s'occuper des stigmatisateurs que de sa propre mission et de sa manière de la remplir. Car toutes les activités ne prêtent pas le flanc de la même manière à la stigmatisation ni à ses diverses formes. Vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, une stigmatisation plus élaborée s'est développée à partir des années 2000, pour des raisons qui seront évoquées plus loin. Elle mérite toute notre attention.

LES FORMES ÉLABORÉES DE STIGMATISATION

Elles relèvent de la stigmatisation par le côté « anti » clair et net, mais la forme et le fond permettent indéniablement de qualifier cette stigmatisation d'élaborée.

La stigmatisation apparaît toujours dans le titre, sensationnel : « secrets, corruptions, vérité dévoilées, médecins et scientifiques achetés... ».

Des analyses très fouillées témoignent d'une connaissance indéniable du secteur et donnent d'abord l'impression d'une approche nuancée. Puis le ton se crispe, le stigmatisateur prépare un concentré d'erreurs, de fautes et de sombres complots pour justifier un verdict implacable.

LES FACTEURS PRÉDISPOSANT À LA STIGMATISATION

D'un point de vue général, les professions visibles, porteuses de grands enjeux et perçues comme très lucratives prêtent le flanc à la stigmatisation. La politique, les affaires, la finance, l'administration, les sports, le secteur pharmaceutique et d'autres encore partagent le « privilège » d'être une cible facile. Les difficultés propres à ces activités, les obstacles à surmonter, les divergences à négocier, les tensions à supporter, les talents, les efforts et l'obstination exigés pour persévérer, restent dans l'ombre.

LES FACTEURS PRÉDISPOSANT À LA STIGMATISATION DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

Par la nature même de sa mission, découvrir, produire et rendre accessibles des médicaments efficaces et sûrs,

l'industrie pharmaceutique remplit toutes les conditions pour être stigmatisée. Elle n'en fera jamais assez, l'impression d'un ralentissement des grandes percées après les succès accumulés pendant des décennies lui attire des reproches et en outre elle reste toujours suspecte de ne penser qu'à l'argent étant donné les moyens qu'elle doit mobiliser pour remplir sa mission. Loin de s'arranger, cette perception s'aggrave puisque les moyens nécessaires ne font qu'augmenter au fur et à mesure que les problèmes de santé à résoudre se compliquent. Cette conjonction d'une difficulté croissante de l'innovation thérapeutique et d'une explosion des investissements, l'une étant évidemment liée à l'autre, expliquent la montée des tensions, des déceptions, des malentendus et des conflits dont se nourrissent les stigmatisateurs.

Le secteur est visible: les agréments d'un produit pharmaceutique par les agences gouvernementales ou supranationales, les résultats des grands essais cliniques, la danse des cotations boursières au rythme des succès et des échecs, les effets secondaires tardifs et la bataille des prix occupent périodiquement la une des médias. Même ce qui est accusé d'être tenu secret arrive en première page.

Le secteur est porteur de grands enjeux: pour les patients, pour l'assurance-maladie, pour les médecins et les scientifiques dont il sollicite sans cesse l'expertise, pour les politiques sur lesquels il est accusé d'exercer un chantage à l'emploi et des pressions de toutes sortes.

Enfin, le secteur est perçu comme très lucratif: une perception correcte pendant quelques décennies, moins évidente aujourd'hui pour des raisons que les stigmatisateurs traitent superficiellement. Ils oublient de dire qu'au regard de l'évolution historique, les médicaments faciles (à nos yeux d'aujourd'hui, pas pour leurs inventeurs) ont déjà été trouvés. Certes, quand cela marche les rentrées financières suivent, mais elles doivent compenser les sommes engagées dans des impasses.

Le lecteur de tant de procès à charge peut se sentir ébranlé par les flots de dénonciations jusqu'à ce qu'il entre en terrain connu et prenne conscience que les stigmatisateurs eux aussi, peuvent se tromper. Cela m'est arrivé en abordant un essai clinique porté aux nues par ceux qui se veulent du côté des purs, à distance des industriels.

L'ÉTUDE ALLHAT

Le rêve d'une connaissance protégée des aléas de l'action concrète et de ses enjeux d'intérêts a débouché sur le concept de gold standard des études cliniques : un essai comparatif entre produits anciens et nouveaux, sponsorisé par des instances indépendantes. Cette précaution garantirait la sélection des meilleurs choix thérapeutiques dans une pathologie donnée. Les firmes doivent être écartées car elles biaisaient les protocoles des essais cliniques en faveur des médicaments nouveaux et plus chers. En toute logique, le fait d'être sans liens avec les

firmes garantirait l'absence de tels errements.

Je me suis toujours demandé par quel miracle la vérité scientifique et le label éthique pouvaient être décrétés et attribués d'avance à des individus ou des groupes sur la seule base des relations d'intérêts entre eux. En effet, cette pureté artificiellement construite fait perdre de vue le cœur de la question posée : la méthode, la solidité des données, les éléments vérifiables et les procédures visant à limiter les biais. ALLHAT montre combien les meilleures intentions de ceux qui prétendent fournir des données solides sur tous les plans, éthique et scientifique, peuvent amener à se tromper comme n'importe quel groupe industriel (Creplet et Ndebet, 2004).

Elle aura été un des rares exemples de ces études-mammouth (42000 patients) comparant plusieurs produits actifs.

Aussitôt publiée, elle a suscité dans la littérature scientifique une controverse énorme entre les pros et les contra.

Les pros concluent que les bons vieux diurétiques, nettement meilleur marché, se révèlent également plus efficaces que les anticalciques et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, médicaments plus récents et plus chers.

Je me suis trouvé du côté des contra en écrivant avec un cardiologue camerounais un article sur la question (Creplet et Ndjebet, 2004). Avoir un co-auteur africain n'était pas indifférent dans cette dispute. En effet, une critique majeure de l'étude ALLHAT a été l'inclusion d'hypertendus afro-américains privés de diurétiques pris antérieurement. Ce sous-groupe important, traité uniquement par un inhibiteur de l'enzyme de conversion, a eu 40% d'accidents vasculaires cérébraux en plus que ceux traités par diurétiques... Or, il était connu au moment de la conception du protocole que les diurétiques sont plus efficaces que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion chez les patients afro-américains. Les diurétiques ont donc été déclarés vainqueurs au terme d'une prophétie autoréalisatrice. Par contre, la vraie question, savoir si l'association des diurétiques et de l'inhibiteur de l'enzyme de conversion avait plus de valeur, n'a pas reçu de réponse. ALLHAT reproduit une bonne partie des biais reprochés par les stigmatisateurs aux études sponsorisées par les firmes. Les afro-américains, privés de diurétiques pourtant déjà connus comme meilleurs pour eux, ont payé leur participation à l'étude de sérieuses complications.

L'erreur scientifique s'est donc doublée d'une erreur éthique. Manifestement, la mise en avant de la position d'investigateur public au service des patients (par opposition à celle du chercheur sponsorisé par des industriels qui ne penseraient qu'au profit) ne protège ni de la dérive éthique ni de l'erreur scientifique. En miroir des firmes accusées de lucratif, le payeur labellisé honnête et désintéressé parce que public, encourt le reproche de favoriser le moins cher. Le débat a donc été marqué par une controverse à ce point passionnelle qu'elle occultait les questions scientifiques posées par ALLHAT. Au terme de notre analyse, nous parlions d'une « erreur idéologique » à éviter: « se satisfaire de préjugés conférant plus d'objectivité à un groupe humain qu'à un autre. L'objectivité scientifique ne caractérise

pas les individus ni les groupes ni les relations entre eux, mais la manière dont ils analysent ensemble les problèmes auxquels ils sont confrontés.

Repenser les rapports entre cliniciens et trialistes, organismes privés et organismes publics, et le financement des études: voilà le principal défi d'une communauté médicale en quête d'objectivité. »

L'EXEMPLE DES PSYCHOTROPES ET, PLUS PARTICULIÈREMENT, DES ANTIDÉPRESSEURS.

Les antidépresseurs sont une cible classique des stigmatisateurs de l'industrie pharmaceutique. Je traite le sujet avec moins d'expertise que le précédent. Néanmoins, comme généraliste de 1972 à 1977 puis comme cardiologue clinicien, j'ai été confronté à la dépression de nombreux patients. La fréquentation des commissions de remboursement sur le banc des médecins avant 2004, sur celui de l'industrie pharmaceutique (sans droit de vote) par la suite, m'a plongé dans le débat au niveau de l'assurance maladie et de la santé publique.

Voici en résumé ce que j'ai retenu des accusations des stigmatisateurs à propos des psychotropes, essentiellement les médicaments de l'attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD), de la dépression et des troubles psychotiques.

Les firmes feraient tout pour:

- Élargir le concept de trouble psychologique
- Donner l'impression d'un sous traitement de ces troubles
- Favoriser l'extension des indications à d'autres situations pathologiques
- Masquer les effets secondaires
- Pousser des consommations excessives.

Ces accusations s'étendent aux psychiatres en dénonçant le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) publié par l'APA (American Psychiatric Association). Pour ses détracteurs, il s'agit d'une entreprise de transformation des inconforts et des problèmes d'adaptation à la vie courante en maladies. A lui seul le DSM, une marque de l'APA, est une source de profits importants pour cette association et fait l'objet d'attaques sur le thème des conflits d'intérêts.

Que disent les stigmatisateurs ? Ils considèrent que le DSM répond plus aux besoins de l'industrie qu'à ceux des malades. Le professeur David Healy, personnalité connue pour ses critiques sur l'emploi des antidépresseurs a été invité en Belgique à la réunion de consensus du 31 mai 2007 organisée par l'administration des soins de santé (INAMI) avec pour thème « l'usage efficient des antidépresseurs dans le traitement d'indications autres que les troubles dépressifs ». Après sa propre analyse des risques de suicide chez les enfants et les adolescents, il ne mâche pas ses mots contre la partialité de la littérature venant des firmes et la faiblesse des milieux

académiques dans la défense de leur liberté (Healy, 2007).

Pour lui, le risque de suicides sous antidépresseurs existe, un avis qui reste très controversé.

Voici deux sources sur le sujet.

Au cours d'un méta-forum organisé par la K.U.L. (http://www.kuleuven.be/metaforum/docs/pdf/wg_1_n.pdf), une revue détaillée du problème montre que le débat sur le risque suicidaire n'est pas tranché. Même si le suicide est très éloigné de ma spécialité, au hasard des anamnèses, des patients m'ont rapporté des cas vécus, événements qui marquent fortement la mémoire. Par ailleurs, vu le nombre de médicaments que prennent les patients, j'ai pris l'habitude de demander à ceux qui ont un antidépresseur pourquoi ils le prennent et s'ils se sentent mieux depuis. J'ai souvent été frappé par la demande insistante d'être aidé par un moyen simple et direct comme une pilule. Il n'est pas évident de savoir comment cette demande influence l'appréciation du résultat, particulièrement difficile à objectiver en ces matières. Mais si une pilule marche, pourquoi pas ? Les stigmatisateurs peuvent dire ce qu'ils veulent, cette demande existe. Rien n'empêche d'ailleurs d'apporter des méthodes alternatives.

La recherche de la complémentarité des méthodes importe plus que leur opposition. Et surtout, le souci de leur évaluation la plus exacte possible devrait favoriser un usage optimal des unes et des autres. Une revue a été publiée récemment dans le Lancet (Thapar et al, 2012). La question de la supériorité d'un type de traitement reste non résolue. Le débat de la pilule contre le divan, de la pharmacologie contre la psychothérapie reste ouvert. Faut-il d'ailleurs opposer les méthodes si abruptement ? Paroles et pilules ont toutes deux leur place dans le traitement des troubles psychiques. Enfin, cet article du Lancet considère aussi que le risque suicidaire lié aux antidépresseurs n'est pas clairement démontré.

Rappelons qu'en Belgique le régulateur a décidé dans le sens de la prudence quant à l'usage des antidépresseurs chez les enfants et les adolescents (Centre belge d'information pharmacothérapeutique, 2012).

DISCUSSION

Sans prétendre épuiser le sujet, quatre questions émergent.

- 1° En quoi la stigmatisation se distingue-t-elle de la critique ?
- 2° Pourquoi la stigmatisation semble-t-elle augmenter dans la société contemporaine ?
- 3° Quelles sont les conséquences de la stigmatisation ?
- 4° Comment les stigmatisés doivent-ils réagir à la stigmatisation ?

1° EN QUOI LA STIGMATISATION SE DISTINGUE-T-ELLE DE LA CRITIQUE ?

Il ne faut évidemment pas confondre stigmatisation et critique ouverte, attitude à la base des rapports entre personnes libres et responsables dans une société démocratique. La stigmatisation contre l'industrie pharmaceutique a indéniablement trouvé de quoi s'alimenter dans des imperfections parfois criantes. Il n'y a là rien de surprenant. Œuvre humaine, l'industrie pharmaceutique ne peut être parfaite. Il n'y a aucune raison qu'elle échappe à la critique. Mais la stigmatisation elle aussi est une œuvre humaine. Nous avons vu qu'en dépit de leurs bonnes intentions, les stigmatisateurs peuvent se tromper. Il convient de nous focaliser sur la frontière entre critique et stigmatisation.

Les stigmatisateurs prennent une posture d'exclusion d'eux-mêmes et des autres qu'ils mettent à l'écart en les marquant des stigmates d'une imperfection humaine dont ils seraient préservés. Ils s'érigent en juges d'entreprises avec lesquelles ils se targuent de ne pas vouloir de liens tant ceux qui y participent seraient infréquentables à leurs yeux. Ainsi, des institutions imposeraient de refuser tout contact avec des représentants des firmes pharmaceutiques : ni rendez-vous avec les délégués, ni soutien des firmes à des séances de formation. Ma réaction à de telles attitudes est la suivante : quand dans une société, des groupes en décrètent d'autres a priori infréquentables, le ver de l'intolérance est dans le fruit. Cette analyse ne va pas de soi car sous sa forme élaborée, la stigmatisation se fait passer pour de la critique avec preuves à l'appui pour s'ériger ensuite en une œuvre de moralisation. Mais les stigmatisateurs se fondent sur la dénonciation des autres, tout en s'excluant eux-mêmes au balcon, loin des bruits du monde, pour lancer leurs imprécations. Cette double exclusion, du stigmatisateur lui-même au balcon, et de ses cibles dans les dures réalités de la recherche ou de l'aide aux malades, caractérise la stigmatisation. Par cette posture même, les stigmatisateurs refusent de prêter attention aux arguments de leurs cibles. Loin de permettre le débat, ils le bloquent ou le stérilisent. Le lecteur pourrait trouver cette phrase quelque peu stigmatisante à son tour. La stigmatisation serait-elle contagieuse ? Non, il n'y a là aucune fatalité, comme le lecteur pourra le découvrir dans les conclusions.

2° POURQUOI LA STIGMATISATION SEMBLE-T-ELLE AUGMENTER DANS LA SOCIÉTÉ CONTEMPORAINE ?

Deux types de forces favorisent la stigmatisation, les premières techniques, les secondes symboliques. Les développements des techniques de communication font circuler les informations avec une vitesse et une étendue jamais atteinte au cours de siècles précédents. Chaque jour apporte une masse d'affirmations très difficilement vérifiables en matière de santé. Sur le plan symbolique, les sources pulsionnelles que sont les peurs et les désirs ouvrent un champ infini de réactions traduites en discours dont les plus extrêmes surnagent mieux que les longues explications. Dans un monde où se faire entendre détermine en grande partie vos revenus, il n'est pas étonnant

que la stigmatisation suscite des vocations. Mais l'avocat du diable répondra que si les activités visées par les stigmatisateurs mobilisent beaucoup d'argent, ces derniers peuvent au moins en gagner un peu !

3°QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DE LA STIGMATISATION ?

A première vue, en s'arrogeant une posture de gardiens de la vertu, les stigmatisateurs monopolisent le débat, clamant leur verdict et donc, bloquent le dialogue.

A y regarder de plus près, il y a des conséquences plus graves. La stigmatisation sape la confiance de millions de gens dans les traitements qui leur font du bien et les médecins qui les leurs prescrivent. Enfin, grande faiblesse des stigmatisateurs, par leur outrance ils esquivent les réflexions de fond sur le malaise contemporain évoqué ci-dessus. En accusant les firmes pharmaceutiques de ne plus chercher que ce qui rapporte, les stigmatisateurs n'expliquent pas pourquoi par exemple un vaccin nous libérant du SIDA ou de la malaria n'existe pas encore. Ils ignorent le fait que les profondeurs du vivant nous révèlent aujourd'hui un monde d'une complexité sans commune mesure avec les premières couches explorées aux débuts de l'industrie pharmaceutique. Ces nouveaux efforts appellent des investissements énormes sans aucune certitude de réussite. Une telle situation exige de mettre tout le monde autour de la table, sans exclusion.

4° COMMENT RÉAGIR À LA STIGMATISATION ?

Les entrepreneurs de la recherche pharmaceutique n'ont pas le choix : garder la tête froide. Ils doivent oser accorder aux stigmatisateurs ce que ceux-ci leur refusent : les écouter, les lire et analyser leurs discours. Tout à ses succès, le secteur pharmaceutique n'a sans doute pas assez communiqué avec le public par le passé. Aujourd'hui, que sa mission se heurte à une complexité technique, juridique, économique et politique forçant à innover dans tous ces domaines, un effort d'explication et de transparence s'impose. Il ne suffit pas de dire que le secteur pharmaceutique est déjà le plus encadré par les autorités, il faut aussi faire connaître simplement au public le plus large les embûches et les contraintes de la mise au point de nouveaux traitements.

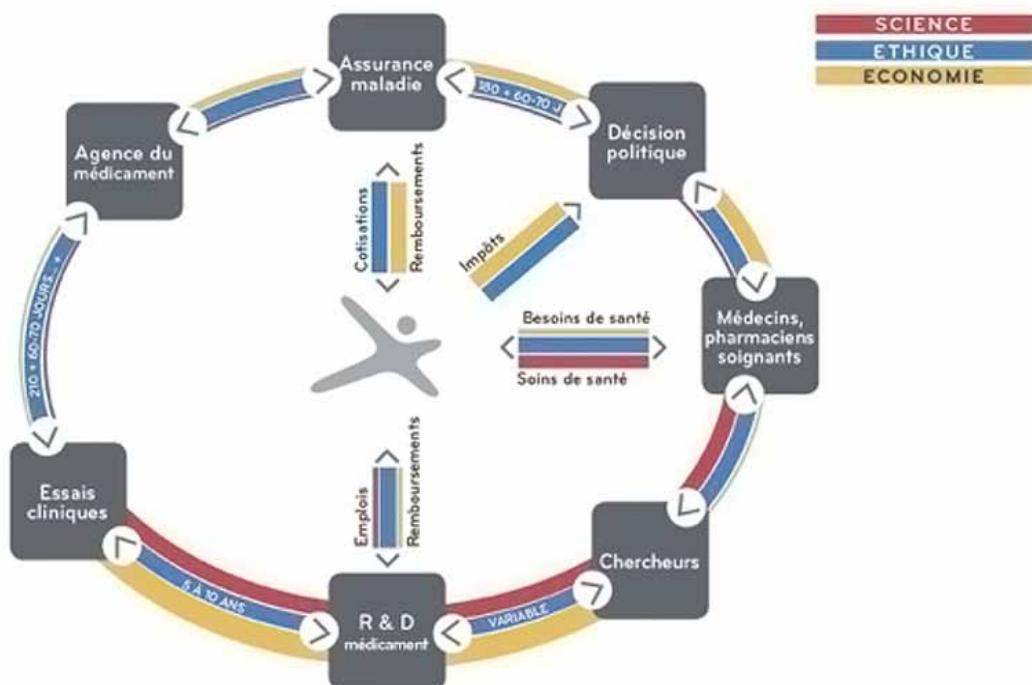
Par ailleurs, vu les sommes engagées dans les essais cliniques et le soutien à la formation continue des médecins, jeter la suspicion sur les relations entre l'industrie pharmaceutique et les chercheurs ou les professionnels de la santé est facile.

Sur ce point aussi, l'industrie a pris les devants. En Belgique, des initiatives comme Mdeon (<https://www.mdeon.be/fr/?redirected=1>) sur l'organisation d'activités scientifiques avec les prestataires de santé, la charte signée par toutes les entreprises membres de pharma.be et le code de déontologie (http://www.pharma.be/assets/files/940/940_129872487706417497.pdf) traduisent la volonté du secteur de clarifier ses relations avec le monde médical et scientifique.

Le défi de l'intégrité concerne tout le monde. Chacun sait très bien ce que l'honnêteté veut dire, encore faut-il se convaincre les uns les autres de l'honnêteté de chacun. La recherche des preuves d'honnêteté s'avère d'autant plus ardue pour les entrepreneurs de l'innovation pharmaceutique que les bonnes paroles et les slogans demandent beaucoup moins de compétences, de persévérance et d'argent que la recherche de réponses aux besoins des malades. Car, en fin de compte, l'industrie pharmaceutique doit revenir sans cesse à eux, les premiers concernés par sa mission.

En regardant tous ceux qui à un titre ou l'autre s'occupent d'eux, l'exclusion des firmes pharmaceutiques prônées par certains stigmatisateurs ne tient pas la route. Les membres de pharma.be s'inscrivent dans un cycle de responsabilités où tous les individus et les groupes constituant la société apparaissent.

Figure 1 Le cercle des responsabilités du médicament



Légende

Cette figure met en évidence les interactions entre les individus et les groupes concernés par le médicament. Elle montre que la position de retrait qui implique la stigmatisation n'est pas tenable, ni dans le chef du stigmatisateur qui se retranche dans sa pureté, ni pour les industriels qu'elle prétend mettre à l'écart des analyses sur leurs médicaments. Chacun, à l'un ou l'autre titre, est impliqué dans les aspects scientifiques (rouge), éthiques (bleu) et économiques (jaune) des discussions sur les soins de santé et donc, du médicament. L'éthique est entendue au sens large, avec ses implications en termes juridiques et politiques. Les chiffres en jours indiquent les délais des procédures de remboursement du médicament en Belgique.

Ce cercle met en évidence l'enchaînement des responsabilités entre tous les groupes actifs autour du patient. Les trois couleurs montrent que chacun, à un titre ou l'autre, participe aux trois

aspects de toute discussion sur le médicament : rouge pour la science, bleu pour l'éthique, jaune pour l'argent. La caricature du tout profit a fait oublier la véritable fonction de l'argent dans la société. Il représente un équivalent universel de la valeur accordée aux comportements des hommes les uns envers les autres à la grande échelle d'échanges mobilisant un large éventail de talents et de responsabilités.

CONCLUSION

La nécessité de conclure fait surgir à l'esprit toute la puissance de la stigmatisation. En n'offrant aucune ouverture aux industriels objet de leurs attaques, les stigmatisateurs ne leur laissent qu'une possibilité : être meilleurs.

Au moment de conclure, surprise : la stigmatisation se révèle un aiguillon salutaire. Au point même de remercier ses adeptes même s'ils préfèrent l'invective au balcon que les tâches concrètes comme les soins aux malades, les travaux de laboratoires ou la production dans les usines. Car force est de reconnaître que leurs discours, mêmes outranciers, incitent chacun à se garder des excès liés aux passions, aux illusions et aux intérêts suscités par l'espoir fou d'une vie totalement confortable, d'une santé absolue et d'un bonheur géant. Tout cela se passe dans un climat de démesure bousculant une société de consommation héritée du développement très rapide qu'a connu l'humanité depuis quelques minutes sur la durée de son existence.

La coopération entre des praticiens des sciences et des techniques au sein de grands groupes a permis de transformer la vie de milliards d'êtres humains depuis l'après-guerre. Dans cette société qui redécouvre le doute et reste confrontée à d'énormes problèmes après les trente glorieuses, les motifs de dénoncer ou de stigmatiser ne manquent pas.

C'est la grandeur des entrepreneurs pharmaceutiques de relever ce défi et de prendre une part active aux efforts que les mutations en cours exigent.

RÉSUMÉ

Partant du constat que le médicament concerne tout le monde, l'auteur, actif dans le secteur pharmaceutique, se penche sur la stigmatisation de ce dernier considérée comme phénomène social. Il passe en revue les formes de stigmatisation et les facteurs prédisposant avant d'évoquer deux exemples, les antihypertenseurs et les psychotropes. Enfin il tente de répondre à quatre questions : 1° En quoi la stigmatisation se distingue-t-elle de la critique? 2° Pourquoi la stigmatisation semble-t-elle augmenter dans la société contemporaine? 3° Quelles sont les conséquences de la stigmatisation ? 4° Comment réagir à la stigmatisation?

MOTS-CLÉS : *Stigmatisation – Industrie pharmaceutique – Ethique*

SAMENVATTING

Omdat iedereen op een of andere manier met geneesmiddelen in contact komt, bekijkt de auteur de stigmatisering van de farmaceutische sector, waar hij zelf werkt, als een maatschappelijk fenomeen. Hij overloopt alle vormen van stigmatisering en de factoren die er aanleiding toe geven. Zijn standpunt verduidelijkt hij verder aan de hand van twee concrete voorbeelden, namelijk overwegingen rond antihypertensiva en psychotrope middelen. Tot slot zoekt hij een antwoord op vier vragen: 1. Wat is het verschil tussen stigmatisering en kritiek? 2. Waarom komt stigmatisering in onze huidige maatschappij steeds meer voor? 3. Wat zijn de gevolgen van stigmatisering? 4. Hoe kan men op stigmatisering reageren?

RÉFÉRENCES

- Centre belge d'information pharmacothérapeutique. Antidépresseurs in Répertoire commenté des médicaments, 2012, p.299-300.
- Creplet J. et Ndjebet J., Les pièges de l'Evidence based Medicine : l'exemple de ALLHAT, *Magazine des Géms*, 40, p.17-23 (2004).
- Healy D., Réflexions sur les limites des indications et utilisations des antidépresseurs en dehors des troubles dépressifs, in INAMI (ed), Réunion de Consensus 31-5-2007, p.1-11.
- Mnookin S., *The panic virus - A true story of Medicine, Science, and Fear*, Simon & Schuster, 2011.
- Thapar A., Collishaw S., Pine D.S., Thapar A.K., Depression in adolescence, *Lancet*, 379, p.1056-1067 (2012).
- The Editors of The Lancet, Retraction-Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children, *Lancet*, 375, p.445 (2010).

Auteur correspondant :

Jean CREPLET

CARDIOLOGUE

Directeur médical de pharma.be

Chaussée de La Hulpe 166

1170 Bruxelles

« LA MONSTRUOSITÉ SUR LA PLACE PUBLIQUE – SANTÉ MENTALE ET INSÉCURITÉ »

MONSTROSITY IN THE PUBLIC PLACE - MENTAL HEALTH AND INSECURITY

Xavier MALISOUX

INTRODUCTION

L'actualité s'est vue alimentée ces dernières années par plusieurs drames hautement médiatisés – pour la Belgique, faut-il rappeler la tuerie de Termonde et précédemment, les affaires G. Lhermitte et L. Storme – dévoilant une violence horriante et dépassant la tolérance commune. Ces sombres récits, aussi exceptionnels qu'incompréhensibles, ont infiltré les foyers jusqu'à pénétrer profondément l'intimité de chaque citoyen, laissant constater à quel point la frontière délimitant la sphère privée de celle publique est ténue et complètement perméable aux canaux modernes de communication. La sur-médiatisation d'un évènement, qu'il soit dramatique ou autre, suscite presque inévitablement l'emballement de l'élan émotionnel populaire. La manière dont les médias s'emparent d'une information ou traitent d'un phénomène particulier induit presque inévitablement un effet de « loupe » sur le sujet abordé. Mais la lentille grossissante des médias n'a rien à voir avec le microscope précis et lumineux du spécialiste. Le faisceau médiatique est lui bien souvent déformant, simplificateur et voilé par l'a priori et l'empressement sensationnaliste. Et il semble que cela soit d'autant plus vrai lorsque l'on touche à certaines thématiques particulièrement sensibles pour les citoyens : la mort, l'injustice, la violence contre les faibles, l'imprévisibilité, mais aussi la déviance, l'inconnu, la folie – parfois meurtrière – c'est-à-dire tout ce qui fait difficilement sens et que l'on nomme communément impensable. Ces choses sombres, il est vrai douloureusement acceptables, saisissent l'Homme dans sa fragilité d'Être. Précisons d'emblée qu'elles touchent désormais les individus d'une société particulière, souvent qualifiée de postmoderne¹, et qui a vu s'opérer un changement de statut en ce qui concerne la santé mentale et plus précisément la souffrance psychique.

Nous pensons qu'il est pertinent de mettre ce changement de statut social de la santé mentale en perspective avec l'inflation des préoccupations sécuritaires visant les troubles psychopathologiques. Cette hypersensibilité, voire cette intolérance, à la prétendue dangerosité des malades mentaux semblent se nourrir de la confusion entre d'une part, le sentiment de sécurité qui est une notion intime, intrinsèque au développement psychoaffectif de chacun et d'autre part, la notion de sûreté, qui elle invite à une réflexion sur la fonction étatique, garante de la sécurité civile des citoyens (Robin, 2010). La peur du manque de contrôle sur les contingences de la vie relèverait ainsi d'une étrange aliénation postmoderne (Castel, 2011).

Par ailleurs, l'essor des sciences et des technologies, laissant présager d'un avenir sociétal sans borne, confronte à l'incertain. Du gigantisme industriel et métropolitain à la diformité mise en lumière par les sciences microscopiques, notre capacité à penser les limites du monde et de l'humain semble taraudée. Parallèlement, les repères éthiques et moraux se brouillent. Le relativisme culturel normalise l'atypique. Les marges sociales s'affinent à mesure que la singularité devient conforme, voire commune. Paradoxalement, l'éloge de la différence et de l'individualisme – érigéant en valeur suprême l'Individu et l'égalité entre chaque Homme – produit du même et du nihilisme. Ainsi, la déviance s'affirme comme potentialité commune, faisant du déviant un semblable. Dans ce contexte, la doxa populaire s'empare de faits divers hors du commun, mêlant émotions saisissantes et sentiment d'insécurité, comme pour asséner une frontière au tolérable. Par un glissement de signifiant, elle transforme ainsi l'impensable en monstrueux, et l'auteur en monstre.

Partant du constat que les notions de dangerosité, d'insécurité publique, et de santé mentale s'entremêlent maladroitement, sous le coup de l'émotion, nous allons tenter d'éclaircir la confusion qui s'installe au sujet et aux dépens des usagers des services de santé mentale. Cela nous semble impératif car ces derniers risquent de s'en retrouver stigmatisés, murés dans une condition de fous « désaxés », et fustigés d'un potentiel de dangerosité hautement surévalué. Sur la scène publique, inondée de *mass media*, on exhibe désormais le balai judiciaire par lequel et plus que les autres, le criminel présentant des troubles psychiatriques est sévèrement puni, tant pénalement

¹ Pour un approfondissement de ce terme, nous revoyons le lecteur intéressé à l'ouvrage de Guy Bajot « *Le changement social – Approche sociologique des sociétés occidentales contemporaines* », Armand Collin, coll.

Cursus – sociologie, 2003.

que socialement. Sans doute l'opportunité est-elle trop belle pour les pouvoirs publics de réaffirmer avec force que la sécurité publique reste bien un enjeu déterminant de nos sociétés. Mais n'y a-t-il pas là à explorer un contentieux entre l'idéologie postmoderne d'autonomie et d'individualisme qui anime notre société, le sentiment d'insécurité ambiant, et les difficultés psychosociales que rencontrent une partie non négligeable de citoyens ?

DE LA MONSTRUOSITÉ

La notion de monstruosité n'est pas aisée à cerner. Autant du point de vue physique elle demeure relativement facile à débusquer – les monstres sont ces êtres dont la conformation révèle des anomalies graves et des altérations par rapport à la norme anatomique, sujet d'étude de la tératologie – autant de multiples questions jaillissent dès lors que l'on tente de considérer la monstruosité morale. Le caractère de ce qui est monstrueux relève du glissement entre deux acceptations, l'une descriptive et l'autre normative. L'hésitation qui porte sur ces êtres est fondamentale : monstruosité ou monstrueux (Canguilhem), impossible ou interdit (Foucault), ou bien sont-ils les deux à la fois ? Comment se détermine la monstruosité morale ? Dans quelle mesure et sous quelles conditions l'écart par rapport à la norme morale peut-il être toléré dans notre société ? Quels sont les déterminants dans notre société du supportable et de l'insupportable ? Quelles sont les frontières de la monstruosité morale, et les seuils admis de tolérance ? C'est alors le champ des « monstres sociaux » qui se donne à notre réflexion car ils ne sont désignés comme tel qu'en vertu d'une représentation sociale qui les qualifie de la sorte. Ainsi, ce sont les modalités de la construction sociale du monstre qu'il faut saisir. Quel est le statut conféré à l'être monstrueux, quelles sont les stratégies sociales qui l'entourent ? Il nous semble opportun de souligner l'actualité des questions posées à la société par le « monstre criminel ». Du pervers psychopathe au tueur psychotique, l'opinion publique, à grand renfort d'évidences médiatiques, a vite fait d'épingler au pilori judiciaire ces individus qu'elle n'assume pas comme appartenant à la société des Hommes.

LA BANALITÉ DU MONSTRE

L'étymologie du mot « monstre » nous révèle le caractère scopique de la chose. Une première racine serait le verbe latin *monstrare* qui signifie montrer, indiquer. Une autre étymologie renverrait à la racine latine *monstrum*, *monere* qui signifie présage, avertir. Cela suppose que le mot désignait à l'origine un phénomène que l'on donne à voir à la foule pour la prévenir, l'avertir de ce qu'elle méconnaît. Il avait une valeur

monitoire autant que pré-monitoire. Le monstrueux est donc un phénomène qui doit être vu comme pour sceller son existence dans la conscience des individus.

Croire aux monstres imaginaires des récits fantastiques ou cauchemardesques n'est pas (n'est plus) suffisant. Il y a un impératif de voir le réellement monstrueux comme pour s'en prémunir. Ce rôle est aujourd'hui en quelque sorte dévolu aux médias. Canguilhem (1965, pp. 219 et 221) disait que « l'existence des monstres met en question la vie quant au pouvoir qu'elle a de nous enseigner l'ordre. (...) C'est assurément le sentiment confus de l'importance du monstre pour une appréciation correcte et complète des valeurs de la vie qui fonde l'attitude ambivalente de la conscience humaine à son égard. Crainte (...) et même terreur panique d'une part. Mais aussi, d'autre part, curiosité, et jusqu'à la fascination. Le monstrueux est du merveilleux à rebours, mais c'est du merveilleux malgré tout. D'une part il inquiète : la vie est moins sûre d'elle-même qu'on n'avait pu le penser. D'autre part, il valorise : puisque la vie est capable d'échecs, toutes ses réussites sont des échecs évités ». Nous nous questionnons alors sur ce qui n'a pu être évité par ces jeunes gens d'apparence normale, ces élèves « sans histoire », de bonne famille, pour qu'ils en viennent à tuer massivement, froidement (en apparence), avant de mettre un terme à leur existence. On se questionne sur la motivation de mères dévouées, banalement inoffensives et pourtant infanticides. On n'ose à peine songer aux grands méchants rôdeurs, pédophiles ou violeurs, que rien ne permet d'écrouer préventivement tant les signes de leur déviance sont noyés dans une « enveloppe » ordinaire.

Ce qu'il y a peut-être de plus inquiétant dans les monstres sociaux d'aujourd'hui, par rapport aux monstres enchantés d'autre fois, c'est qu'ils se banalisent en déviance, en monstruosité quotidienne. Le monstre se révèle « d'autant plus monstrueux qu'il est plus quotidien, d'autant plus inquiétant qu'il ne se tient plus aux bords de l'écoumène, mais parmi nous, qu'il est plus proche de la normalité, et parfois hypernormal : *the guy next door* »². Cela nous saute à la gorge lorsque, face caméra, le criminel est révélé au grand public. Loin de l'archétype du monstre sanguinaire qui porte sur son visage, au plus profond de ses traits, la vilenie de ses actes, le monstrueux criminel ressemble bien souvent à un homme tristement banal. La discordance entre la monstruosité des actes commis et l'apparente normalité de leur auteur lui confère un caractère d'autant plus effroyable. Comment pouvons-nous alors différencier le monstrueux criminel de l'honnête citoyen ? C'est à cette réalité que nous confronte la notion de « banalité du mal » d'Annah Arendt (1963). Ce concept nous impose l'idée que l'inhumain se loge en chacun de nous. Des dispositions psychoaffectives et des conditions familiales et sociétales

² Extrait de l'Argument à la Journée de Psychiatrie du Val de Loire « Déviances – du difforme au monstrueux », par la Professeur J.-B. Garré, le 7 juin 2008.

particulières nous révèlent parfois à nous-mêmes de manière inopinée, impromptue.

VIOLENCE DANS LE LIEN SOCIAL

Dès l'aube de la petite enfance et jusqu'à la mort, nous sommes animés par des pulsions de natures diverses. L'agression, la destructivité, la cruauté entre autres animent notre dynamique psychique. Ces pulsions sont plus ou moins bien canalisées selon des modes d'expression extrêmement divers et jouissent ainsi de destins multiples. Le passage à l'acte (*acting out*) est l'un de ceux-ci. Sa singularité tient au fait qu'il correspond dans la grande majorité des cas à un mélange d'auto et d'hétéro-agressivité. Agir violemment contre l'Autre et s'exposer ainsi à la sanction sociale recèle une dimension auto-agressive certaine. Cela correspond aussi une manière de se mettre en contact, de buter contre l'Autre afin de se rassurer de sa présence, mais aussi de sa propre « signification ».

Si nous postulons l'existence d'une réciprocité entre le mal-être individuel et la souffrance sociale, nous pouvons avancer l'hypothèse suivant laquelle la violence intrapsychique viendrait répondre dans une certaine mesure à une tension sociétale. De nombreux cliniciens, qu'ils soient psychiatres ou psychologues, envisagent l'évolution des principaux tableaux cliniques jusqu'à avancer l'hypothèse de nouvelles pathologies, à l'aune des effets de la modernité sur les modes de subjectivité. La « dissociété » (Généreux, 2011) qui caractérise l'élan néo-libéral de nos sociétés ne viendrait-elle pas peser davantage sur des individus fragilisés tant psychiquement que affectivement, agissant leurs doutes pour ne plus les penser ? Par ailleurs, le mode de vie concurrentiel que tend à imposer l'idéal libéral ne serait-il pas, dans une certaine mesure, responsable de l'ambiance générale d'insécurité psychosociale que de nombreux cliniciens, sociologues ou philosophes dénoncent ? A notre sens, cette insécurité se propagerait par résonance d'un pôle collectif désolidarisé à un pôle individuel fragilisé par l'injonction « d'auto-engendrement social » et par le mirage de « l'égalité d'opportunité ». En effet, dans une société où les individus sont sommés d'entrer dans la compétition et où l'égalité hisse chacun au rang de semblable, l'inégale distribution des moyens d'agir sur son existence (habiletés relationnelles, capacités cognitives, compétences sociales) induit de *facto* une sur-responsabilisation individuelle (Ehrenberg, 2010) autant qu'un sentiment d'injustice. Nous distinguerons ici deux types d'injustice (Ducommun-Nagy, 2006). D'une part, l'injustice « distributive » qui correspond à l'inégalité du sort de chacun. D'autre part, l'injustice « rétributive » qui s'apparente à un défaut de réciprocité dans la balance entre les devoirs qu'un individu assume au sein d'un groupe donné (respecter les lois, se former, travailler, cotiser, ...) et ses attentes propres à l'égard de ce dernier (sécurité de l'emploi, solidarité sociale, stabilité financière, ...). Suivant notre argument, la première forme d'injustice serait niée par la culture ambiante en même temps que la seconde serait elle exacerbée sous l'effet de l'incertitude

socio-économique. Ainsi, c'est « l'éthique relationnelle » (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984) des transactions entre l'individu et la société qui est rendue caduque. Nous pensons que les conséquences de cette faillite sociale se marquent en retour à travers les défauts de citoyenneté (réciprocité négative) et les incivilités à l'encontre de tiers (légitimité destructive). Il s'agit là d'une dimension nouvelle de la violence dans le lien social qui se répercute inévitablement au niveau individuel avec d'autant plus d'ampleur que la situation est par ailleurs déjà rendue précaire par le concours de nombreux facteurs psychosociaux.

La référence à l'autonomie comme valeur phare de nos sociétés semble se généraliser, notamment à travers le désir d'autoréalisation de soi – disposer de soi-même – et de liberté de choix – l'infini des possibles. Parallèlement à cette manière nouvelle d'*agir* en société, nous pouvons constater l'émergence de nouvelles dispositions à *subir* en société. Le malaise commun rejoint le mal-être individuel à travers la généralisation d'un « langage de l'adversité », c'est-à-dire une représentation sociale de la souffrance psychique (Ehrenberg, 2010). Ainsi, l'anonymat qui dévore notre société depuis quelques décennies n'instaure-t-il pas une ambiance propice à légitimer, voire à « normaliser » le mal-être psychique ? La normalisation d'une telle dimension à l'échelle sociale est comparable à un voile déposé sur la souffrance individuelle. Episodiquement, des faits divers sordides le déchirent et l'on assiste à l'avènement de « monstres sociaux ». C'était là sous nos yeux, mais néanmoins invisible pour la masse sociale. Coincé dans une impasse psychique, trop emplâtré dans un bourbier affectif, il suffit d'un instant pour qu'un individu quelconque signifie au monde entier sa frustration d'avoir à vivre dans l'indifférence. Par un acte mortifère, noyé dans le flou du contexte « socio-individualiste » actuel, il peut « empoigner » l'opinion publique et lui crier son désir de vengeance à l'encontre d'une société qui faillit plus que jamais à réduire les inégalités sociales. Condamnées à l'insignifiance, certaines personnes en arrivent à devenir réellement étrangères à elles-mêmes. L'illusion d'un instant macabre leur suffira pour renouer avec leur existence, avant d'y mettre un terme collectivement décisif que nul ne pourra négliger.

Le sens commun voit bien souvent dans le trouble mental la cause unique de la violence d'un individu. Ainsi, le lien entre santé mentale et violence se noue autour de la maladie mentale. Ce lien est en grande partie mis en tension par un ensemble de représentations sociales, notamment alimenté par les *mass media*. Le rapport de la commission « Violence et santé mentale » (Lovell, 2005) est à ce sujet très éloquent et identifie une stigmatisation très nette de la maladie mentale par les médias. A travers eux, la « folie » devient un synonyme de « violence » à mesure qu'ils s'y réfèrent pour expliquer des faits de violence apparemment inexplicables pour le citoyen lambda. « Ainsi, si les représentations sociales quant à la violence des personnes affectées de maladie mentale sont grandement exagérées par rapport à la réalité, basées sur des idées ou des présupposés plus que sur des connaissances objectives, par contre les violences perpétrées contre des patients ou des ex-

patients psychiatriques représentent un phénomène invisible et donc un défi en matière de santé publique » (Lovell, 2005).

DU NORMAL AU PATHOLOGIQUE

Les conduites dites déviantes le sont toujours relativement à des normes sociales qui par essence demeurent changeantes. Une situation sera ainsi qualifiée de déviant selon qu'une norme est définie socialement, qu'un comportement de transgression à cette norme est porté à l'attention du corpus social, et enfin qu'un processus de stigmatisation de cette transgression résulte des deux éléments précédents (Florence, 2004). La majorité des spécialistes reconnaissent le processus de construction sociale à l'œuvre dans la criminogenèse. Si le bon sens populaire invite à entériner l'évidente formule selon laquelle « la cause du crime, c'est le criminel », la réalité objective nous enseigne qu'il vaut mieux se refuser à adopter ce type de raisonnement causaliste et univoque. Car force est de constater que l'humain est bien plus complexe qu'un raisonnement de causalité linéaire. La définition de ce qui est déviant varie beaucoup selon les époques et les sociétés, de même que les sanctions qui lui sont applicables sont aussi sujettes à d'importantes variations circonstancielles.

De la même manière, le monstrueux évolue avec les sensibilités de la société. Le monstre est un être des limites, traçant les marges de ce qui est socialement acceptable. En effet, l'évaluation de la normalité procède par comparaison sur l'étalement des jugements de valeur émanant de la société. A l'instar de Marc Renneville (2003), nous constatons combien la fabrique des figures de « monstre criminel » est complexe et fluctuante. Ce processus est notamment déterminé par la sensibilité sociale à la forme de transgression commise. De tout temps, l'inceste et le meurtre – en particulier le parricide – constituaient les crimes qui suscitaient la plus forte réprobation sociale ; ils se voyaient dès lors sanctionnés des peines les plus sévères. De nos jours, elles sont plutôt réservées à l'infanticide, qu'il soit intrafamilial ou non, et aux infractions sexuelles commises sur des enfants. Ainsi, pour notre société, il semble que le monstre criminel absolu soit représenté par le prédateur d'enfant. Nous y ajouterais récemment la figure du criminel psychotique et celle du tueur de masse.

Le jugement de ce qui est bien et de ce qui est mal est indispensable à la communauté parce que garant du lien social (oserons-nous parler de « garde fou » ?). Au-delà de la distinction malade-sain, normal-anormal, une autre contradiction prétend s'opposer à la dite normalité : l'anomalie (congénitale, difformité, infirmité, ...). En effet, loin d'être assimilable à la maladie, elle peut tout à fait aller de pair avec un état reconnu de bonne santé. Et cela se complique encore plus dès lors que l'on considère les anomalies comportementales et les perturbations morales. Dans ce domaine, la frontière entre santé et normalité se brouille jusqu'à les confondre dans une

large mesure. Comment et avec quelle légitimité affirmer ce qu'est un être humain psychologiquement sain ?

Le concept de « santé mentale » demeure vague et recouvre des dimensions hétéroclites. Sur un versant « positif », la santé mentale peut-être comprise comme un ensemble de dispositions utiles au renforcement des états normaux et à l'amélioration de l'épanouissement personnel et du bien-être psychoaffectif. Il s'agirait en quelque sorte du maintien ou de la poursuite d'une bonne « hygiène mentale ». Sur un versant « négatif », elle concerne les troubles psychiques ou psychopathologiques, matière privilégiée de la Psychiatrie. La santé mentale s'inscrit alors non plus dans une perspective hygiéniste mais bien dans la lignée du modèle curatif. « La santé mentale tend ainsi à devenir un concept fourre-tout qui recouvre aussi bien des symptômes, des représentations populaires que l'expression d'une souffrance psychique ou des notions scientifiques » (Lovell, 2005). Entre ces deux acceptations, nous pouvons présenter la santé mentale sous la forme d'un continuum d'états psychologiques s'étirant de la nosographie psychopathologique aux états de bien-être psychologique, suivant une variation de la souffrance psychique.

Une autre tentative de réponse serait de considérer la bonne santé mentale, non pas comme l'absence de troubles psychiques, mais comme la faculté d'affronter et de surmonter les différentes situations, difficiles ou autres, que nous impose la vie, en créant et en réinventant sans cesse de nouveaux répertoires de comportements, de nouveaux schémas cognitifs, de nouvelles solutions. Elle relèverait au niveau expérientiel d'une singularité créative permettant à l'individu d'entretenir une sociabilité positive et d'avancer sans trop d'encombre dans la vie. Cette définition est certes lacunaire mais elle a au moins le mérite d'être flexible.

ENTRE RÉALITÉ JUDICIAIRE ET RÉALITÉ PSYCHIATRIQUE

De la question de la monomanie homicide à celle des demifous, de l'irresponsabilité pénale à la responsabilité diminuée, la société a toujours tenté d'établir le critère qui permettrait de distinguer nettement la figure du criminel de celle du fou. Sur ce sujet, l'héritage de Michel Foucault est riche de sens. Il note la grande similitude dans les modes de traitements infligés à certains groupes d'individus relégués à la frontière du macro-groupe social : les fous, les criminels condamnés, certaines communautés d'étrangers, les soldats et les jeunes (Foucault, 1975). Il considère en effet qu'ils ont en commun d'être regardés avec méfiance et exclus, par un enfermement en règle, dans des structures fermées, spécialisées (asiles, prisons, casernes, écoles), toutes construites et organisées sur le même modèle monacal. C'est ce qu'il avait appelé les « institutions disciplinaires ». Il estimait aussi que le système pénal était en train de remplacer la punition des actes criminels par la création d'une figure de l'individu dangereux pour la société,

grâce au concours d'un « nouveau pouvoir médical », intéressé par les profits qu'engendrerait le traitement de ces « individus dangereux ».

Son travail se présente comme une immense histoire des limites tracées à l'intérieur de la société pour définir les seuils à partir duquel on est fou, malade, criminel, déviant, ... Par ailleurs, il pointait déjà du doigt la tendance dans la société française à apprêhender les « fous furieux », les criminels et les malades mentaux dans une confusion effarante, jusqu'à les mélanger au sein d'un même lieu d'enfermement : l'hôpital général. Cet espace d'internement pour les fous, mais aussi pour les pauvres et les criminels était à la fois vecteur de répression et de charité, à la fois prison et asile. Quand seuls des fous sont internés il s'agit bien d'une volonté médicale. Mais qu'en est-il dès lors qu'ils sont mélangés avec des délinquants ? Foucault accorde ainsi une grande attention à la façon dont le statut de fou passa de celui d'un être occupant une place acceptée, sinon reconnue, dans l'ordre social, à celui d'un exclu, à enfermer en vertu du souci impérieux de maintenir l'ordre social.

Après la Révolution française, les « fous » ont commencé à bénéficier du statut de malade.

Dès le début du 19e siècle, l'aliéniste Philippe Pinel, qui posait alors les bases de la psychiatrie moderne et oeuvrait à l'humanisation des soins psychiatriques, affirme que la déraison est rarement complète. Depuis, on assiste à une lutte de pouvoir entre magistrats et psychiatres pour déterminer la ligne de démarcation entre criminel et malade mental, entre prison et asile, entre punir et soigner.

Les avancées de la psychiatrie moderne ont eu pour effet de troubler le partage net entre crime et folie. La possibilité d'un traitement psychique de l'aliénation mentale a déplacé la question du diagnostic dans le domaine de l'expertise médico-légale. Et l'on assiste depuis un peu plus d'une décennie à un retour très net de la tendance à responsabiliser pénallement les malades mentaux criminels. Corollairement à cela, il faut s'inquiéter de l'inflation considérable dans les établissements pénitentiaires du nombre de détenus souffrant de troubles psychiques. Les difficultés que connaît la France à cet égard, malgré des différences structurelles certaines, ne sont pas sans évoquer celles qui crispent le secteur pénitentiaire belge. « Tous les pays occidentaux, quel que soit l'état de leur système pénitentiaire sont confrontés à l'afflux de psychotiques dans les prisons et à l'inadéquation des réponses proposées » (Macheret-Christe & Gravier, 2001). Or, ces établissements ne disposent ni des infrastructures adéquates, ni de suffisamment de personnel formé pour gérer ce type d'usager. Ne pas apporter de soins psychiatriques à une personne qui en éprouve manifestement le besoin, n'est-ce pas se rendre coupable de non-assistance à personne en danger ? Par là, c'est donc les plus hautes instances de notre société qui portent atteinte aux droits fondamentaux des Hommes.

L'étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires français (Rouillon et al., 2004) a montré qu'il y a plus de personnes ayant des troubles psychiatriques en prison que dans la population générale. Cela ne signifie en aucun cas que les malades mentaux ont plus de chances d'être délinquants que les autres. En effet, toutes les études montrent qu'ils sont avant tout dangereux pour eux-mêmes. De plus, il est indéniable qu'il y a plus de criminels dans la population générale que parmi les personnes souffrant de troubles mentaux. « Avant leur incarcération, plus du tiers des personnes détenues ont déjà consulté (...) pour un motif d'ordre psychiatrique. 16% des hommes détenus (...) ont déjà été hospitalisés pour raisons psychiatriques. (...) Les principales prévalences actuelles projetées sur la population carcérale masculine (...) sont estimées à : 40% dépression (marge d'incertitude de $\pm 10\%$) ; 33% anxiété généralisée ; 20% névrose traumatique ; 7% schizophrénie ; 7% paranoïa, psychose hallucinatoire chronique ($\pm 4\%$) ». Ainsi, en ce qui concerne la France, il y aurait sept fois plus de schizophrènes en prison que dans la population générale (1%). Les troubles psychotiques, dont on connaît la dimension aliénante, sont des pathologies lourdes, chroniques, dont on ne peut qu'amender les symptômes. Elles ne sont, à la différence de la dépression et des troubles anxieux, « ni consécutives à la privation de liberté, ni même simplement intercurrentes à la détention. (...) bon nombre d'entre elles sont à l'origine même de l'infraction ou du crime qui a conduit la personne en prison ». Il est donc primordial de chercher à comprendre les déterminants de cet afflux dans l'univers carcéral de personnes souffrant de maladies mentales car une société qui enferme ses malades ne peut prétendre défendre les valeurs démocratiques prônées par les droits de l'Homme.

On considère avec Gabriel Tarde (1890, p.113 - 114) que la folie rend irresponsable pour deux raisons, tout d'abord « parce qu'elle désassimile et parce qu'elle nous aliène », ensuite « parce qu'elle nous fait étranger à notre milieu et parce qu'elle nous fait étranger à nous même. Elle refond le moi, bien que, le plus souvent, elle le fasse tomber du côté où il penchait déjà, et le moi nouveau qu'elle lui substitue a pour essence d'être insociable... Voilà pourquoi nos principes défendent de punir le fou... Toute folie est une extravagance qui nous isole d'autant plus qu'elle est fixée, consolidée et chronique ». En ce sens, Tarde rappelle que « la responsabilité a comme fondement la liberté du vouloir ». Ainsi, il n'y aurait responsabilité pénale du criminel uniquement lorsque son libre arbitre et sa volonté étaient entiers au moment des faits. Toutefois, le diagnostic ne fait pas la conclusion. Un psychotique peut commettre un crime en son âme et conscience, c'est-à-dire pour des raisons aussi « valables » que les nôtres (par intérêt, par haine, par amour, ...). L'expert « psy » doit donc établir un diagnostic actuel au sujet de l'accusé – son état mental au moment du procès – pour évaluer s'il est accessible ou non par le processus pénal. Il doit aussi déterminer un diagnostic rétrospectif – l'état mental de l'accusé au moment des faits – et éclairer le lien qui peut être établi

ou non entre les faits et le profil psychiatrique de l'accusé, et par là apprécier sa responsabilité pénale. Il convient de rappeler que l'interprétation médico-légale n'est pas une procédure purement scientifique mais constitue plutôt une appréciation clinique.

La manière avec laquelle une société donnée détermine la responsabilité pénale de ses membres est à l'image de ce qu'elle est en mesure de penser et de tolérer. L'histoire nous montre comment « l'appréciation de la responsabilité pénale de l'individu a oscillé entre deux positions extrêmes : ne prendre en compte que le crime dont la sanction est la conséquence automatique ou à l'opposé fixer le regard sur l'individu et apprécier sa volonté libre » (Senon, 2005). Cela revient à mettre en balance la légitime volonté des victimes comme de l'opinion publique d'aller jusqu'au bout du processus judiciaire afin d'établir la vérité et de rétablir la justice, avec le principe antique de non-punissabilité des malades mentaux. Dans ce périlleux exercice d'équilibrisme, l'institution judiciaire joue sa légitimité aux yeux de la société et des pouvoirs publics, dans une période où la crise de confiance en l'état se fait pesante. « Le Droit en démocratie a tout à perdre s'il transige avec ses principes, face aux aveuglements d'une émotion, même légitime, ou aux errances d'une contestation systématique de la justice rendue, dès lors que cette dernière semble en retrait de ce qu'exige la colère (la vindicte ?) populaire. (...) Les pressions qui pèsent sur cette Justice sont cependant considérables. A l'émotion, au chagrin, à l'incompréhension, aux croyances, à la haine et à ceux qui les relaient, elle doit opposer des armes dérisoires : sérénité, mesure, respect des principes fondamentaux, présomption d'innocence et surtout Raison » (Rault, 2004).

UNE DANGEREUSE SIMPLIFICATION

De tout temps l'irrationnel a dérangé, considéré comme une source de désordre et d'agitation pour la société. Ainsi, les individus ayant des pensées divergentes, des actes apparemment insensés ou un discours bizarre ont toujours représenté une certaine menace pour la cohérence sociale. Aujourd'hui, l'inquiétude persiste au sujet des « désaxés » dont on se dit qu'ils sont forcément dangereux du fait de l'imprévisibilité qui caractérise leur pathos. La maladie mentale inquiète et cela est encore renforcé par la focalisation des médias sur des faits divers exceptionnels où la violence apparaît insensée, inhumaine. Mais est-on en droit d'attendre autre chose de personnes qui justement ont perdu le sens des réalités du fait d'un trouble mental ? Est-ce l'acte ou l'individu qui le commet que l'on doit taxer de sordide, de monstrueux ? N'est-ce pas une manière rassurante pour la « norme » d'expliquer les faits horribles en les qualifiant d'anormaux, de déviants, de pathologiques...

« Monstrifier » l'autre, le différent de moi, est un moyen simple de le tenir à l'écart tout en se rassurant sur sa propre agressivité. Mais n'y a-t-il pas là une désobligeante confusion entre l'état mental d'un individu et la nature monstrueuse des actes qu'il a commis ? Cela atteste de l'actuelle motivation à juger l'individu autant que l'infraction pour adopter une sanction au regard de sa « dangerosité » et de sa propension à récidiver.

Ainsi est confirmée la volonté de ne plus jamais laisser de place à l'imprévu, à la soudaineté. Il s'agira d'être extrêmement vigilant afin de ne pas laisser sortir un malade ayant déjà manifesté le moindre signe de violence. La véritable folie devient ainsi d'oser envisager qu'un malade criminel a suffisamment été traité pour pouvoir sortir. Pour contrer l'inopiné, il faudra inévitablement concéder à l'arbitraire. Le message délivré par les pouvoirs publics et les médias est clair : les psychotiques – particulièrement les schizophrènes – sont dangereux parce qu'imprévisibles. « Le statut des symptômes psychiatriques a glissé d'une position où ils pouvaient justifier une suspension de la punition à celle où ils sont considérés comme preuves supplémentaires de la dangerosité de la personne qui les porte » (Lovell, 2005).

Stigmatiser de la sorte une maladie précise, sans fondement aucun, n'avait jusqu'alors jamais été chose faite. Pourtant, on connaît toute la variété des troubles correspondant à ce diagnostic de psychose (intensité des symptômes, fréquence des crises délirantes, réponses aux traitements, épisode unique, ...). Pris dans l'amalgame, les malades étiquetés d'un tel trouble, stabilisé ou non, vont inévitablement se sentir associés aux personnes dangereuses. Cela ne facilitera évidemment pas la reconnaissance de la maladie par l'usager, pourtant cruciale pour la rémission du trouble. Comment pourront-ils faire face à une telle discrimination ? Un tel contexte ne laisse aucun espace aux potentialités thérapeutiques.

Pour une personne qui n'a pas conscience de la nature de ses troubles, il est indispensable de percevoir l'appui qu'elle peut tirer des soins pour, peu à peu, se sentir en confiance et évoquer les symptômes qui l'aliènent. En consignant la prétendue nécessité d'une obligation de soins pour ces malades qui, s'ils refusent, risquent de ne jamais recouvrer la liberté, la société ne fait que leur signifier l'hostilité portée à leur encontre. Priver de liberté des individus malades en raison d'un diagnostic prétendument scientifique de « dangerosité » revient à anticiper et à sanctionner ces personnes pour des actes criminels qu'ils n'ont pas encore commis... A peu de chose près, George Orwell ne s'était trompé que d'une vingtaine d'années quant à l'avènement d'une société telle que celle qu'il nous livre dans « 1984 » ! Quelle prétendue science serait assez imbue que pour se targuer de pouvoir prédire l'avenir ? Est-ce de l'arrogance de la part des sciences médicales ou seulement un subtil détournement de la psychiatrie maintenant instrumentalisée par une logique sécuritaire ? Difficile de garder foi en l'éthique de sa profession lorsque la pression sociale et politique se fait

de plus en plus pesante. La gestion des peines est ainsi déplacée progressivement des mains de la justice à celles des médecins-psychiatres. On retrouve tout l'intérêt et l'avantgardisme sur ces questions de la pensée foucaldienne.

Cette politique sécuritaire utilise la monstruosité de certains crimes, aussi injustes qu'exceptionnels, et la peine immense des victimes et de leurs familles pour substituer l'émotion à la raison, et donner raison aux craintes les moins rationnelles. Elle veut faire d'un drame une généralité ; par un odieux panégyrique sécuritaire, elle désigne toute une population de patients suivis en psychiatrie comme dangereux, alors qu'il est indéniable qu'ils

sont plus vulnérables que dangereux. Ils représentent en effet plutôt un contingent de victimes qu'un contingent d'assassins. Plus que les autres, les personnes souffrant de troubles mentaux sont victimes de vol, de coups et blessures, après être victimes de leur maladie. Cette logique sécuritaire appelle à raison à une plus grande sévérité vis-à-vis de quelques criminels, évadés d'asile ou en congé psychiatrique, qui ont brutalement récidivé, mais décrie du même coup la très large majorité des patients psychotiques ou schizophrènes que désormais tous affligen d'un haut potentiel de dangerosité. Le risque zéro n'existe pas et sa poursuite relève d'un fantasme de toute-puissance.

CONCLUSION

Il est vrai que les passages à l'acte commis par des malades psychotiques, du fait de la désinhibition et de la « froideur » affective qui caractérise ces troubles, peuvent être particulièrement horribles et spectaculaires. La récidive n'en est que plus insupportable pour l'opinion publique. Mais il faut se garder de confondre les malades mentaux et la criminalité des malades mentaux avec celle des autres types de criminels. Notre société doit pouvoir disposer d'un dispositif de santé publique qui ne mélange pas les pathologies, les tableaux cliniques. La récidive est extrêmement rare chez les malades mentaux, d'autant plus rare qu'ils peuvent bénéficier d'un dispositif de soin soutenant et performant. Il est important de rappeler que les malades mentaux sont différents des autres délinquants précisément parce qu'ils sont malades avant d'être criminels. En réalité, peu de criminels présentent de troubles psychiatriques graves. Beaucoup par contre manifestent de réelles altérations de la personnalité. La fréquence des troubles de la personnalité dans les institutions pénitentiaires est peu connue. Par ailleurs, il est alarmant de constater que le nombre de détenus relevant de la psychiatrie est considérable en prison : 8 détenus sur 10 souffrent de troubles psychiatriques (Rouillon et al., 2004) (56% troubles anxieux, 47%-51% troubles de l'humeur, 10% troubles psychotiques). Tout se passe comme si la prison était devenue un lieu d'accueil pour un nombre croissant de malades mentaux à travers une complémentarité entre les lieux de réclusion placée sous le signe de la neutralisation sociale, plutôt que du traitement. Ce débat doit être reporté dans un contexte plus large et ciblant l'actuelle tendance générale à la désinstitutionnalisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves, l'accroissement du phénomène de la « porte tournante » dans les institutions et les services de psychiatrie, la pénurie de moyens dans les services publics, l'exigence de judiciarisation.

Bien souvent, leur crime a révélé la pathologie. S'il arrive que les troubles de nature psychiatrique rendent certains usagers potentiellement ou effectivement dangereux, ce n'est pas leur dangerosité qu'il faut tenter d'annihiler mais bien leur aliénation. Ce sont avant tout des êtres en souffrance. Il faut certes protéger les citoyens de certains malades dangereux comme il est avant tout nécessaire de les protéger d'eux-mêmes. Nous considérons que l'enfermement à vie n'a pas de sens, car s'il faut nécessairement protéger, il faut surtout laisser l'espoir d'un mieux être à ces malades.

RÉFÉRENCES

- Arendt, A. Eichman in Jerusalem : A Report on the Banality of Evil. The Viking Press, 1963.
- Bajoit, G. Le changement social – Approche sociologique des sociétés occidentales contemporaines. Armand Collin, coll. Cursus « Sociologie », 2003.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. Invisibles loyalties. Brunner/Mazel, 1984.
- Ducommun-Nagy, C. Ces loyautés qui nous libèrent. JC Lattès, 2006.
- Canguilhem, G. La connaissance de la vie. Vrin, 1965.
- Castel, P.-H. Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés. Vol. I : Obsessions et contrainte intérieure, de l'Antiquité à Freud. Ithaque, 2011.
- Ehrenberg, A. La société du malaise. Odile Jacob, 2010.
- Florence, J. Y a-t-il une frontière entre normal et pathologique ? In Procès Dutroux – Penser l'émotion, Fabert, Temps d'Arrêt, 2004.
- Foucault, M. Surveiller et punir. Gallimard, 1975.
- Généreux, J. La Dissociété. Points Essais, 2011.
- Lovell, A.M. Rapport de la Commission « Violence et santé mentale ». Travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et santé en application de la Loi relative à politique de santé publique du 9 août 2004, Paris, Ministère de la santé et de la solidarité, Mars 2005.
- Macheret-Christe, F. & Gravier, B. Schizophrénie, psychose et prison. In La Lettre de la Schizophrénie, n°23, juin 2001, p. 2-8.
- Rault, F. Les risques de dérive quand l'opinion publique veut rendre justice elle-même. In Procès Dutroux – Penser l'émotion, Fabert, Temps d'Arrêt, 2004.
- Renneville, M. Crime et folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires. Fayard, 2003.
- Robin, D. Violence de l'insécurité. PUF, 2010.
- Rouillon, F., Duburcq, A., Fagnani, F. & Falissard, B. Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison. DGS/DAP, 2004.
- Senon, J.-L. Troubles psychiques et réponses pénales. Champ pénal/Penal field [En ligne], XXXIVe Congrès français de criminologie, Responsabilité/Irresponsabilité Pénale, mis en ligne le 15 septembre 2005, Consulté le 29 février 2012. URL : <http://champpenal.revues.org/77> ; DOI : 10.4000/champpenal.77
- Tarde, G. La philosophie pénale. Elibron classics, 1890.

Auteur correspondant :

Xavier MALISOUX
PSYCHOLOGUE CLINICIEN
Rue de Huy 11
4530 Villers-le-Bouillet
0494 66 37 86

Première publication dans le cadre de la Fédération des Centres de Planning Familial des FPS (2009)
Place Saint-Jean 1/2 – 1000 Bruxelles
Revu avec l'autorisation de l'Editeur (2012)

POUR UNE PRATIQUE DE LA DÉSTIGMATISATION : VERS LE POLITIQUE

FOR A PRACTICE OF DESTIGMATIZATION: VERS LE POLITIQUE

Edouard DELRUELLE, Julie SANSDRAP

Pour expliquer les discriminations et les exclusions dont sont victimes certaines catégories de la population, on a presque toujours recours à la notion de stigmatisation. La « cause » de l'exclusion se trouverait dans les stéréotypes et les clichés véhiculés par la société à l'encontre de ces catégories. En même temps, la stigmatisation est le plus souvent rapportée à l'affect le plus simple, le plus banal : la peur de l'autre – sentiment primaire, résiduel, que seul le patient travail de notre raison peut vaincre. On en déduit que l'urgence et la priorité, dans la lutte contre les discriminations, est l'effort de déstigmatiser – effort tout uniment intellectuel et moral : *intellectuel*, pour substituer aux clichés hérités une vision juste du réel ; *moral*, pour combattre par la raison nos affects primitifs de peur et de rejet. Seul un « changement de mentalité » généré par une meilleure compréhension permettrait, selon ce schéma de pensée, de résoudre ce problème. Tel acteur de terrain écrira par exemple, à l'attention de ses collègues, que « déstigmatiser » signifie « réduire la peur face à la personne malade grâce à une meilleure compréhension et une autre forme de connaissance » !.

On peut craindre que cette conception de la déstigmatisation ne soit pas opérante. Elle fait comme si la stigmatisation « précédait » les pratiques et les systèmes sociaux, comme si elle leur était « extérieure ».

Or, ce n'est pas le cas. La stigmatisation n'est pas extérieure aux pratiques et aux institutions, elle leur est au contraire immanente. Non pas qu'il faille reconduire le primat marxiste de l'infrastructure matérielle sur la superstructure idéologique ; mais il faut penser les deux ordres conjointement, comme formant deux dimensions de la même réalité globale. Cela signifie donc aussi que ceux qui, le plus sincèrement du monde, plaignent pour la déstigmatisation ne peuvent jamais prétendre être en totale extériorité, totale « pureté » par rapport aux clichés et aux stéréotypes – et ceci vaut pour les auteurs de cet article, comme pour ses lecteurs ...

Le peu d'efficacité des programmes de déstigmatisation basés sur un travail des valeurs et/ou de la norme auxquelles celles-ci renvoient, montre en effet selon nous que la stigmatisation

s'ancre dans un terrain qui est n'est pas celui de l'éthique ou du soin, mais bien plutôt dans ce qui fait société, au sens de ce qui établit une communauté entre différents individus.

Le débat sur la déstigmatisation commence évidemment par le choix de la terminologie pour désigner la personne : « *fou* », « *personne atteinte de trouble psychique* », « *personne avec un handicap psychique* », « *personne atteinte de trouble psychosocial* », « *patient* », « *personne souffrant de troubles de santé mentale* » ? Aucune de ces expressions n'est évidemment neutre. Nous ne trancherons pas ici, comme nous ne trancherons pas la question de la validité et de la portée de la distinction entre *handicap mental* et *maladie mentale*. Par provision, sans nous interdire d'utiliser l'un ou l'autre de ces différents vocables, que nous mettrons alors entre guillemets, c'est l'expression « *personne présentant des problèmes de santé mentale* » que nous adopterons préférentiellement pour désigner le sujet de la « *maladie mentale* », et cette dernière expression, tout simplement, pour désigner son objet.

Face à la maladie mentale, il existe schématiquement deux discours de la déstigmatisation : celle du droit et celle de la psychiatrie.

La déstigmatisation juridico-morale dit en substance : la personne présentant des problèmes de santé mentale est un sujet de droit, il faut valoriser son autonomie, élargir autant que possible sa capacité – notamment juridique – de s'insérer dans la société normale, ce qui suppose de le traiter sur un pied d'égalité avec les autres membres de la société. Ce discours s'en prend volontiers aux institutions hospitalières, accusées de reproduire les stigmates de rejet en maintenant les « *malades mentaux* » dans l'exceptionnalité. On reconnaît tout le discours sur la « *désinstitutionnalisation* » de la maladie mentale.

La déstigmatisation dont parlent les professionnels du soin fait valoir, elle, l'intérêt du patient, demande que la pathologie de celui-ci ne soit pas niée, mais reconnue et acceptée. Ce discours insiste sur la nécessité de la prise en charge médicale, donc aussi d'institutions adaptées, seules capables d'accueillir et de respecter dans sa spécificité la personne présentant des problèmes de santé mentale.

Le discours juridico-moral soupçonnera volontiers le monde médical de renforcer la stigmatisation du « *malade mental* » comme personne ; le discours psychiatrique soupçonnera symétriquement juristes et droit-de-l'hommistes de stigmatiser, eux, *la maladie mentale* en tant que telle, c'est-à-dire le « *monde* » de la maladie mentale, incluant les acteurs du soin, les institutions, etc. Les uns estiment qu'il faut réduire la dimension d'altérité du « *fou* » ; les autres, qu'il faut à l'inverse ne pas l'évacuer, mais la reconnaître.

Faut-il « choisir » entre les deux discours de la déstigmatisation qui, comme on le voit, prennent appui sur des logiques différentes et sont basés sur des valeurs différentes ? Nous ne le pensons pas. Au contraire, il faut sans doute commencer par reconnaître *l'ambiguité* du statut du « *fou* », personne qui, à *la fois*, est régie par une logique qui lui est propre, hors de portée pour les humains « *normaux* », et conserve (virtuellement au moins) une possibilité de communication avec ceux-ci ; personne qu'il s'agit, à *la fois*, de ne pas exclure de la société et de soigner pour ce qu'elle est. C'est en reconnaissant cette ambiguïté anthropologique de la maladie mentale qu'on pourra considérer la totalité de la personne elle-même.

Une « déstigmatisation » ne pourra, selon nous, avoir lieu que si elle tient compte de la distinction anthropologique ancrée dans la politique, et mise sous tension par le discours critique (ainsi celui de Michel Foucault) entre dedans et dehors (de la société), entre appartenance et exclusion –, dualité qui est elle-même le reflet de l'ambiguité de la position de la société vis-à-vis de la personne présentant des problèmes de santé mentale. C'est cette mise en tension qui seule permet peut-être de sortir de cette situation d'exclusion tout en assurant la protection et les soins nécessaires pour ces personnes.

Dans un très bel article, Gladys Swain montre bien que tout l'enjeu autour de la folie se joue autour de cette partition entre dedans et dehors : « *Ou bien l'aliéné est en dehors, enclos qu'on le croit dans ses chimères et son délire, et dépourvu du sentiment de ce qui lui arrive. Ou bien il est à l'intérieur du cadre commun et, dans ce cas, c'est à l'aune de la psychologie ordinaire de l'intention et de la volonté qu'on va jauger ses actes ou ses paroles [...]*. Ou bien, en d'autres termes, on traite l'aliéné comme s'il était totalement aliéné, entièrement étranger, ou bien on le traite comme s'il n'était pas du tout aliéné. Pas de moyen terme entre les deux. » (pp. 121-122). La psychiatrie moderne naît, selon Swain, avec la déconstruction de ce partage, la découverte concrète que l'opposition entre le dedans et le dehors du rapport sensé n'est pas irréductible. La reconnaissance de cette tension infinie ouvre elle-même un accès à ceux qu'on pensait ne pas pouvoir être en mesure d'échanger avec les autres : « *l'essentiel du changement dans l'approche de la folie a résidé dans une découverte pratique, la découverte de la communication effective avec le fou, en dépit et au travers de sa folie même [...]* »².

Mais on voit de suite que l'institution d'un tel espace d'interlocution est une question pratique, concrète, plus qu'une question de mentalité. Le centre de gravité de la déstigmatisation se déplace : des discours *sur la personne* présentant des problèmes de santé mentale vers les pratiques et les dispositifs où elle se trouve insérée. Où trouver, en d'autres termes, ailleurs que dans la pratique, le lieu où il serait possible d'approcher le « *fou* » autrement que comme tout autre ou comme totalement semblable ? « *Dans la pratique* » : cela signifie donc non seulement dans la relation au patient mais aussi dans le monde dans lequel il s'inscrit.

La réforme des statuts de protection des « *incapables* » qui est en cours actuellement en Belgique est une excellente illustration de notre propos. Les anciens statuts de protection ayant en effet été jugés obsolètes (beaucoup n'étaient plus employés et la terminologie utilisée était en porte-à-faux avec les lois et conventions internationales récemment ratifiées), il convenait de mettre en place une nouvelle législation, plus respectueuse de la personne et de sa différence, conforme à l'esprit des standards internationaux et conçue dans une perspective de déstigmatisation.

Tant dans le processus de rédaction que dans les débats qui ont suivi jusqu'à présent, il est manifeste la question relève de deux champs distincts (celui de la justice et celui de la santé/action sociale) fonctionnant selon deux logiques parallèles.

Le projet a d'abord abouti à un premier texte qui a suscité une levée de boucliers de la part des associations de défense des droits des personnes handicapées : la terminologie utilisée et les idées proposées étaient peu conformes à ce que prescrit aujourd'hui la Convention des Nations Unies pour les droits des personnes handicapées. Sous la pression, le projet a donc été retiré et a fait place à un nouveau texte. Pour rédiger celui-ci, les associations de défense des droits des personnes handicapées ont cette fois été consultées. Le secteur de la psychiatrie quant à lui est resté relativement discret dans ces discussions : les éléments qu'il apportait n'étant pas en phase avec ce que prescrit la Convention des Nations Unies qui promeut l'abandon du modèle médical du handicap. Car c'est bien ce dernier texte qui a servi à la fois de toile de fond, d'étandard pour les associations et d'étalement pour les axes directeurs de la nouvelle proposition. Peu d'acteurs du monde médical savent en effet que cette convention concerne également le patient. La convention - qui postule que le handicap est une notion systémique (la conjonction entre une incapacité et les obstacles que la société crée pour les gens différents) - fait donc de la *maladie mentale* (désormais appelée « *handicap psychique* » ou « *handicap psychosocial* ») un handicap parmi d'autres, alors que, historiquement, la psychiatrie a toujours distingué handicap et troubles mentaux.

Le texte proposé pour le vote au parlement est donc le résultat de tous ces débats et, s'il propose bien des mesures conformes à ce que prescrit la Convention, en mettant en avant l'autodétermination comme valeur suprême et, de ce fait, une

individualisation extrême des mesures à prendre et le primat du respect de la volonté de la personne sur la protection dont celle-ci doit pourtant parfois faire l'objet. Ce faisant, on oublie que les « incapables » dont il est question renvoient en réalité à deux types de populations distinctes et dont l'évolution est différente : les « handicapés mentaux » - dont les facultés cognitives sont déficitaires – sont considérés comme présentant une plus grande stabilité dans leur capacités alors que les « malades mentaux » souffrant de troubles psychosociaux présentent généralement une évolution beaucoup plus accidentée et chaotique.

Ce distinguo et la relative absence des acteurs de la psychiatrie dans les discussions évoquées précédemment ont pour conséquence de proposer un texte qui, tout en répondant bien à la plupart des attentes des associations de défense des droits des personnes handicapées, oublient aussi le postulat de la psychiatrie moderne depuis Pinel : le « fou » est celui avec qui il convient de trouver un mode de communication et une relation particuliers afin de lever le dilemme anthropologique qui a toujours concerné la folie jusque Pinel : depuis celui-ci, « [...] il existe une voie médiane entre déraisonner avec l'insensé et lui opposer la saine raison, qu'il est possible et praticable de s'adresser au fou sans plus le supposer maître de lui-même, de son discours et des règles de l'interlocution que l'y postuler absent ». .

Une deuxième conséquence est également la non prise en compte du contexte concret dans lequel s'insèrent les personnes à protéger : le rôle attribué aux proches peut ainsi faire débat : dans le cas des personnes handicapées mentales, les proches sont très fréquemment présents et soutiens ; ils approuvent donc que leur rôle soit ainsi reconnu et renforcé alors que les personnes présentant des troubles psychiatriques sont bien souvent – c'est l'une des manifestations de la maladie – isolées. Certains professionnels de la psychiatrie pour leur part peuvent aussi remettre en question la pertinence de voir les proches jouer un rôle de premier plan dans la vie du patient alors que la proximité même de la famille peut parfois être un facteur aggravant.

Enfin, l'autre exemple qui est bien souvent repris afin de pointer la nécessité de tenir compte de la réalité concrète dans laquelle la nouvelle loi sera d'application si l'on veut réellement que celle-ci puisse réaliser ses objectifs est celui des instances qui auront la charge de rendre le jugement : à l'heure actuelle en effet, c'est le juge de paix qui statue sur les questions d'administration provisoire. C'est également lui qui aura la charge de mettre en application la nouvelle loi de protection. Or l'extrême attention que porte la proposition de loi au respect de la personne dans toutes ses dimensions conformément à ce que prescrit la convention fait en sorte que le travail du juge est considérablement augmenté : tant quantitativement (le nombre de points sur lesquels on lui demande de statuer) que qualitativement (le type de question requérant une expertise pluridisciplinaire). Qui connaît le monde des justices de paix sait que d'un canton à l'autre, les matières traitées par les juges sont très diversifiées et que pour certains, les mesures de protection n'interviennent que très rarement alors que pour d'autres (les cantons où se situent généralement les institutions psychiatriques, les senioreries, etc.), ces jugements sont beaucoup plus nombreux...

On voit de suite l'écueil sur lequel les intentions initiales de la loi risquent de buter : un tel surcroit de travail nécessite des moyens supplémentaires (expertise et renfort en terme de personnel) en suffisance sans quoi la loi risque de rester lettre morte ou pire de donner lieu, par manque de temps et de moyens uniquement, à des jugements formatés parce que plus « rapides »...

On le voit : ici plus que jamais, la politique a à jouer un rôle prépondérant dans le traitement que la société réserve à la personne handicapée comme à la personne présentant des problèmes de santé mentale.

Auteurs correspondants :

Edouard DELRUELLE

Professeur de philosophie à l'Université de Liège
Directeur-adjoint du Centre pour l'égalité des chances
et la lutte contre le racisme

Julie SANSDRAP

Collaboratrice au Centre pour l'égalité des chances
et la lutte contre le racisme

TÉMOIGNAGE : CARREFOUR DES USAGERS

« ENVIE D'AIMER »

BONJOUR, JE SUIS CONTENTE D'ÊTRE PARMI VOUS ET D'AVOIR VOTRE ATTENTION UN PETIT MOMENT AFIN DE VOUS PARLER DE MON PARCOURS.

DEPUIS MA PLUS PETITE ENFANCE, LE REGARD DES AUTRES M'A TOUJOURS FAIT PEUR. JE PENSAS QUE TOUT LE MONDE ME SAVAIT TIMIDE ET QUE C'ÉTAIT MAL, JE JOUAS LE JEU EN NE PARLANT PRATIQUEMENT À PERSONNE. JE VIVAS DANS UN MONDE OÙ TOUT LE MONDE SE JUGE PAR RAPPORT À CERTAINS CRITÈRES ET PAS À D'AUTRES.

Différents par rapport à quoi ?

Ma vie a mal commencé, je suis née avec une maladie mentale. Au début, personne ne s'en est rendu compte, mes parents, à l'école, j'étais solitaire mais j'avais d'excellentes notes. Personne ne s'est aperçu de rien. Un peu enrobée, je pensais, à ce moment-là, que je n'étais pas une personne importante, contrairement aux autres. Les autres, eux me voyaient toujours comme une personne timide. Les voyant se moquer de moi, je pensais qu'ils avaient raison et que seul mon poids était important et que le fait d'être bien portante m'empêchait de faire bien d'autres choses. Je me suis alors emprisonnée dans une croyance qui est restée bien longtemps ancrée en moi.

Ceci m'a empêché d'oser faire bien des choses amusantes. Je restais alors la plupart de mon temps libre seule et loin de ce monde stressant.

Au début de mon adolescence, j'ai commencé à m'automutiler. Je l'ai bien entendu caché à tout le monde. J'adorais les animaux et les sciences, ceci m'a conduit vers un diplôme en médecine vétérinaire.

La tendresse des animaux m'a toujours apporté du réconfort

J'adorais les études et je m'y suis fort attachée. À ce moment-là, j'avais toujours peur des autres personnes et surtout de leurs remarques.

Après une dispute avec mon père, je décide alors de ne plus rien avaler sauf des boissons non sucrées. C'est là qu'ont commencé mes troubles alimentaires.

Et un jour, j'ai passé un week-end à l'hôpital. Les médecins ont dit qu'ils n'y comprenaient rien et que c'était sûrement dû à un problème avec mon père mais je ne voulais pas dire que j'avais des problèmes, mon père qui nous maltraitait, ma mère, mes trois sœurs, et moi. Je ne pouvais en parler à personne et de plus, la maladie faisait que de toute façon, je n'en parlais à personne non pas par manque d'intérêt mais par peur de la réaction de l'autre qui de toute façon selon moi, allait me diminuer encore plus.

Au cours de ma cinquième année d'université, mon père décède. Je n'allais pratiquement plus au cours, juste aux cliniques qui

étaient obligatoires. Les automutilations étaient toujours là et de plus en plus là. J'étais comme dans un autre monde, obsédée par le fait de me faire mal et le fait que je n'étais pas bien, pas une bonne personne, n'ayant que des défauts et surtout différente des autres. Toutes les autres personnes étaient pour moi des personnes qui, elles savaient faire tout ce que j'étais incapable de faire, moi, la nulle.

J'ai obtenu mon diplôme de Docteur en médecine vétérinaire en 2002.

J'ai pu aider mon maître de stage pendant 2 mois. Après, ont commencé les hospitalisations.

Il est beaucoup plus important de savoir quel genre de patient a une maladie que de savoir quel genre de maladie a un patient. William Osler.

Ma Maman, mes sœurs et toute ma famille m'ont beaucoup aidée. Mais je les faisais souffrir, sans m'en rendre compte. De plus, elles ne comprenaient rien à ce qui se passait, et moi, qui ne voyais pas tout ça, je pensais qu'elles m'en voulaient et j'étais en colère contre elles, non contre moi mais surtout triste, très triste et seule.

Suis-je devenue tout d'un coup malade parce que justement j'ai décidé de me soigner ?

On me disait souvent : pas besoin d'hôpital, on sait s'en sortir quand on le veut, il faut avoir de la volonté dans la vie.

Certaines personnes ne croyaient pas que j'avais fait des études. Pourquoi une vétérinaire ne peut-elle pas être malade ? Malade mental ne veut pas dire moins intelligent et surtout moins courageux.

J'avais peur de ce qu'on pouvait penser de moi. Elle est malade, est-ce qu'on peut lui faire confiance ?, elle est capable de conduire une voiture?, est-ce qu'elle va pouvoir vivre seule ?

Mais je me suis aperçu qu'il valait mieux affronter mes peurs et parler avec ma famille, avouer certaines erreurs du passé et me réconcilier avec elle. Ceci m'a permis de faire la paix et de me rendre compte qu'elle est extraordinaire et que j'ai de la chance de l'avoir.

Ma psychiatre, ma psychologue et le CRP m'ont beaucoup aidée également et m'ont amenée à ne plus vouloir dépendre des autres et à accepter mes responsabilités. J'ai appris à ne plus avoir peur, à faire confiance et à m'investir. J'ai pu aussi m'initier à beaucoup d'activités artistiques et sportives qui m'ont permis d'évoluer, d'améliorer mon estime de moi et surtout, de gérer mon stress.

Une dame malheureusement connue des médias dont certains comportements me faisaient penser que je lui ressemblais un peu avait commis un acte horrible. Le fait était qu'elle présentait les mêmes symptômes que moi et que j'avais peur de faire comme elle, d'être une malade à part entière.

Exister à part entière, sans accepter d'être mise dans une case

J'avais peur des réactions des autres aussi. De quoi ont-ils entendu parler ? Qu'est-ce qu'ils penseraient s'ils savaient que j'étais comme ça ?

Tout cela m'a permis de comprendre une chose : seuls mes actes sont importants et c'est Ma responsabilité de gérer Ma vie au mieux et aussi que ce n'était pas de ma faute tout ce qu'il s'est passé, c'est la maladie oui, d'accord, mais maintenant c'est Ma responsabilité de faire que, malgré cette maladie, ma vie et celle de mon entourage soit la meilleure possible.

Être une personne pas une maladie !

Les personnes autour de moi ne savaient pas ce qu'il se passait. Un exemple est que de nature très stressée, je faisais des crises de tétanie, je faisais peur à beaucoup de monde et les gens, qui n'avaient jamais vu ce genre de crise étaient très effrayés mais tout de même inquiets pour moi. C'était, à ce moment là un moyen de communiquer avec les autres, Mon moyen.

Dans le bus, à l'Ancre ou à la maison, il m'était parfois impossible de ne pas pleurer. Ceci faisait qu'on me prenait parfois pour une pleurnicheuse, une folle, une incapable, une paresseuse.

Dans le bus, je pense que les gens ne voient pas en me regardant que j'ai une maladie mentale, mais tout était dans ma tête. Je pensais à ce moment-là : les gens savent que je suis folle et donc personne n'aura envie de me parler et je m'isolais, je ne parlais à personne et ma théorie se renforçait de plus en plus pour devenir une réalité que moi seule pouvais faire disparaître.

Parfois, je me demande comment les gens me voient, qu'est-ce qu'ils pensent de moi, que dire quand on me demande où je travaille. Je ressens alors le poids du regard et des mots des autres.

J'ai peur de faire peur aux autres en parlant de moi et de ma maladie.

On pourrait se dire : Ils ne connaissent pas Ils nous mettent tous dans le « même sac ». Mais peut-être est-ce aussi un jugement hâtif. Qu'est-ce que les gens pensent au fait des

personnes malades ? On n'en sait rien et peut-être est-ce aussi une personne qui dans son coin se dit elle ne comprendra de toute façon pas. Comment créer le contact ?

Tous pareils tous différents

Même si j'ai souvent eu l'impression d'avoir une étiquette sur le dos, ma vie m'a appris que l'important, ce n'est pas ce que les gens pensent mais comment moi je vis. Aujourd'hui, je sais que les gens peuvent m'apporter : l'amour, l'amitié, la chaleur humaine, la complicité....Tout ce qui me manquait et qui fait de moi une femme heureuse, à présent. Je pense que personne n'est tout à fait différent, on voit les petites différences des autres mais il faudrait aussi voir toutes les ressemblances et aussi accepter le fait que les différences font qu'en ensemble, on est plus compétent.

Appartenir à une mosaïque humaine ou chaque petite pièce de couleur sait s'harmoniser sans conflit et dans la tolérance.

J'apprends à communiquer et à ne pas trop interpréter les choses toujours de manière à ce que de toute façon je n'y arrive pas. Maintenant, je me sens capable d'accomplir beaucoup de choses, je vis ma vie dont font partie la joie d'être avec les autres mais aussi la joie d'être en paix avec moi-même. Quand je suis dans le bus, je profite, je juge bien entendu mais je pense que la personne assise à côté de moi n'est pas une personne qui me juge mais une dame comme tout le monde qu'on pourrait, peut-être, faire entrer dans une catégorie de personnes mais qui, pour autant, pourrait converser avec moi et m'apporter de la joie, des émotions, et plus tard des sentiments de bien-être.

J'aime prendre le bus et ce qui me plaît dans le fait de prendre le bus, c'est de regarder les autres, faire des sourires et bien entendu au mieux parler avec des connaissances ou n'importe quelle personne. J'ai l'impression qu'à chaque contact avec une autre personne, il se crée un lien qui m'emplit de joie. Il y a bien entendu des personnes qui se moquent ou qui râlent mais dont je me dis le pauvre il est enfermé dans ses concepts, il comprendra plus tard ou jamais.

Il y a toujours plus malheureux que soi. On ne voit jamais que les mauvais côtés, pas ces petites choses qui paressent anodines mais qui sont primordiales pour d'autres personnes.

De plus en plus, avec le temps, j'ai commencé à me rendre compte que tout le monde à des défauts mais aussi des qualités.

J'ai eu encore cette année, la chance de pouvoir participer au festival Art Pierre et Terre. C'est un moment que j'adore, je suis toujours de plus en plus charmée par ce que nous pouvons faire ensemble, la beauté des œuvres mais aussi des relations que les participants créent entre eux. Ce sont des moments remplis de joie de peur mais surtout, d'entraide et de partage.

Nous sommes tous capables de faire des belles choses.

Et de façon de plus en plus optimiste, je me suis rendu compte que ces personnes qui me faisaient si peur, m'apportaient de plus en plus de plaisir et de joie. Bien sûr, la maladie étant là, il y a des hauts et des bas mais je me suis aperçu aussi que même pendant les moments difficiles les autres sont là pour me soutenir. Et ce qui est bien, c'est que je commence petit à petit à m'investir dans diverses tâches comme un bénévolat dans une ferme pour enfants, je m'y plaît. C'est un endroit qui me décontracte, comme un petit paradis terrestre pour moi.

Je compte bien réaliser d'autres projets. Ces projets qui changent. Je ne suis plus satisfaite et je veux aller de plus en plus loin. J'ai envie d'aider les autres, d'être utile, de mener à bien mes projets du moment pour pouvoir toujours avancer, en créer d'autres et m'épanouir.

Pour ma part, je suis contente d'avoir survécu et d'avoir affronté mes peurs pour enfin avoir une vie digne d'être vécue.

Il n'y a pas de résultat sans parcours et qui dit parcours, dit épreuves. Je suis fière d'avoir franchi ces épreuves.

Tout le monde, sur terre, a un trajet à parcourir. Nous, malades, peut-être pouvons-nous être fiers d'avoir déjà commencé ce trajet et de comprendre certaines choses que d'autres personnes n'imaginent même pas.

Alors pourquoi ne pas leur montrer ?

Je me sens utile aujourd'hui. Ça m'emplit de joie et d'espoir.

Ce petit poisson prisonnier de son bocal est prêt à plonger dans la mer. Moi, prisonnière de ma maladie, je suis prête à plonger dans la vie.

Je vous remercie de m'avoir accordé votre attention et j'ai hâte d'entendre vos réactions.

On porte tous le même chapeau mais qu'est ce qui se cache en nous ?

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

Les *Acta Psychiatrica Belgica* publient en français ou en anglais les Annales de la Société Royale de Médecine Mentale de Belgique ainsi que des travaux originaux sélectionnés et des revues générales. En soumettant un article pour publication, les auteurs garantissent qu'il n'a pas été soumis pour publication à une autre revue et n'a pas été publié auparavant.

Les manuscrits soumis pour publication seront adressés au **Prof William Pitchot, Rédacteur en Chef, Psychiatrie et Psychologie médicale, 4020 Liège** uniquement par e-mail à : wpitchot@chu.ulg.ac.be

Chaque article sera soumis à au moins deux rapporteurs. La réponse du Comité de lecture parviendra aux auteurs dans un délai de trois mois après réception du manuscrit.

Lors de la soumission, les auteurs fourniront une adresse électronique et une version informatisée de leur article en fichier WORD. Les figures doivent être classées à part, en format JPEG.

Les textes doivent être dactylographiés, sans mise en page personnalisée, en double interligne avec des marges de 3 cm et seulement au recto des feuilles qui seront numérotées.

1^{ère} page : Nom et prénom en toutes lettres, fonction, adresse précise des auteurs et de l'hôpital ou du laboratoire dans lequel le travail a été effectué.

2^{ème} page : Titre de l'article (français et anglais), un résumé en anglais, ainsi que quelques mots-clefs repris dans l'Index Medicus.

Pour les pages suivantes : l'article, suivi d'un résumé en français et en néerlandais, et enfin, la bibliographie

Dans un **dossier séparé de l'article en word**, les figures (graphiques, photos) seront fournies uniquement en format **JPEG**.

Les tableaux et figures comporteront une légende courte et compréhensible sans référence au texte et seront désignés dans le texte par leur numéro en chiffres romains pour les premiers, en chiffres arabes pour les secondes.

Les résumés ne doivent pas dépasser dix lignes chacun et rappelleront les méthodes utilisées, les résultats et les principales conclusions.

Les abréviations seront explicitées lors de leur première citation dans le texte à l'exception des abréviations d'usage international. Tous les médicaments mentionnés doivent être cités selon leur dénomination commune internationale.

Les références bibliographiques seront appelées dans le texte par le nom de(s) auteur(s) et la date. Dans le cas où la référence comporte plus de deux auteurs, ne sera indiqué que le nom du premier suivi de «et al». Les références complètes seront regroupées en fin d'article par ordre alphabétique et pour un même auteur par ordre chronologique, les lettres a,b,c permettant de différencier dans le texte les articles parus la même année (1988a, 1988b,...).

Les références des articles et les citations de livres comporteront dans l'ordre : noms et initiales des prénoms des auteurs.

Pour les articles : titre intégral de l'article dans sa langue d'origine, nom du périodique abrégé selon la nomenclature de l'Index Medicus, volume, indication des pages et (année de parution).

Pour les livres : titre de l'ouvrage (souligné), nom de la maison d'édition, année de parution et indication des pages.

Pour les citations de chapitre : noms des auteurs et titre de l'article suivis de "in"; viennent ensuite les noms des Editeurs scientifiques - suivis de "(ed)" ou "(eds)"-, le titre du livre, la maison d'édition, la ville d'édition, l'année d'édition, et les pages du chapitre.

Pour les références Internet : titre général du site, adresse web complète de la page visitée, date de la consultation du site.

La reproduction des documents déjà publiés devra être accompagnée de la permission des auteurs et des éditeurs qui en ont le copyright.

