



Meurtrier à trois ans et demi !

« Tragédie incompréhensible » affirme-t-on tant dans le public que parmi les autorités concernées. Mercredi après-midi, une jeune mère, pensionnaire d'une maison d'accueil pour femmes en difficultés confie la garde de sa fille de quatre semaines pour quelques minutes à une autre locataire du centre. Profitant sans doute d'un moment d'absence de tout adulte auprès du nourrisson, un petit garçon de trois ans et demi s'en est pris au bébé, l'a fait tomber de son landau et l'a frappé et violenté jusqu'à ce que mort s'en suive.

Jean-Pierre Lebrun,
Psychiatre et Psychanalyste

Les enquêteurs ont reconstitué la scène et il a même été procédé à l'enregistrement audiovisuel de l'entretien. Le doute ne semble pas subsister : l'enfant a refait avec une très grande violence les gestes meurtriers avec une poupée.

Les questions fusent de toutes parts : un enfant de trois ans et demi peut-il être un meurtrier ? Comment s'explique cette flambée de violence ? Comment rendre compte d'une telle méconnaissance ? Mais aussi, de manière plus générale, pourquoi cette montée de la violence chez les enfants, des enfants tyrans à ceux qui vont jusqu'à frapper leurs parents ? Et surtout pourquoi se montrent-ils violents de plus en plus tôt ?

A l'heure où nous en sommes, nous ne savons évidemment encore que très peu de choses de la singularité de la tragédie. Qui étaient les parents, quelle fratrie, quelles conditions à son début d'existence ? Quelle violence à la génération du dessus ? Aurait-il lui-même été déjà la victime

de violence ? De quelle souffrance psychologique chez cet enfant, ces faits ont-ils été la traduction ? Il ne s'agit pas ici de discréditer ces pistes pour comprendre ce qui a eu lieu, bien au contraire, mais peut-être convient-il aussi d'emblée d'identifier avec le plus de lucidité possible ce dont cette tragédie pourrait être le symptôme, et cela au risque d'un « politiquement totalement incorrect ».

Contrairement à ce qui circule dans l'opinion ambiante, l'enfant n'est pas une oie blanche, pas plus qu'il n'est cet ange qu'on voudrait épargner de nos vicissitudes d'adulte. Contrairement à ce qui circule, l'enfant n'est pas l'égal des parents, et les droits que nous lui reconnaissons aujourd'hui ne rendent pas périmées les contraintes qu'il convient toujours de lui imposer. Contrairement à ce qui circule, un enfant est spontanément habité par la violence pulsionnelle et il a besoin de son environnement pour l'aider à faire de cette violence autre chose que de la destruction.

L'enfant est un petit incestueux et meurtrier en puissance - nous le savons depuis Freud mais nous sommes plus que jamais disposés à ne rien vouloir en savoir. Ceci ne veut pas tant dire qu'il veut faire l'amour à maman, ni qu'il veut tuer papa ; ceci veut surtout dire qu'une force libidinale est à l'œuvre dès son plus jeune âge et que celle-ci le pousse à fusionner avec la mère en même temps qu'elle le conduit à vouloir faire disparaître quiconque viendrait interrompre cette lune de miel. Sa libido a dès lors besoin des premiers autres qui l'entourent pour se confronter à une force contraire et ainsi lui permettre de trouver une autre issue que le renfermement sur cette dyade ou la destruction de toute altérité. C'est tout simplement la tâche de ce que, depuis des siècles, on

appelle l'éducation. Celle-ci implique donc, paradoxalement, de faire violence à la violence de l'enfant car cette dernière est à la hauteur de la force libidinale qui l'habite et le petit d'homme a besoin de rencontrer des adultes capables d'empêcher sa violence d'abord, de la lui interdire ensuite, autrement dit de lui transmettre les moyens grâce auxquels ils ont eux-mêmes réglé cette question.

Certes à trois ans et demi, on ne peut parler d'un homicide délibéré, car à cet âge-là, l'enfant n'a pas de représentation suffisante de la mort mais si le drame s'est réalisé, c'est parce que le vœu meurtrier à l'égard de l'intrus - fût-il un puîné ou tout simplement un nourrisson - a rencontré la réalité et que rien n'est venu en empêcher l'accomplissement.

Sans doute, nul n'a, en ce cas précis, rien à se reprocher, mais collectivement, nous laisser penser que l'enfant est une oie blanche n'induirait-il pas de ne plus devoir prendre la juste mesure de ses vœux incestueux et meurtriers ? Ne nous autoriserait-il pas à nous dispenser de faire violence à sa violence ?

Car voilà, en nos temps de mutation du lien social¹, l'air ambiant est à l'égalitarisme, à la permutabilité des places, à la symétrie des statuts, à la réciprocité des droits, à la parentalité hors différence des sexes, à la garde alternée... et dans ce contexte où tous les repères d'hier sont suspendus, trouver son orientation est souvent difficile. Aujourd'hui, qui pour soutenir que cela relève encore du travail de parent, d'éducateur, d'enseignant, de contraindre l'enfant, fût-ce même parfois par corps, à intégrer une limite, à faire sienne une seule place, à accepter un cadre ? Et qui pour endosser la haine de l'enfant - sa violence - qui ne pourra pourtant qu'émerger lorsqu'il devra prendre

acte de cette entame qui lui vient de l'autre? Qui pour repérer que ce qui est traumatique n'est pas la limite qui lui est alors imposée mais bien plus le fait qu'en l'invitant à éviter l'interdit plutôt qu'à l'intégrer, on le laisse sans recours, abandonné de qui pourrait lui indiquer le chemin des moyens psychiques qui lui permettraient de consentir à la limite?

Nous nous laissons aujourd'hui croire que l'enfant n'a pas de travail psychique à accomplir pour intégrer les paramètres qui lui permettront l'accès à une vie sociale; ainsi, nous nous épargnons souvent de devoir l'éduquer et nous lui économisons d'avoir à réguler ses pulsions. Moyennant quoi, nous le livrons à lui-même et le laissons devenir la proie de sa propre violence pulsionnelle.

Nous en sommes même - comme à propos de notre jeune meurtrier - à ne plus pouvoir penser qu'une violence pourrait survenir autrement que comme le résultat d'une violence à laquelle il aurait déjà assisté ou qui lui aurait été faite. Peut-être en l'occurrence est-ce le cas, mais c'est faire fi de ce que permet pourtant la plus simple observation clinique, à savoir que la première violence que l'enfant rencontre n'est autre que celle qui l'habite intimement, celle qui résulte de ce conflit entre ses désirs incestueux et meurtriers et l'interdit qui s'y oppose. Et que dans ce conflit, les chances que ce soient le travail de la culture et l'élaboration psychique qui l'emportent sont directement proportionnelles à l'aide qu'aura pu trouver l'enfant dans sa famille ou dans son premier entourage.

Mais où la famille va-t-elle trouver l'appui pour faire ce travail si l'ensemble du discours social délégitime ceux et celles qui ont la possibilité et le devoir de lui venir en aide pour construire ses premières régulations? Où un parent va-t-il trouver sa légitimité d'empêcher et interdire si tout vient lui dire qu'il suffit d'aimer?

Oserions-nous penser que le crime de notre jeune meurtrier ne serait que le symptôme de ce à quoi nous

ne voulons plus nous confronter? Ne rien vouloir savoir de la violence qui habite un enfant, ne nous aurait-il pas dédouané de la tâche d'avoir à y faire face? Cela ne nous permettrait-il pas de nous délester de notre propre violence? Allons-nous, de ce fait, nous satisfaire de comptabiliser les enfants-tyrans, de prendre acte du nombre croissant de violences dans les crèches, d'encoder les statistiques de parents battus? La tragédie qui vient de survenir, la borne de l'âge qu'elle dépasse outrageusement, ne serait-elle pas le prix que nous payons au fait de nous être collectivement débarrassés de la nécessité de ce qui s'est appelé pendant des siècles, l'éducation? ●

¹ Voir, à ce sujet, l'article de J.-P. Lebrun : « Incidences de la mutation du lien social sur l'éducation » publié dans la Revue Le Débat, en novembre-décembre 2004 chez Gallimard. Collectif consacré à « L'enfant-problème » (N° 132).



Santé mentale et médecin généraliste

Les médecins généralistes étaient conviés, le 7 octobre dernier¹, à débattre du thème de la dépression avec des professionnels en santé mentale. Outre l'intérêt de telle rencontre, ces échanges devraient servir à élaborer une journée de sensibilisation en 2005.

Robert Sterck

Psychiatre à l'hôpital de Jolimont à Haine-St-Paul, Vice-président IWSM

Pour entrer en matière : une réflexion sur notre système de soins

Catherine Fonck, Ministre de la Santé de la Communauté française avait fait aux organisateurs l'honneur de sa présence. Dans son intervention, en début de soirée, elle a fait part de ses interrogations sur l'état de notre système de soins : les besoins de la population sont-ils correctement évalués ? Les outils sont-ils adaptés face à des détresses multiples ? ... en y apportant quelques éléments de réponse :

- ▶ L'intérêt de structures d'accueil multidisciplinaires dans la cité
- ▶ L'intérêt de stimuler la capacité d'aide de l'entourage du patient
- ▶ La création éventuelle de structures d'hospitalisation psychiatrique-tampon de courte durée, n'excédant pas 72 heures (Des unités de crise ?)
- ▶ La rédaction, avec les acteurs médiatiques, d'une charte de communication sur les maladies mentales afin de lutter contre la stigmatisation des patients.

L'ouverture d'un dialogue avec les médecins généralistes

Cette soirée a réuni un grand nombre de médecins généralistes. Leurs questions, lors des débats, ont mis en évidence l'intérêt qu'ils portaient aux problèmes de santé mentale. Plutôt que de résumer les différentes interventions de chacun, je préfère vous faire part du questionnement qui s'est emparé de moi à la suite de cette soirée ; questionnement concernant essentiellement la place du médecin généraliste dans les dispositifs de santé mentale.

«

La santé mentale est une chose trop importante pour qu'elle soit aux mains des seuls spécialistes

»

Les attitudes réductrices ou dogmatiques sont à rejeter. Méfions-nous de la « DSM-IV psychiatriation » : mise en évidence de critères diagnostics, traitement psychotrope adapté, E.B.M. (évidence based médecine). Le spectre de la psychiatrie informatrice est proche...

Un partenaire clé dans l'offre de soins

Le champ de la psychiatrie peut être défini comme ce qui concerne le diagnostic et le traitement des maladies mentales. Le champ de la santé mentale est beaucoup plus vaste : il nous concerne tous : comment faire face à nos pertes, à nos deuils, à nos difficultés relationnelles, à nos problèmes familiaux, socio-financiers, dans une société où l'individualisme prime, où le lien social est distendu... ?

De nouvelles problématiques sont apparues : harcèlement sexuel ou professionnel, émigration, exclusion sociale, etc.

Le domaine de l'addiction suscite les préoccupations de nos différentes instances politiques : les questions sont multiples, les réponses peuvent être contradictoires : différents couples antagonistes peuvent être mis en évidence : drogues légales/illégales ; prévention/traitement ; soins/répression ; problèmes de traitement, de traitement sous contrainte, ...

Pour faire face à ces nouvelles demandes de soins et à la complexité de certaines situations, la mise en route de projets de réseau et de circuits de soins est envisagée, avec le but de traiter le patient au plus près de son milieu naturel. Le médecin généraliste devrait avoir toute sa place dans ce nouveau dispositif de soins, en liaison avec les autres acteurs de première ligne, service d'infirmier(e)s à domicile, assistants sociaux des C.P.A.S., aides-familiales, etc.

Au-delà du relais

Comment pouvons-nous caractériser la fonction du médecin généraliste dans ce système de soins ? Quelles sont les questions posées dans les débats ?

Lors de leur intervention, C. Reynaert et D. Hubert se sont interrogés sur les conditions nécessaires pour orienter un patient vers un relais psy : le patient doit savoir où il va, chez qui il va, pourquoi il y va ; et il doit avoir envie d'y aller...

Tout cela demande patience et temps ; le psy doit avoir conscience du temps qu'il a fallu au généraliste pour orienter la situation et il doit s'interroger sur toutes les raisons que le patient a évoquées pour ne pas y aller.

Ce rôle de relais, qui me paraît être le reflet d'une psychiatrie « classique », n'est qu'un des aspects de la fonction d'un généraliste dans un réseau de soins en santé mentale. D'autres aspects sont importants : dépistage

des problèmes non seulement psychiques mais également somatiques, par exemple, l'hypothyroïdie dans la dépression; suivi de l'évolution, détections des rechutes, soutien des familles devant faire face à un problème de maladie mentale chez un de leurs proches, réponses aux questionnements de la famille concernant les problèmes scolaires ou comportementaux des enfants, ...

Formation et communication au centre du débat

Travail complexe, difficile, posant le problème de la formation. Je ne pense pas que le généraliste doive s'orienter vers une formation spécifique, psychanalytique; sauf pour son développement personnel, systémique ou psychopharmacologique.

«

Ce qui fait la spécificité du médecin généraliste, c'est son caractère généraliste...

C'est lui qui connaît le mieux l'histoire de la famille, les conflits larvés, cachés, qui est le plus proche de l'entourage

»

Ce problème de formation a suscité beaucoup de questions de la part de l'auditoire: l'accent est mis sur le manque de formation en psychiatrie, sur l'importance de la formation à l'écoute et aux problèmes relationnels: il y aurait actuellement 30 heures de formation à l'écoute dans le cursus médical?

Le manque de communication entre psy et généraliste est dénoncé; il faudrait pouvoir se dire, au moins, deux mots... «A moi, psy, deux mots...».

Se connaître, se reconnaître

L'intérêt de la mise sur pied de réunions multidisciplinaires, sur le modèle de l'oncologie, où chacun pourrait enrichir l'autre de sa contribution est souligné. Or, les projets actuels de réseaux pourraient rencontrer cet objectif et leur financement par l'I.N.A.M.I. serait à l'étude. Ce financement est indispensable pour que les généralistes puissent s'impliquer dans les réseaux: il pourrait s'agir d'honoraires de participation à des concertations multidisciplinaires et non pas d'honoraires de psychothérapie, celle-ci impliquant une formation de longue durée qui ne peut être improvisée. Concertation multidisciplinaire, pour mieux se connaître, afin de pouvoir se reconnaître dans son identité professionnelle, identité distincte; pas de confusion de rôles; à chacun sa vérité...

L'accessibilité des soins reste une question importante pour une partie de la population; elle sera d'ailleurs le thème essentiel du travail de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, en 2005².

Le médecin ne peut être la seule porte d'accès possible aux soins; la mise au point des réseaux et circuits de soins permet de multiplier les entrées possibles dans le système: services sociaux ou infirmiers, milieux scolaires, etc.

La réponse psychopharmacologique, parfois indispensable dans les patho-

logies graves, n'est pas toujours indiquée. Nous devons également accepter nos limites, la recherche «à tout prix» de la guérison peut être néfaste pour le patient. L'enfer peut être pavé des meilleures intentions.

Ce qui importe, c'est la qualité de vie, la non-exclusion, la non-stigmatisation; la réhabilitation psychosociale ne peut réussir qu'avec la contribution de tous.

Absence de conclusion

Ceci n'est que le résultat de réflexions à la suite de la journée européenne de la dépression. Il ne s'agit pas de conclure; nous n'en sommes qu'à l'introduction. Il faudrait pouvoir rencontrer les représentants des généralistes, les écouter et voir avec eux ce qu'il est possible d'élaborer. L'I.W.S.M. pourrait avoir un rôle à jouer dans ce sens. ●

¹ Cette rencontre, organisée au Château de Namur à l'occasion de la journée européenne de la dépression, a été mise en place par l'UCL et l'European Medical Association, et, notamment, par les professeurs C. Reynaert et N. Zdanowicz - en collaboration avec le D. Hubert, membre de Société Scientifique de Médecine Générale (S.S.M.G.). Deux exposés ont alimenté le débat: «La dépression, une question de santé publique?» et «Le généraliste, le psychiatre et leurs patients dépressifs».

² Voir à ce sujet le Confluences n°8, en pages 2 et 3 - décembre 2004.

La législation sur la réglementation profession « psys »

Les débats sont toujours en cours.

Trois projets de loi sont à l'examen qui diffèrent sur la place donnée à la santé mentale par rapport au champ de la santé.

Une Plate-forme commune de 70 associations actives dans le secteur en Belgique soutient un projet qui permettrait de reconnaître la spécificité du champ de la santé mentale.

Deux documents: le premier retraçant brièvement l'historique mais aussi l'état de la situation actuelle et les enjeux en cours et, le second, présentant le projet d'interpellation de la concertation sont disponibles au Centre de documentation In Folio ou auprès de Brigitte Dohmen, de la Plate-forme psy.

Renseignements :
Brigitte Dohmen - brigittedohmen@tiscali.be
IWSM - In Folio 081/23.50.12 - in.folio@iwsmb.be



Évaluer l'évaluation

En prologue au Colloque¹ qui se tiendra à Bruxelles les 25 & 26 avril prochains, Confluences ouvre ses colonnes² à cette importante question d'actualité. Vous trouverez dans les pages qui suivent un aperçu des questions soulevées par les cliniciens en matière d'évaluation. Vous verrez que, quel que soit le cadre de travail et quel que soit l'interlocuteur politique, des pratiques se développent, des processus s'élaborent et des acteurs continuent à dénoncer leurs difficultés à participer à des systèmes qui restent décalés par rapport à leur quotidien et qui leur échappent... Deux journées pour en parler... L'occasion d'échanger entre partenaires de l'évaluation que sont les cliniciens, les chercheurs et les pouvoirs subsidiaires. C'est en effet dans le dialogue qui va pouvoir s'engager pendant ce temps d'arrêt que pourront se consolider des modalités de travail où le point de vue de chacun pourra être entendu et respecté. C'est en tout cas dans cette dynamique que s'est construit ce colloque. L'Institut Wallon pour la Santé Mentale participe à cette initiative et encourage vivement cet espace de réflexion. L'invitation est lancée....

L'évaluation s'impose aujourd'hui. Préoccupation passagère, nouveau paradigme de l'efficacité, contrainte liée à la domination des techno-sciences ou conséquence de la pénurie,... elle est dans l'air du temps !

En psychiatrie ou dans le champ plus général de la santé mentale et des pratiques psychosociales, les institutions n'échappent pas à cette nouvelle forme d'investigation.

Toutes les institutions ne sont bien sûr pas confrontées de la même manière à la question de l'évaluation : alors que certaines se sont vu

imposer ou proposer de façon plus ou moins concertée de nouveaux outils d'évaluation, d'autres ne sont soumises jusqu'à présent à aucune formule d'évaluation standardisée de leur activité, ce qui ne veut pas dire que la question ne fasse l'objet d'aucune réalisation ou réflexion en cours.

Dans tous les cas, il semble qu'une certaine confusion règne autour de la notion d'évaluation lorsque celle-ci touche aux pratiques en institution. Elle porte essentiellement sur la proximité de deux termes, trop souvent rabattus sur un même plan : le contrôle et l'évaluation.

Le premier, le contrôle, ou l'inspection, permet à un pouvoir organisateur ou à l'Etat de veiller au bon usage des moyens, notamment les fonds publics, et de vérifier que les institutions les utilisent en conformité avec leurs missions. Comme telle, cette vérification, tout à fait légitime, ne peut prétendre être la seule modalité d'évaluation des pratiques.

Le second, l'évaluation, concerne plus directement la pratique. L'évaluation a un caractère prospectif puisqu'elle permet de rendre compte des dispositifs institutionnels et de leurs effets, de la complexité des situations réelles rencontrées, des difficultés sur lesquelles on bute, du travail non-mesurable, de l'évolution des demandes et des besoins des publics, pour in fine... confirmer ou ajuster les projets, initier de nouvelles formes d'intervention, et de manière plus générale, favoriser la construction des politiques publiques par le dialogue permanent entre acteurs de terrain et décideurs politiques. Il semble donc nécessaire et même urgent d'effectuer un retour à la clinique afin de clarifier cette problématique de l'évaluation et de mettre en valeur les diverses méthodologies déjà existantes ou à

promouvoir sur le terrain, mais aussi pour mesurer l'écart inévitable entre les procédures d'évaluation et l'objet qu'elles sont censées évaluer. Comme le dit Christophe Dejourné, l'évaluation est une problématique hésitante :

L'évaluation passe en général pour une opération allant de soi. Elle est tenue par tout être raisonnable pour légitime et souhaitable... Il y a pourtant, de longue date, des raisons d'adopter en la matière une position plus circonspecte.

C'est avec cette motivation que l'Université Libre de Bruxelles, l'Université Catholique de Louvain, l'Institut Wallon pour la Santé Mentale et la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale se sont associés pour proposer un Colloque consacré à l'inventaire des pratiques actuelles ou à découvrir, aux questions de méthode et d'éthique soulevées par l'évaluation, ainsi qu'à ses perspectives et finalités. Une large place sera dévolue à la discussion dans les tables rondes avec la participation des pouvoirs publics et subsidiaires, des praticiens et des universitaires ou chercheurs.

Deux journées pour une première évaluation de l'évaluation... ●

¹ « Évaluer l'évaluation - L'évaluation des pratiques cliniques, psychothérapeutiques et psychosociales en institution : état de la question en Belgique francophone ». Bruxelles, les 25 & 26 avril 2005 au Centre culturel d'Auderghem. Une organisation conjointe de l'ULB, de l'UCL, de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, asbl et de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale.

Infos et secrétariat : lbfsm - 53, rue du Président - 1050 Bruxelles - tél : 02 511 55 43
E-mail : colloque.evaluation@skynet.be.

² Les textes publiés dans Confluences correspondent à une sélection des interventions qui seront présentées au colloque pour alimenter les tables-rondes. Un échantillon plus complet de ces textes sera publié dans Mental'idées, la revue de la lbfsm, qui y consacre tout un dossier, à paraître fin avril 2005.

« L'homme de l'outil »

Patricia Seunier,
Psychologue
au Service de santé mentale
La Passerelle à Ath

Depuis 1997, un processus de récolte de données à caractère épidémiologique est en cours dans les services de santé mentale et centres de guidance qui dépendent du Ministère de la Région wallonne. Ce processus est rendu obligatoire par le décret de 1996 qui organise l'agrément et le subventionnement des services de santé mentale. Depuis 1996, plusieurs phases se sont succédées, réunissant différents partenaires concernés par la question : la Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé, le Conseil Régional des Services de Santé Mentale, la Ligue Wallonne pour la Santé Mentale et, depuis 2003, l'Institut Wallon qui est donc en charge de procéder à la mise en place des nouvelles procédures de relevé de données.

En accord avec l'article 9 du Décret de 1996, la récolte de données doit permettre, après traitement, une meilleure connaissance des problèmes de santé mentale que rencontrent les services, d'évaluer le nombre et la localisation des services nécessaires, et de déterminer les types d'actions à mener.

Notons ce fait nouveau : l'épidémiologie ne sert pas à vérifier le bon usage des deniers publics par les services, ce qui est l'objet du rapport d'activités et de la visite annuelle de l'inspection, elle est au service, avec l'informatique qui lui sert de support, des processus de décisions au niveau des politiques de soins : grâce à l'épidémiologie, il s'agit de mieux connaître les problèmes de santé mentale que nous rencontrons, poser des choix et orienter des politiques.

Si les finalités sont ainsi énoncées, le traitement et l'analyse des données

sont, à l'heure actuelle, encore dans l'ombre. Le Gouvernement wallon procède actuellement ou va procéder à un appel d'offres auquel se présenteront probablement différentes institutions : universités, mutuelles, écoles de santé publique.

L'outil choisi, en tous cas retenu et dont l'usage est imposé depuis le début de l'année 2004, comprend deux types de variables : des variables à caractère socio-démographique sur lesquelles je ne me pencherai pas et des variables diagnostiques pour lesquelles le choix s'est porté sur une classification internationale proche du DSM4 : la CIM10 (Classification Internationale des Maladies-Dixième révision).

Chaque centre est ainsi tenu de choisir pour chaque patient au maximum 6 codes proposés par la nosographie, résumée dans un document de 45 pages, afin de constituer une « hypothèse diagnostique » et ceci après au maximum 3 entretiens. Ceux-ci sont établis par le thérapeute référent, quelle que soit sa formation mais après une réunion d'équipe au cours de laquelle le médecin psychiatre du centre est présent. Je ne m'attarderai pas maintenant sur les questions qui se posent dans l'application concrète de la procédure.

Il apparaît que le choix d'une nosographie fait passer le souci de « définir les problèmes de santé mentale rencontrés » à une autre démarche qui est celle d'obtenir « des données sur la population qui consulte », d'établir son profil. De la définition du problème qui est adressé au service de santé mentale à l'information sur les personnes qui consultent, il y a sans doute une subtile différence mais qui me semble à relever.

Il est également à noter que le choix d'une classification internationale comme la CIM10 rapproche les services de santé mentale d'autres structures dans lesquelles ce type

d'outil est utilisé depuis longtemps et produit, chez certains en tous cas, un malaise dont les coordonnées sont similaires.

L'histoire du DSM est à ce propos éclairante. On y apprend que sa naissance est motivée par la difficulté d'obtenir des diagnostics fiables et valides indépendamment des différentes théories psychopathologiques en cours. L'hétérogénéité des doctrines sur les causes des maladies rend ainsi le champ psychiatrique impropre à être une authentique discipline médicale. La construction d'une langue commune établissant un consensus non plus sur les causes mais plutôt sur la notion de syndrome, c'est-à-dire sur la description par un observateur qui se devrait d'être objectif d'un ensemble de symptômes observables et fixés à un moment donné, veut résoudre ce problème.

N'est-ce pas exactement à ce même point que nous sommes confrontés : comment repérer le profil des consultants des services de santé mentale si chacun parle avec sa langue ? L'usage de l'outil diagnostique a donc cet objectif : proposer un langage commun pour rendre l'objet lisible et traitable, pour pouvoir le comparer, le mettre en courbe, en échelle.

Par ailleurs, comme pour le DSM4, la CIM10 tend à être un outil utilisable par tous les travailleurs de la santé mentale, mais aussi par les gestionnaires de la santé et par les autorités politiques, c'est-à-dire que l'outil sert au dialogue avec les cliniciens. C'est a priori positif mais cela produit aussi une sorte de confusion de niveau : au nom de la recherche épidémiologique, il s'agirait d'établir les hypothèses diagnostiques « à la façon » CIM10.

Pourtant, l'homme construit par ces outils n'est pas celui que nous rencontrons. Peut-être y a-t-il une dimension de croyance en ce point,



voire de foi. L'homme de l'outil est un homme sans subjectivité, un homme dont la souffrance est découpée en troubles objectivables à la manière d'un symptôme médical, c'est aussi un homme qui a perdu son « épaisseur temporelle ». L'homme que nous rencontrons est un homme dont la « maladie », le « mal-être » se construit, comme toute la dimension du psychisme d'ailleurs, en relation avec autre chose que lui-même, en relation avec son entourage, articulé à la dimension sociale. En cela, c'est un homme en relation aussi avec celui qui l'observe, celui qui l'écoute et dialogue avec lui. De ce fait, il n'y a pas d'observation objective.

Plus précisément l'homme de l'outil n'est pas une partie de l'homme que nous rencontrons, une partie à laquelle il faudrait ajouter une autre pour le rendre complet. L'homme de l'outil est un homme modifié par l'outil, substantiellement : à la sortie il n'est plus le même qu'à l'entrée, une fois passé par l'outil, il n'est plus le même.

Ceci est important parce que si l'outil épidémiologique permet d'établir le profil de la population rencontrée, il n'est pas sans rapport avec la définition du travail qui se fait en service de santé mentale, et donc sur son identité. En effet, toute procédure diagnostique recèle une certaine conception de l'homme mais aussi de son traitement. Se profilerait ici un danger majeur. A l'homme cerné par le comportement manifeste et le symptôme entendu comme troubles morcelés non référés à une hypothèse causale s'applique un traitement par le comportement ou par la biologie comme modalité « médicale » de traitement du symptôme.

Bien sûr, nous n'en sommes pas là et cette inquiétude n'a peut-être pas sa place. Je ne peux néanmoins m'empêcher d'attirer l'attention sur le fait que la spécificité de l'ambulatoire en service de santé mentale notamment réside justement dans le fait que celui-ci est parvenu à dégager au fil des années une figure particulière du « sujet ». Je m'inspire pour ceci du texte fort éclairant de

Jean De Munck : « *Transformation des institutions et mutation des normes citoyennes* »¹. Il y a un choix éthique et méthodologique qui préside à l'accueil de celui qui souffre : *il n'y a pas de sujet isolé et souverain* (tel celui produit par l'idéologie moderne), c'est un sujet qui est au contraire toujours en interaction avec l'extérieur et cette interaction est au centre de la subjectivité. Ce choix s'incarne quotidiennement dans les modalités de l'accueil et de l'accompagnement des problématiques rencontrées chez un individu, dans une famille, dans un quartier. Ainsi, une des spécificités majeures qu'apporte le secteur ambulatoire à la politique de santé publique, est une certaine conception du soin, qu'il soit du corps ou de l'esprit, d'ailleurs. Il s'y trouve contextualisé, rendant souvent nécessaire l'invention de fonctionnements collectifs originaux, voire l'invention d'alternatives institutionnelles. L'auteur ajoute : *Il est à ce titre un laboratoire de la santé du XXIème siècle.*

Alors, comment articuler aujourd'hui la mise en place et l'application d'une recherche épidémiologique usant d'une codification diagnostique pour mieux cerner le profil psychologique et psychiatrique des consultants et l'originalité du projet – projet thérapeutique, projet sociétal et donc aussi politique qui définit et porte le travail en service de santé mentale ?

De quels types d'éléments peut-être s'agirait-il d'accompagner la lecture des résultats de la recherche épidémiologique pour infléchir « l'erreur », l'erreur substantielle qu'elle produit ?

Ne pourrait-on travailler à spécifier plus finement les problèmes qui se posent, le contenu des plaintes qui nous sont adressées afin de profiler et de chiffrer même des problématiques plutôt que des individus ? Ou, autre voie, n'y aurait-il pas lieu de pointer et d'objectiver ce qui, dans la demande qui nous est adressée, n'apparaîtra que tronqué ou n'apparaîtra pas du tout dans la photographie CIM10 ?

L'enjeu est de taille car il est raisonnable de se demander ce que seront les effets de l'application de ces nouvelles procédures sur le travail qui se déroule au quotidien et sur ses conditions de faisabilité, travail dont de nombreux textes, notamment ceux qui paraissent dans la revue *Confluences*, rendent compte.

Je précise que ce texte a pu s'écrire grâce notamment aux apports de collègues plus ou moins proches. Néanmoins, il n'est pas un texte collectif. Les idées émises notamment à la fin du texte n'engagent aujourd'hui que moi. ●

¹ Article publié dans *Mental'idées*, n°1, janvier 2004, Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale.

De notre évaluation pour le travail clinique à la mesure de son efficacité

Marc Minnen,

Psychologue, Sociothérapeute

Guy Laloire,

Assistant social, Sociothérapeute
au Foyer de l'Équipe, Anderlecht

L'institution où nous travaillons, le Foyer de l'Équipe¹, s'inscrit depuis quarante ans dans l'Histoire de la psychiatrie. En quelques lignes, il est difficile de retracer cette Histoire, même si nous nous bornons à celle de l'évaluation. Essayons donc d'être contemporains en parant au plus pressé, tout en tâchant de viser au plus précis, jusque dans les nuances. Dans notre titre, nous essayons précisément d'introduire un minimum de nuance entre l'évaluation et la mesure.

En effet, pour notre part, c'est depuis 1964 que nous procédons à une évaluation de notre pratique clinique. Ceci est historiquement vérifiable à la simple lecture du rapport d'activités annuel. Cette évaluation s'appuie pour l'essentiel sur des histoires, celles qui arrivent à ceux que nous accueillons et, surtout, celles qu'ils nous racontent.

Aujourd'hui, l'Histoire nous presse - en l'occurrence, notre pouvoir subsidiant, l'I.N.A.M.I. -, nous prie instamment de mesurer les résultats de la rééducation et, plus particulièrement, la situation professionnelle et la situation d'habitation de chaque sortant, étant entendu que le must de la réintégration psychosociale est de se trouver un travail et un logement comme vous et moi. Emoi dans notre monde. Pour peu, on nous demanderait de chiffrer la probabilité qui leur reste de pouvoir se trouver un travail et un logement. Dieu merci, ce n'est pas encore le cas, mais il y a déjà lieu d'insister sur cette autre nuance entre la mesure statistique et le calcul probabiliste. Dans ce dernier domaine, appliqué à la psychiatrie,

toute tentative relève a priori de la fumisterie.

Revenons-en à l'injonction actuelle de l'Histoire et envisageons la possibilité d'y répondre oui, tout en ne lui obéissant pas au pied de la lettre. Telle est la gageure que nous avons essayé de soutenir et que je vais évoquer à présent sur la base d'un travail collectif, celui d'une Commission 'Evaluation', créée dans le cadre d'un dialogue difficile entre l'I.N.A.M.I. et la F.S.P.S.T., la Fédération des Structures Psycho-Socio-Thérapeutiques, soit un certain nombre d'institutions psychiatriques extra-hospitalières ayant une convention avec l'I.N.A.M.I.. Celui-ci a annoncé il y a quelques temps à l'ensemble de ces institutions, dont chacune avait une convention particulière de rééducation fonctionnelle, qu'il était désormais prévu de signer une convention commune à l'ensemble, institutions résidentielles et centres de jour confondus. Cette nouvelle et unique convention nous demandait d'évaluer les personnes qui s'adressent à l'institution pour y être prises en charge, durant celle-ci et au moment de leur sortie. Dans le projet initial, on nous demandait même de fournir des données résultant d'un suivi effectif au-delà de la sortie ou, à tout le moins, en prenant des renseignements auprès de l'institution suivante, dans laquelle un patient serait allé solliciter une nouvelle prise en charge. Pour des raisons éthiques évidentes, nous avons proposé la suppression de cette dernière clause; encore nous a-t-il fallu, pour l'obtenir, user d'arguments économiques, tant la seule éthique s'avère difficilement audible, et, à tout le moins, insuffisante dans le cadre de telles négociations.

La Commission 'Evaluation' - constituée de représentants de neuf institutions, de jour comme de nuit, francophones comme néerlandophones, avec des références psychanalyti-

ques ou autres - a entamé son travail par un constat mitigé: nous avons de la chance dans notre malheur.

Pour notre malheur, l'I.N.A.M.I. nous demandait d'évaluer chaque patient en mesurant les progrès réalisés entre le début et la fin de la prise en charge, partant du principe que la rééducation devait porter sur un certain nombre d'habiletés, neuf au total, que lesdits patients étaient supposés avoir perdues ou ne s'y situer que de façon limitée. Ces neuf habiletés, sommairement décrites, émanaient, comme nous le découvrîmes assez vite, non de la science infuse du Collège des Médecins-Directeurs, mais bien d'une grille évaluative d'origine canadienne, prononcée «jex» - comme les tampons métalliques servant à récupérer les vieilles marmites qui adhèrent un peu trop - mais écrite comme abréviation de «Grille d'Evaluation de la Compétence Sociale».

Je vais consacrer quelques lignes à cette grille, en m'arrêtant à la première habileté définie comme autonomie de base; ce domaine recouvre, comme le précise la seule définition proposée par l'I.N.A.M.I., les activités essentielles à la satisfaction des besoins personnels de base, à savoir: s'alimenter, se laver, éliminer et s'habiller. La grille canadienne propose une sorte de mixte évaluatif: soit l'idéal figure comme titre de l'item et s'ensuit une liste de déviations par rapport à la norme pré-établie (c'est le cas, par exemple, dans le domaine de l'alimentation, pour un item intitulé «Manger de façon adéquate» et définit comme suit: «Prendre les aliments en bouche, les mastiquer correctement et les avaler selon une séquence temporelle adéquate». Les déviations cotées 1, sont: «Avaler la nourriture sans la mastiquer, prendre la bouchée suivante avant d'avoir avalé la première, boire avec la nourriture en bouche,



laisser échapper de la nourriture de la bouche, et enfin manger trop vite ou trop lentement», soit l'idéal normatif figure en tête de liste, coté 4 et les points suivants constituent une dégradation progressive de la norme, cotés 3 à 0 (c'est le cas, dernier exemple, dans le domaine intitulé «Toilette» pour l'item intitulé «Utiliser les toilettes»: soit l'idéal 4, «Se rendre spontanément à la toilette et éliminer, utiliser le papier hygiénique, tirer la chasse d'eau, se laver les mains et laisser l'endroit propre», soit 3: «Utiliser la toilette sans souci de se laver les mains ou de laisser l'endroit propre», soit 2: «Utiliser la toilette sans tirer la chasse d'eau», soit 1: «Utiliser la toilette sans souci de propreté corporelle», soit enfin 0: «Ne présente aucune socialisation du comportement d'élimination».

Restons-en là et tirons la chasse d'eau – ce sera plus propre – dans la mesure où cette grille canadienne nous propose la constitution progressive, touche après touche, d'une sorte de monstrueux golem qui n'est d'abord qu'un corps qui mange et s'habille correctement et est propre sur lui jusqu'à ses orifices les plus intimes; ensuite, on observe s'il est capable de se débrouiller dans sa maison avant d'évaluer s'il est capable de s'y retrouver dans la cité; ce n'est qu'en quatrième lieu qu'on s'aperçoit qu'il est doté de parole et on vérifie s'il s'en sert à bon escient, avant de s'assurer s'il est capable de s'insérer dans un groupe social et, ensuite, de bien se comporter sur son lieu de travail. Ceci s'inscrit évidemment en complet porte-à-faux par rapport aux convictions cliniques qui orientent notre travail.

J'ai écrit ci-dessus que nous avons de la chance dans notre malheur. En effet, l'I.N.A.M.I. se contente de nous livrer les définitions sommaires de ces neuf habiletés, sans faire aucune mention de la grille canadienne dont elles sont issues. C'est ce sur quoi a embrayé la Commission 'Evaluation', à savoir: faire comme l'I.N.A.M.I., c'est-à-dire faire comme si cette grille n'existait pas. Nous avons donc opté

pour un travail de redéfinition des sept habiletés qui nous paraissent relativement compatibles avec notre pratique évaluative de longue date. Ainsi, pour ne reprendre que l'exemple déjà cité, nous avons proposé la définition suivante de l'autonomie de base: ce domaine recouvre les activités essentielles à la satisfaction des besoins personnels et, plus globalement, la relation au corps telle qu'elle est perturbée dans les diverses pathologies.

L'I.N.A.M.I. a accepté ceci sans réticences manifestes, mais la partie n'est pas gagnée pour autant. Elle ne fait au fond que commencer dans la mesure où il reste une série de questions à résoudre et de nouvelles nuances à introduire. Je vous les livre pêle-mêle en guise de conclusion:

1° Avant d'entamer une telle démarche évaluative, nous devons avoir la réponse à la question de savoir quels seront l'usage et le destin des évaluations demandées.

Par exemple, si les données ne sont pas rendues « anonymes », le risque est grand de voir poindre une évaluation qui porterait sur les performances de telle institution par rapport à telle autre, encourageant ainsi chaque institution à s'auto-encenser via l'évaluation et rendant ainsi parfaitement inutilisable une telle somme de travail.

2° Qui plus est, la mesure des résultats ne peut pas se confondre avec la mesure de l'efficacité d'une institution, de la même manière qu'en médecine, on ne confond jamais l'obligation de moyens avec l'obligation de résultats.

3° Il est indispensable de souligner la différence entre les données recueillies et l'interprétation de celles-ci; ceci est une nuance tout aussi fondamentale que les deux précédentes mises en exergue. A cet égard, la lecture des données chiffrées devrait être confiée à une commission tripartite, composée de représentants de l'instance subsidiante, de représentants des institutions subsidiées

et d'experts indépendants qui seuls pourront éviter un affrontement duel où chaque protagoniste est à la fois juge et partie.

4° Enfin, nous devons exercer notre vigilance à l'endroit des effets du discours ségrégatif en multipliant les dialogues avec les Médecins-Conseils des Mutuelles et les politiques à leurs différents niveaux de compétence. ●

1 Foyer de post-cure psychiatrique qui accueille 30 résidents âgés de 20 à 50 ans.

Evaluation en IHP, deux modèles¹.

Dans le secteur des Initiatives d'Habitations Protégées, les institutions sont confrontées à une triple obligation de «rendre compte» de leurs activités : remettre un rapport d'activités annuel, enregistrer le *Résumé Psychiatrique Minimal* (RPM) demandé tous les semestres par le ministère fédéral de la santé et réaliser un dossier d'agrément à remettre dans une version réactualisée aux autorités régionales tous les 5 ans. Aucune de ces 3 obligations n'est nommée évaluation, mais la transmission des informations fait partie de ce qu'on peut appeler le contrat entre chaque IHP et les autorités publiques. Une nécessité légitime... particulièrement instructive à étudier pour mener une réflexion générale sur l'évaluation. Des systèmes à comparer pour en mesurer les enjeux et les conséquences dans un secteur en évolution.

Thierry Van de Wijngaert
Président de la FFIHP

La réflexion développée dans ces quelques lignes s'appuie sur la comparaison entre le système en vigueur au fédéral : le RPM, et le dossier d'agrément à remettre aux autorités régionales à Bruxelles.

Deux modèles contrastés

D'un côté, des experts ont construit un modèle fermé, sur base d'une conception a priori de notre objet de travail sans tenir compte de critiques fondées des représentants de terrain. De l'autre, c'est une élaboration commune entre pouvoir public et représentants du secteur qui a donné lieu à une structure ouverte, sur base d'une approche prudente des visées, des méthodes et des résultats thérapeutiques du secteur.

Selon un document officiel du Ministère de la santé, le but du RPM² est de soutenir la politique de santé à mener en ce qui concerne la détermination des besoins en équipement, la définition des normes qualitatives et quantitatives d'agrément, l'organisation du financement y compris le contrôle de l'utilisation efficace des allocations de fonds publics et enfin l'élaboration d'une politique sur base de données épidémiologiques. Concrètement, c'est un questionnaire récoltant des données purement quantitatives. Il s'agit de cocher des petites cases où sont mélangées des données descriptives de la population sur les plans clinique et socio-

logique à l'entrée et à la sortie, des données centrées sur des examens et des actes posés. Si les quatre dimensions visées sont légitimes, leur regroupement à travers le RPM questionne sur le plan éthique et pose problème sur le plan technique. Par ailleurs, en Région bruxelloise, pour les structures IHP dépendant de la COCOF (CONseil COMMunautaire Francophone), le dossier d'agrément a une structure ouverte. C'est-à-dire qu'à côté des quelques données administratives et de données chiffrées à caractère clairement épidémiologique, il nous est demandé un travail d'écriture sur le projet, sur notre conception du travail et enfin des récits de cas pour donner une idée de ce que nous considérons être une réussite et une impasse thérapeutique suite à un séjour en IHP.

Lien social et plus value comptable

A l'heure actuelle, les préoccupations légitimes des pouvoirs publics telles qu'elles sont listées dans le but du RPM tendent à être reprises et amalgamées, sous le seul terme d'évaluation et selon une méthodologie uniforme. Cette fusion des registres est vraiment problématique parce qu'elle fait passer au registre comptable des dimensions dont on ne peut estimer la fiabilité par la quantification.

Ce mouvement se fait probablement de façon inconsciente compte tenu de l'idéologie dominante de notre

époque qui promeut, ou plutôt presse, les pouvoirs publics à s'inspirer du monde de l'entreprise pour penser leur mission et la gestion de l'état. Dans cette perspective, l'évaluation apparaît comme l'instrument par excellence de légitimation des décisions prises par les gouvernants.

Ce qui est particulièrement problématique, c'est précisément l'exportation simple des coordonnées et des modalités de l'évaluation de ce secteur dont l'objet et les visées sont absolument incomparables aux nôtres.

L'évaluation y est pensée dans une perspective de plus value financière via la production industrielle d'objets standardisés. Le «facteur humain» et la question du lien social, tels qu'ils se travaillent dans nos secteurs, ne sont pas réductibles à la seule dimension de «production de plus-value comptable».

La séduction par la «qualité»

Une approche managériale centrée sur le terme de «qualité»³ s'est développée à la fin du XX^{ème} siècle. A côté de la plus-value attendue par les actionnaires, cette stratégie poursuit l'idéal de la satisfaction de tous : le client et l'ensemble des acteurs de la production allant du PDG jusqu'à l'ouvrier non qualifié. Un autre aspect essentiel des démarches «qualité», c'est d'être indissociable des idéaux de prévisibilité, de traçabilité, de transparence et de rationalisation des procédures de production. C'est-à-dire que les processus de production successifs doivent être préalablement définis dans le moindre détail et, ensuite, être entièrement respectés. L'évaluation au cours et en fin de processus vise à vérifier la conformité des produits et du travail aux normes préalablement établies selon une approche uniquement quantitative. Ce modèle qui prêche l'excellence, la qualité et la satisfaction pour tous fait l'objet d'un véritable culte qui trouve sa légitimité dans une prétention de rigueur et de pragmatisme



scientifique. Or, cette rhétorique sert avant tout de voile à la promotion d'une idéologie.⁴

Impasses d'« homo technicus »

Dans la confrontation à la réalité du terrain de la production industrielle, il est évident que la satisfaction pour tous n'est pas au rendez-vous et que des critiques existent même si elles ont du mal à être entendues sous le flot continu de la propagande des bonnes nouvelles dont nous inondent les marchands de stratégies en management. Cette logique managériale s'est étendue jusque dans les administrations publiques et se présente aujourd'hui à nous sans que soient soulevées les questions sur son adéquation dans d'autres secteurs. Ainsi, le passage du secteur de la production d'objet à celle de service a amené des questions importantes comme celle de savoir si un usager des services publics et un client étaient équivalents ? ou si les lois du management - orientées par le profit maximal et la vente d'un service prédéterminé au plus grand nombre possible de clients - sont d'application en matière de services publics et, a fortiori, dans le secteur de la santé mentale ?

Cette question est d'autant plus pertinente que la littérature managériale ne cache pas que l'endoctrinement ou l'éducation des besoins du client fait partie intégrante du processus de production. Il s'agit de contrôler la mise en forme de la demande du client en fonction de ce que l'on a planifié de lui proposer à l'achat.

Tenir compte de la complexité

Revenons aux IHP et à ces deux formes de rapports de leurs activités. Le RPM, par sa forme, 11 blocs de cases à cocher, s'inscrit dans une logique exclusivement quantitative et fermée, compatible avec le traitement statistique (listes de symptômes à l'entrée, diagnostic selon le DSM IV, liste d'objectifs à l'entrée, listes de traitements, listes de symptômes à la sortie, etc...). Les items de traitement du RPM mettent en avant les aspects médicamenteux, ceux de nursing,

d'apprentissage et de surveillance. C'est le règne du « oui-non », « présence-absence » et de la gradation de signes ou d'actes posés sans la moindre place pour une dimension qualitative. Sous couvert de rigueur scientifique, ne sont retenus comme pertinents que les éléments d'observation et d'intervention répondant à l'impératif d'objectivation. Les seules pratiques qui peuvent s'y retrouver, ce sont celles qui se structurent et se pensent comme un accompagnement comportemental de revalidation des capacités fonctionnelles mesurables et optimisables. La visée du traitement est une approche de la norme. Le thérapeute est considéré comme un pur technicien interchangeable.

A travers ce type d'évaluation, se profile la promotion implicite de certaines conceptions de la santé mentale et de pratiques caractérisées par la négation de l'abord subjectif de la réalité tant pour le patient que pour le praticien, alors que fondamentalement la relation thérapeutique, comme phénomène de rencontre de deux subjectivités, est capitale dans le processus thérapeutique. A chaque rencontre, il faut créer un processus nouveau en rapport avec les spécificités de la personne et de sa demande. Les aspects techniques et les références théoriques y sont toujours seconds.

Ensuite, la surestimation de la fonction d'un contrat fondée sur la rationalité des protagonistes est inadéquate dès lors que nous travaillons essentiellement avec des personnes dont la souffrance est d'abord associée au fait d'être le siège de phénomènes incontrôlables de pensée, de corps ou d'actes et pour qui la façon d'être en relation est perturbée plus ou moins gravement par l'interprétation des intentions et sentiments de l'autre. Les idées de contrat et de processus thérapeutique standardisés excluent par principe ce qui est le cœur de nos pratiques, à savoir, l'aléa, l'imprévu, l'exception à chaque fois présente. Enfin, pour rappel, nous avons à faire à une réalité extrêmement complexe, qui comprend cette difficulté épistémologique indépassable qui est que le chercheur, le praticien, fait toujours entièrement

partie du dispositif qu'il étudie. Le RPM, c'est aussi la reprise d'un modèle linéaire en trois temps issu de la tradition médicale : isolement d'un symptôme, application d'un traitement et suppression du symptôme.

Ce modèle est doublement fautif au regard des coordonnées que nous venons de donner de notre pratique. D'une part, il nie la dynamique interactive entre différentes dimensions complémentaires et d'autre part, il pêche par une approche réductrice du symptôme. Ce dernier peut avoir une fonction régulatrice dans l'économie psychique d'un sujet.

Les équilibres fragiles et les solutions construites par les patients fussent-elles précaires, relèvent avant tout d'un bricolage singulier qui n'est en rien réductible à la conformité à des normes fonctionnelles. Le rapport d'agrément demandé par la COCOF, quant à lui, complété d'une conversation lors de l'inspection, contraste radicalement avec le RPM parce que son exigence de textes descriptifs pour tenter de bien dire nos fondements, notre dispositif et nos résultats respecte l'idée même que la santé mentale, son approche et son traitement doivent rester avant tout un objet d'étude et que par conséquent, la variété des approches a comme telle une valeur.

Ces textes et ces rapports que nous devons produire, ainsi que les conversations qui les éclairent, recèlent à mon sens des éléments bien plus pertinents pour penser l'organisation et la gestion des problèmes de santé publique. ●

1 Une version plus complète de cet article paraîtra dans *Mental'Idées* n°6, lbfsm, avril 2005.

2 Site web du Service Public Fédéral, Santé publique, Direction Générale de l'Organisation des Établissements de soins.

3 On lira avec intérêt à ce sujet le livre de F. Mespelboom : *Au-delà de la qualité, conditions de travail et politiques du bonheur*. Paris, Ed. Syros, 1999 (deuxième édition).

4 Ainsi, lors d'un débat organisé par « Les Amis de l'École de Paris du Management », Michel Berry qui en était l'animateur, a introduit la discussion comme suit : « La qualité totale est un sujet difficile à discuter, qui pourrait relever de la théologie tant elle peut apparaître comme une religion. Mettre en œuvre avec discernement le management par la qualité a parfois des effets merveilleux. [...] Des applications dogmatiques peuvent entraîner un fétichisme des méthodes et une dérive bureaucratique ou, pour garder la même image, un véritable intégrisme ».

Gestion autonome des médicaments de l'âme

Une expérience québécoise

Il existe de plus en plus de démarches citoyennes où les usagers sont partenaires de leur traitement, où ils reprennent le pouvoir sur leur vie, où ils deviennent acteurs des soins en santé mentale. C'est le cas, notamment, des groupes d'entraide qui développent la gestion autonome des médicaments. Luc Vigneault, à la base de ce mouvement au Québec, était invité à en présenter les fondements à l'occasion de rencontres organisées par les Femmes Prévoyantes Socialistes.

L'expérience semble séduire aujourd'hui en Belgique un groupe pilote d'usagers.

L'occasion, pour Confluences, de se pencher sur ce concept d'entraide et de gestion autonome des médicaments de l'âme.

Liliane Leroy

Licenciée en psychologie clinique,
Attachée au Service d'études des
Femmes Prévoyantes Socialistes,
Responsable pédagogique pour
la Fédération des Centres
de Planning familial des FPS

Je m'appelle Luc Vigneault. Vous m'avez peut-être déjà rencontré errant dans les rues, hirsute et hagard, criant des injures à l'intention d'interlocuteurs invisibles. Oui, le fou que vous avez vu, c'était peut-être moi. Depuis ces tristes jours, j'ai cessé d'être fou et j'ai même acquis la certitude que je ne le serai plus jamais.

Quand j'ai été hospitalisé en psychiatrie, j'ai reçu un diagnostic de troubles de la personnalité limite avec tendances paranoïdes et dépressives. Moi, je sais que c'était pire et que la schizophrénie m'habitait déjà depuis plusieurs années. Les psychiatres étaient en effet loin de se douter que cela faisait quinze ans que j'étais suivi par une ombre qui me poursuivait. Ils ne savaient pas non plus que j'avais pris l'habitude de me réfugier dans des personnages qui venaient prendre ma place quand je les appelais et qui me permettaient de m'absenter de moi-même¹.

C'est par ces mots que Luc Vigneault introduit son livre «Aller-retour au pays de la folie».

L'Aller de Luc Vigneault dans ce pays, c'est la souffrance personnelle qu'il qualifie d'incommensurable à laquelle se surajoutent l'isolement, l'étiquette diagnostique, la contention, l'addition de médicaments: calmants, antidépresseurs, neuroleptiques, antiparkinsoniens (pour couvrir les troubles du mouvement associés aux neuroleptiques), avec leur lot d'effets secondaires (l'absence d'érection, l'akinésie, les troubles de mémoire, la fatigue, l'asthénie, la confusion, le besoin de dormir plus de 16 heures par jour). Et malgré cela, toujours l'angoisse, *J'avais un trou dans la tête et des insectes noirs sortaient de partout pour me mordre: je ne riais pas, je n'avais besoin de rien, j'avais l'air bête. Les cocktails de médicaments que j'avalais ne m'apportaient aucun réconfort. Je n'aimais pas non plus les sensations et la fatigue que cette lourde médication me procurait*².

Situation apparemment sans issue qui a conduit bien des personnes avant et après lui, au Québec ou en Europe, à mener une vie d'errance d'institution en institution.

Puis, il y a le retour du pays de la folie: la rencontre de Luc Vigneault

avec une équipe et des «usagers», comme ils se nomment eux-mêmes, d'un centre de ressources alternatives pour la santé mentale.

Les ressources alternatives en santé mentale au Québec, ce sont des lieux, situés au cœur d'un quartier où l'on peut se rendre librement pour boire un café, participer à des loisirs, parler à un professionnel, mener un projet personnel ou collectif. Ces ressources ont une philosophie commune, des principes communs. La personne est considérée dans son histoire, elle vit dans un milieu donné, dans des conditions sociales, culturelles et politiques qui impriment à sa souffrance des caractéristiques propres.

Lors de notre rencontre, la directrice d'un centre de Montréal m'a tenu ce discours: *ici, on reçoit des personnes et non des diagnostics. Il y a place pour les rêves, les projets, l'histoire, la vie culturelle et spirituelle, l'art, la créativité. Les intervenants sont à la disposition des usagers aussi bien pour une aide thérapeutique individuelle que pour organiser avec eux des ateliers, des sorties collectives, pour leur donner des informations, voire des formations, s'impliquer dans des actions collectives etc. Avant d'être mis en place, le sens de ces propositions est interrogé par rapport aux objectifs et projets de vie des personnes.*

Gageons que de pouvoir exister dans la relation avec un «thérapeute» ou comme ils le nomment «un intervenant», autrement que sur base d'une parole et plus particulièrement d'une parole qui porte essentiellement sur les fractures de l'être et les difficultés rencontrées, aide les personnes à re-trouver une dignité, à se sentir considérées et à pouvoir optimiser la mobilisation de leurs richesses et de leurs capacités. Le centre alternatif vise la réappropriation du pou-



voir, «l'empowerment»). La personne a le droit de décider ce qu'elle veut, quand elle le veut, même si c'est sans filet, s'il y a un risque. C'est sa décision. Elle a le droit de se casser le cou, de choisir, c'est permis. Imbriqués dans la communauté, ils favorisent l'entraide entre les usagers, l'engagement social et politique et se basent sur des rapports égaux entre usagers et intervenants.

Les usagers participent à la vie démocratique et à l'organisation de la ressource, en faisant notamment partie du conseil d'administration.

C'est dans ce contexte que Luc Vigneault a pu reprendre les rênes de sa vie et construire sa méthode personnelle de «gestion autonome des médicaments de l'âme» puis la développer dans différents groupes d'entraide à travers le Québec.

Il définit la gestion autonome comme *le droit et la possibilité pour toute personne recevant des médicaments d'être informée sur les raisons, la pertinence, les effets secondaires et le mode d'utilisation de la médication prescrite; d'être avertie des alternatives possibles à cette médication et encouragée à les utiliser; de pouvoir négocier avec le prescripteur le type de médicament, la dose, la fréquence, etc.; de décider de diminuer et/ou de se sevrer (c'est-à-dire d'arrêter toute médication totalement ou partiellement, définitivement ou provisoirement) et d'être accompagnée dans ce processus par le médecin prescripteur ou référée à un autre professionnel de la santé capable et désireux de faire cet accompagnement*³. Cette gestion autonome est intégrée à tout un processus d'appropriation du pouvoir de la personne, elle s'inscrit dans la démarche de groupes d'entraide.

Cette «méthode» s'inscrit dans une démarche «d'empowerment» ou comme le disent si joliment les Québécois, «d'empuissancement». La personne est invitée à faire le point sur sa qualité et ses conditions de vie (comment elle se débrouille avec son budget, son implication sociale, son lieu de vie...), son entourage (sur qui peut-elle compter, quelles sont

les relations sociales qu'elle entretient, quels groupes fréquente-t-elle, comment s'y sent-elle...), sa santé et ses besoins en santé (comment fait-elle pour y répondre, quelle est la relation avec le médecin, quels sont les effets et les effets secondaires de sa médication, quelles sont les répercussions de ces médicaments sur sa santé, sur sa vie sociale, sa sexualité, quelles sont les difficultés de s'informer sur les médicaments).

Comme pour tout sevrage de psychotropes, des effets de sevrage se feront sentir. Il est donc important que la personne soit bien informée des effets de diminution de son médicament, elle sera alors mieux outillée pour faire face à sa nouvelle façon d'être au monde. Les effets secondaires dus au sevrage sont souvent attribués, à tort, à la maladie et leur présence conduit paradoxalement à justifier leur prescription.

Luc Vigneault dénonce par ailleurs le manque de rigueur scientifique des informations dont sont victimes les patients mais aussi les médecins. A la suite de bien d'autres, il dénonce la désinformation, le surinvestissement de la publicité faite aux médecins⁴.

Il est fondamental que la personne qui entreprend cette démarche soit soutenue par un groupe d'entraide ou par des proches. Tant pour le rôle de soutien, de partage d'expériences, que comme «garde-fou». Leur rôle est alors de témoigner du comportement de la personne et de lui signaler lorsqu'elle «dérage». Le guide publié par le RASMQ⁵ invite les personnes à faire le point sur leurs ressources personnelles et sur les ressources de leur entourage.

Il est proposé aux candidats à la gestion autonome, de se constituer une échelle de 1 à 5 :

1: «Je vais bien»... 5: «Je n'en peux plus». A chaque étape, il s'agit de repérer les signes de l'état dans lequel ils se trouvent, les moyens d'y remédier. Les personnes «ressources» sont averties de cette échelle et peuvent ainsi jouer leur rôle de «garde-fou».

Enfin, la stratégie proposée est celle de la règle des 10%. Il s'agit de diminuer la médication progressivement, par palier de 10%, de juger de la qualité de sa vie aux différentes doses afin de trouver le juste milieu entre l'apport des médicaments et leurs inconvénients. Cela peut conduire au sevrage total, mais pas forcément. La méthode du 10% doit être faite sous supervision de professionnels de la santé qualifiés et idéalement, accompagnés d'un référent issu du groupe d'entraide. Cette règle du 10% doit être vue comme un repère. Le principe de base en est simple: il ne faut jamais diminuer la dose d'un médicament de plus de 10% à la fois. Le temps entre chaque étape est différent pour chaque personne. Il est donc important d'attendre d'être bien avant de procéder à la deuxième étape. Si la personne éprouve des difficultés ou n'est pas bien suite à une diminution du dosage, elle revient à l'étape précédente.

Il existe des groupes d'entraide en santé mentale partout au Québec. Ces groupes sont structurés et répondent à une chartre qui consacre l'engagement de «par et pour». Comparables aux groupes des alcooliques anonymes que nous connaissons de par leur fonctionnement et leur indépendance, ils font néanmoins parfois appel à un intervenant extérieur pour implanter le travail de gestion autonome des médicaments de l'âme. Des personnes sont subsidiées par le gouvernement pour ce faire. Il peut s'agir «d'ex-psychiatrisés»; la philosophie étant qu'ils sont qualifiés pour aider leurs pairs.

Ce processus d'appropriation du pouvoir sur ma vie a eu pour effet d'augmenter ma qualité de vie et ainsi rompre l'élastique qui me retenait au centre hospitalier. Je me suis mis à faire du bénévolat. Et de fil en aiguille, je suis devenu intervenant en santé mentale. J'ai œuvré dans un groupe d'entraide, dans une ressource d'hébergement et, par la suite, j'ai été coordinateur d'un service de crise régional en santé mentale. Car je crois profondément qu'il faut émanciper les pratiques d'interventions et s'assurer que la personne qui utilise

les services soit partie prenante des décisions qui la concernent⁶.



C'est lors d'un échange belgo québécois que j'ai pu mener grâce à l'appui du Commissariat pour les relations internationales et à la COcof, que j'ai eu la chance de rencontrer Luc Vigneault. En tant que mouvement d'éducation permanente et de promotion de la santé et en partenariat avec l'Autre « lieu », les Femmes Prévoyantes Socialistes ont voulu faire connaître cette expérience de groupe d'entraide en santé mentale, de gestion autonome des médicaments. Il nous a paru également intéressant d'informer les professionnels et les usagers belges de la pratique des ressources alternatives québécoises qui affichent leur volonté de favoriser une démarche citoyenne où les usagers sont de véritables partenaires de leur traitement, reprennent le pouvoir sur leur vie, sont acteurs dans les institutions et dans la politique des soins de santé mentale.

Suite au colloque « *Les psys, contrôle ou contre rôle ?* » organisé sur ce thème en 2002, l'Autre « lieu » a programmé des séances d'information auprès du public belge. Ces rencontres nous ont convaincus de l'intérêt pour de telles pratiques. Les « usagers » sont demandeurs de lieux de parole où ils peuvent rencontrer des personnes vivant des expériences similaires à la leur, où ils peuvent se réapproprier leur vie. La gestion autonome des médicaments répond également à un besoin. Nous avons donc réinvité Luc Vigneault en décembre dernier. Au programme : la rencontre de professionnels et la rencontre de personnes ayant manifesté leur envie de constituer un groupe d'entraide. Ce furent des rencontres riches et conviviales et l'on s'est pris à rêver que des organisations citoyennes d'usagers, comme il en existe déjà notamment au sein de Psytoyens, soient entendues par les politiques.

On rêve d'une approche critique et une résistance organisée des professionnels par rapport aux lobby

économiques, aux intérêts des firmes pharmaceutiques, au DSM qui réduit les personnes à un diagnostic et aux pratiques qui considèrent les « malades » comme des êtres sans projet, sans relation, sans pouvoir, sans spiritualité. Au-delà de l'aspect pratique de l'entraide et du bon ajustement des psychotropes à la qualité de vie, il y a un enjeu de respect, de dignité, de citoyenneté.

Suite à ces rencontres, une quinzaine de personnes « usagères » et « amies » se sont constituées en « groupe pilote » ayant pour objectif de jeter les bases et l'encadrement d'un groupe d'entraide visant, entre autres, à s'approprier les « gestions des médicaments de l'âme ». Nous avons entamé avec eux une démarche d'éducation permanente, c'est-à-dire une démarche où il s'agit d'être « acteur, critique et responsable », comme le veut la formule consacrée. Nous y réfléchissons au fonctionnement, aux fondements éthiques, analysons la charte des groupes d'entraides québécois, le fonctionnement d'autres groupes de « self help », afin de créer les modalités de fonctionnement d'un groupe d'entraide en santé mentale. Les travaux avancent bien et le groupe d'entraide commence à se réunir.

Le parcours n'est pas facile, il faut faire l'expérience d'une démarche autonome. Le système de soins et les institutions n'ont en général pas favorisé cette démarche, jugeant souvent à la place des personnes de ce qui est bon pour elles. Le fait que des « patients » et qui plus est des « fous » puissent être juges et décider de leur traitement fait peur. Nous avons eu des remarques et des mises en garde de professionnels en ce sens. Pourtant, il ne s'agit de rien d'autre que de leur reconnaître le droit d'être partenaires de leur traitement, d'être reconnus comme des interlocuteurs capables de juger ce qui est bon pour eux dans un dialogue avec leur médecin et prendre les décisions qu'ils jugent utiles afin que la qualité de leur vie soit la meilleure possible et qu'ils puissent reprendre leur place de citoyen. ●

1 *Aller-retour au pays de la folie* p.11

2 *Aller-retour au pays de la folie* pp.45-46

3 *Programme de la gestion autonome de la médication*.

4 En France, le budget de publicité directe des firmes pharmaceutiques est de 30 000 euros par médecin généraliste - Intervention de M. Maxime Gremetz. Parlement français, 38^{ème} séance de la session extraordinaire 2003-2004, lundi 19 juillet 2004.

5 Ressources alternatives pour la santé mentale au Québec

6 Vigneault Luc, actes du colloque : *Les psys, contrôle ou contre rôle*



Pour en savoir plus :

Cailloux-Cohen Suzanne, Vigneault Luc, *Aller-retour au pays de la folie*. Éditions de L'Homme, 1997

Programme de la gestion autonome de la médication, Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec, 1997

Actes du colloque : *Les psys, contrôle ou contre rôle ?*, organisé par les Femmes Prévoyantes Socialistes, Bruxelles, octobre 2002

Gestion autonome des médicaments de l'âme, mon guide personnel. Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) et Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), 2002

Cohen D., Cailloux-Cohen S. et l'AGIDD-SMQ, *Guide Critique des médicaments de l'âme*, Éditions de L'Homme, 1995



Ouverture d'une maison de soins psychiatriques à Athus

Une nouvelle institution complète l'offre de soins en santé mentale en Province de Luxembourg.

La Maison de Soins Psychiatriques (MSP) *Belle-Vue* est opérationnelle depuis octobre, à Athus, sur le même site que le Service de psychiatrie des Cliniques du Sud Luxembourg.

Dans un premier temps, 32 places seront disponibles, puis 60, alors qu'une étude menée en partenariat avec la Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale laisse entendre que 100 à 150 places seraient nécessaires. Cette inauguration est l'occasion de s'intéresser d'un peu plus près à la manière dont se décline l'offre de soins en santé mentale en Province de Luxembourg et à la place spécifique qu'occupe, ou que pourrait occuper, une maison de soins psychiatriques.

Stéphane Hubert,

Licencié en Sciences de l'éducation,
Directeur de la MSP

L'art de vivre est un art de navigation difficile entre raison et passion, sagesse et folie, prose et poésie, avec toujours le risque de se pétrifier dans la raison ou de chavirer dans la folie.

Edgard MORIN

Le chemin arpenté de la naissance du projet de Maison de soins psychiatriques à sa réalisation fut parsemé de questionnements et de divers éclairages dont celui des expériences existantes en Belgique francophone. Certaines, plus que d'autres il est vrai, nous¹ sont apparues proches de la philosophie humaniste dans laquelle nous souhaitons nous inscrire².

Croire en l'usager

D'emblée, nous nous sommes fixés pour objectif de travailler avec, et pas seulement pour, le résident; d'encourager et de soutenir un projet de vie personnel qui tienne compte de ses potentialités alors que la culture des soins reste généralement centrée sur

les déficits, les manques et les handicaps.

Dans ce cadre, un projet de réinsertion sociale et occupationnelle sinon professionnelle, à l'issue d'un séjour en MSP, n'est pas à considérer comme utopique. Il sera soigneusement préparé et encouragé lorsque les conditions de réussite paraissent réunies. Lorsqu'une réinsertion est rendue possible, elle constitue le couronnement d'un processus au long cours.

Partager le quotidien des résidents

L'écoute, la parole, la relation sont à la base de notre travail. Nous voulons d'abord considérer le résident comme un être de pensées, de désirs, d'émotions, inscrit dans un contexte familial, social et culturel, dans une histoire personnelle et un parcours spécifique.

Le profil de l'équipe se voulant le reflet de ces ambitions; psychiatre, infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeute, psychologues, assistante sociale, ergothérapeute et éducatrices travaillent en interdisciplinarité. Suivant en cela les travaux stimulants de Mintzberg³, notre souhait est de réduire, tant que possible,

les cloisonnements et les hiérarchies entre professionnels, quelle que soit leur fonction. La polyvalence a donc été instaurée pour l'ensemble des fonctions d'encadrement. Les psys, les paramédicaux, les éducateurs, le personnel soignant; chacun accompagne les résidents dans leur vie quotidienne: du lever aux repas. Ces moments s'avèrent très riches pour l'approche et la rencontre de la personne psychotique. Les relations, y compris entre résidents et psychologues, sont facilitées par cette proximité, là où d'anciennes résistances rendaient difficiles toutes démarches d'entretiens thérapeutique ou de soutien.

En ce qui concerne l'accompagnement pédagogique des résidents, les différents ateliers et activités ont été mis en place avec leur concours actif. Des groupes de parole sont ainsi nés de manière concertée, mais aussi des moments de relaxation avec la kiné, d'expression par le chant avec les éducatrices (karaoké), de sport (gymnastique, natation),... La convivialité est encouragée, par exemple par une sortie au restaurant, ou par un après-midi festif auquel les familles sont invitées. Par ces moyens, nous voulons aussi encourager l'ouverture sur l'extérieur; une façon d'exister hors des murs.

Au fil des premiers mois de fonctionnement, au cours desquels nous avons opté pour un échelonnement des admissions, nous constatons que les besoins sont réels dans la Province de Luxembourg, non seulement au sein du Centre Universitaire Provincial La Clairière à Bertrix d'où sont issus près de 2/3 de nos résidents, mais aussi au départ des Habitations Protégées et autres structures d'accueil (Maisons de repos notamment) ainsi que du tout public qui nous sollicite généralement via le médecin traitant. ●

La maison de soins psychiatriques

Les maisons de soins psychiatriques (plus communément appelées MSP) sont nées au début des années 90. Lors de la première reconversion en psychiatrie, le gouvernement a en effet autorisé le remplacement de lits hospitaliers psychiatriques par des structures de soins favorisant la déshospitalisation de patients. Si les initiatives d'habitations protégées, nées à la même époque, jouissent d'une certaine visibilité dans le champ de la santé mentale, les MSP demeurent moins connues.

Mais qu'en est-il exactement de ce type de structures ?

D'après la législation en vigueur, la MSP est définie comme : *un service résidentiel pour l'hébergement de personnes nécessitant un ensemble de soins permettant de raccourcir le séjour en hôpital ou l'éviter*¹. Il s'agit d'institutions de soins conçues comme supplétives à l'hôpital psychiatrique mais envisagées avant tout comme un lieu de vie, lieu d'hébergement résidentiel. La MSP correspond en fait plus à une forme de maison de repos et de soins spécialement adaptée, tant au niveau des infrastructures que du personnel, aux personnes rencontrant des pathologies psychiatriques, souvent chroniques et assez sévères, qui nécessitent un suivi continu par une équipe spécialisée en soins de santé mentale.

Le public cible

D'une façon générale, l'autorité fait une distinction entre les personnes qui présentent un trouble psychique chronique stabilisé et les handicapés mentaux. Les résidents en MSP ne nécessitent plus de traitement hospitalier mais bien un accompagnement continu (sans surveillance médicale psychiatrique permanente). D'une façon très schématique, le législateur a créé les MSP pour pallier la situation de certains patients, qui, vu leur état psychiatrique sévère et chronique, séjournaient toute leur vie en hôpital psychiatrique. Ces patients n'avaient alors aucune alternative à l'hôpital, vu l'impossibilité de se réinsérer dans la société et le manque de structures spécialisées dans ce type de prises en charge.

En Région wallonne, le public⁵ se compose plutôt d'hommes (2/3 environ) et se situe dans une tranche d'âges comprise entre 45 et 79 ans (82%). La majorité des résidents provient des hôpitaux psychiatriques (65%). Au niveau du diagnostic, la population présente essentiellement des troubles psychotiques (53%), des retards

mentaux (16%); et dans une moindre mesure, des troubles de l'humeur (8%) et des troubles relatifs aux substances (7%). En ce qui concerne les problèmes rencontrés par ces patients, on trouve principalement: le retrait social (51%), les angoisses, l'anxiété et les phobies (42%), le ralentissement, la diminution des affects (41%), l'hostilité, la tension et le négativisme (41%) et la dépendance excessive à autrui (39%). Notons encore qu'une bonne partie des patients réside en MSP depuis plus de 5 ans (44%).

Organisation

Bien que son pouvoir organisateur soit le même que celui de l'hôpital psychiatrique⁶, la MSP ne ressemble pas à l'hôpital psychiatrique mais plutôt à une institution d'accueil résidentielle⁷. Les lieux de vie se répartissent entre salle(s) à manger, salle(s) de séjour, espaces pour les activités communes et pour les activités individuelles, chambres individuelles et doubles...

Un médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie assure la supervision de l'équipe de soins, qui se compose d'une équipe multidisciplinaire de 12 membres pour 30 patients (assistants-sociaux, éducateurs, orthopédagogues, ergothérapeutes, psychologues, kinésithérapeutes, infirmiers, infirmiers psychiatriques).

En Région wallonne, outre les soins de base, les activités sont surtout centrées sur l'accompagnement des activités de loisirs et des activités socioculturelles (83%), l'aide à la vie journalière (79,70%), l'entretien de soutien (73,70%) et l'accompagnement social des patients (57,62%)⁸.

Perspectives

A l'heure actuelle, la patientèle de la MSP se compose encore en moyenne de patients âgés qui ont passé l'essentiel de leur vie en hôpital psychiatrique. Grâce aux évolutions de la médecine (notamment le développement des médicaments) aboutissent aujourd'hui en MSP un certain nombre de patients dont l'état laisse entrevoir la possibilité, à terme, d'une réhabilitation plus poussée. Par ailleurs, l'évolution de l'espérance de vie s'accompagne d'une augmentation des problèmes liés au grand âge. Dans cette optique, vu son expérience, la MSP pourrait devenir un lieu privilégié d'accueil pour les patients âgés qui rencontrent des problèmes psychiatriques (pensons notamment à la désorientation consécutive à la maladie d'Alzheimer et aux autres formes de démences).

Dans l'avenir se posera alors avec plus d'acuité le rôle spécifique de la MSP qui serait, pour les uns, une structure d'accueil définitive permettant d'accueillir des patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques graves; pour les autres, un lieu transitoire dans le long chemin de la réhabilitation.

Quelques chiffres⁹:

MSP en Wallonie: 13

Nbre de lits agréés en Wallonie: 808

Dont lits agréés spécifiquement pour handicapés mentaux: 149

Programmation: 0,6 lits par 1000 habitants (1978 lits en Wallonie).

Denis Henrard,
Conseiller

Fédération des Institutions Hospitalières de
Wallonie (asbl)

¹ Un groupe de travail a été mis en place pour accompagner le projet; il réunit le Pr. Henri BOON (Centre Universitaire Provincial (C.U.P.) « La Clairière » à Bertrix), le Dr. Michel LAMBERT, consultant psychiatre à la MSP et Stéphane HUBERT, directeur de la MSP « Belle-Vue » d'ATHUS; André GEERAERT, président de la Plate-Forme de la Santé Mentale de la Province de Luxembourg, Christian BRILLOT (C.U.P.), Olivier BINET, directeur du C.U.P. ainsi que deux chercheurs mis à disposition par la Plate-forme: Thérèse PSIUK et Michel OVERLOOP.

² C'est le cas notamment des MSP du Petit Bourgogne à Liège (Les Cédres et Les Charmilles) et de Notre Dame à Waremme.

³ Nous nous sommes inspirés de ses analyses des organisations et plus particulièrement de son modèle appelé la configuration professionnelle dont le lecteur trouvera une excellente synthèse dans Structure et dynamique des organisations aux Editions d'Organisation (1982). Rappelons pour ce qui concerne notre propos que ce modèle se caractérise notamment par une faible division (ou cloisonnement) verticale et horizontale.

⁴ A.R. du 10/07/90 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques, publié au Moniteur belge le 26/07/90.

⁵ Source: rapport national 2001 du Résumé Psychiatrique Minimum dans les Initiatives d'Habitations Protégées et les Maisons de Soins Psychiatriques, SPF Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, Direction Générale Organisation des Etablissements de Soins, Direction de la politique des soins de santé, Service des Soins de Santé mentale, Bruxelles.

⁶ La MSP Belle-Vue a la particularité de ne pas avoir pour pouvoir organisateur un hôpital psychiatrique. C'est une structure propre créée au départ d'un partenariat entre la Province, les cliniques du Sud-Luxembourg et la commune d'Aubange sur laquelle elle est implantée.

⁷ Le projet institutionnel de la MSP Belle-Vue essaie, dans la mesure du possible, comme le décrit l'article ci-joint, de jouer un rôle plus transitoire, une sorte de trait d'union, entre l'hospitalier et le domicile là où, traditionnellement, une MSP assure le rôle de maisons de repos et de soins de longue durée quand ils ne sont pas permanents.

⁸ Source: ibidem 5.

⁹ Situation au 15/06/2004. Source: Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé.



Fous Alliés II

Une nouvelle bande dessinée au CHP de Liège

Toujours envie de délirer en couleurs? «Fous alliés II»¹ vient rejoindre sa grande sœur puisque une nouvelle bande dessinée réalisée par des personnes souffrant de troubles psychiques vient compléter nos représentations sur la maladie mentale. Ce nouvel opus est né du dynamisme et de la créativité de tout un groupe de travail.

Véronique Piroton,
Chargée de Communication au CHP

Rétroactes

En 2001, *Année de la Santé Mentale*, une équipe de soins du Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège (CHP) a réalisé une bande dessinée traitant des troubles psychiques liés à la schizophrénie. Le succès et l'intérêt portés à ce premier ouvrage ont encouragé le renouvellement de l'expérience permettant la création de «Fous Alliés II» qui aborde, de manière spécifique, le thème des troubles bipolaires (précédemment appelés troubles maniaco-dépresseurs).

Une demande à la base de cette création

On le constate, les personnes hospitalisées et leur famille sont de plus en plus en demande et en attente d'informations claires concernant la maladie, son traitement, ses conséquences, la prise en charge et les aides possibles.

«Fous Alliés II» a été conçu avec pour objectif de fournir un début de réponse à ces questions. La bande dessinée est destinée aux personnes souffrantes et à leurs proches mais



elle est également appropriée pour le grand public soucieux de s'informer.

Comme pour le premier ouvrage, ce sont des personnes touchées elles-mêmes par la pathologie bipolaire qui ont construit le projet au départ de leur témoignage personnel. Ces participants ont consacré beaucoup de temps et d'énergie à la réalisation de la BD!

Ces «témoignants» y ont également placé beaucoup d'espoir afin que cet outil coupe court à certains tabous. C'est un réel travail de sensibilisation à l'égard du grand public pour l'aider à dédramatiser et à déstigmatiser la maladie mentale.

Un travail d'équipe au long cours...

Plus d'une année de travail, en partenariat avec un dessinateur professionnel et une équipe pluridisciplinaire de soins, a été nécessaire aux participants pour coucher sur papier leur vécu. Ils ont ainsi mis en images et en couleurs leur souffrance, leurs espoirs, leurs difficultés quotidiennes et leur volonté de créer un lien avec «les autres», leur famille, leur entourage. La BD aborde la maladie mentale sur un mode humoristique destiné non pas à caricaturer ou à

minimiser cette problématique, mais plutôt à la dédramatiser. L'ouvrage se compose pour moitié de planches entièrement réalisées par les personnes souffrant de troubles bipolaires et, pour l'autre moitié, de planches créées par le dessinateur professionnel de l'équipe du CHP. Ces dernières illustrent plus particulièrement des textes scientifiques et explicatifs rédigés par une psychologue et un médecin psychiatre.

Améliorer son quotidien

Souffrir d'une maladie mentale est une réalité difficile mais pas forcément insurmontable. Grâce à un soutien spécialisé, mais aussi et surtout familial, la personne malade peut améliorer sa qualité de vie. C'est cet espoir qui a guidé notre travail et inspiré l'outil. Notre souhait est que cette bande dessinée aide à mieux vivre la maladie et à soulager la souffrance. ●

Renseignements :

Murielle Nuyts,
Psychologue et Coordinatrice du projet
murielle.nuyts@chp.be

☎ 04 / 254 78 31 - ☎ 04 / 254 78 56

¹ «Fous Alliés II» est disponible au CHP de Liège pour 6,50 euros l'exemplaire à l'enlèvement. Un envoi postal est également possible.

Images de la santé mentale

L'Institut Wallon a choisi de s'interroger en 2005 sur l'accessibilité aux soins en santé mentale.

Nous savons que les problèmes de santé mentale sont légion et que ceux qui en souffrent peuvent être particulièrement démunis face à ces « maladies de l'âme » encore trop souvent banalisées ou stigmatisées. Comment, face au foisonnement de l'offre en santé mentale ou à ses lacunes, aider la personne en difficulté et son entourage à bénéficier « du bon soin, au bon endroit, au bon moment ? ».

La question de l'accessibilité est plurielle. Elle présente de multiples facettes : accessibilité géographique, physique, culturelle, financière, ... parfois complémentaires.

En amont de cette réflexion, plusieurs questions se posent à nous. Quelle connaissance le tout-public a-t-il de l'offre en santé mentale ? Connaît-il les infrastructures existantes, leur raison d'être, leur fonctionnement ?

S'y intéresse-t-il ? Et qu'évoque pour lui le terme de santé mentale ?

A quoi fait-il référence lorsqu'il évoque la folie, le bien-être, le mal-être, la dépression, la souffrance psychique ?

Ces termes sont-ils rejetés de même que les personnes auxquelles on les associe ?

Font-ils peur ? Sont-ils tabous ?

Une « mauvaise image » de la santé mentale n'est-elle pas le premier obstacle à une meilleure accessibilité des soins dans le secteur ?

Et comment cette réflexion peut-elle nourrir le travail des professionnels en santé mentale ?

Ces questions et bien d'autres encore seront abordées dans le premier des quatre dossiers de Confluences consacrés à l'accessibilité.

Dans un premier temps, il s'intéressera aux études et enquêtes (finalement assez rares) réalisées en la matière pour mieux cerner les représentations du tout public.

Il se penchera aussi sur la manière dont les médias, en l'occurrence ici la presse écrite francophone, véhiculent certaines de ces représentations.

Cette analyse de presse sera l'occasion de porter un regard critique sur ces représentations, d'interroger les idéologies dominantes et de questionner ainsi l'accessibilité en amont.

Une réflexion à partager, à alimenter et qui nous amène, nous les acteurs de santé mentale, à nous interroger sur la façon dont nous contribuons à l'évolution de ces représentations.

Sylvie Gérard
IWSM





Un peu d'histoire¹

Pour la plupart de nos contemporains, la santé mentale fait encore trop souvent l'objet de tabous voire de préjugés bien installés. Et pourtant, les problèmes de santé mentale ne datent pas d'aujourd'hui. De tous temps, la folie a existé, des gens en ont souffert et des individus se sont mobilisés pour chercher à y faire face. A travers les siècles, les connaissances ont évolué, le traitement de la maladie a changé et s'est diversifié et l'image de la santé mentale s'est transformée radicalement... Mais force est de constater que quelles que soient l'époque et les pratiques, elle est restée encore bien mystérieuse, voire inquiétante, pour Monsieur et Madame Tout-le-monde.

Christiane Bontemps - IWSM

Quand folie = magie...

La folie était au départ associée au sacré. Les fous étaient considérés comme des êtres possédés, aux pouvoirs étranges, habités par des forces inconnues, voire divines. Et, jusqu'au XV^{ème} siècle, les pratiques se situaient dans le registre des interventions magiques. On a cru aussi que la folie se trouvait localisée dans un endroit précis de la tête et qu'il suffisait d'extraire cet hôte indésirable comme on enlève une tumeur. Certaines images des écoles flamandes du XV^{ème} siècle représentent un cabinet de chirurgien où un homme retenu par d'autres se fait extraire la pierre qui le rend fou. C'est «la pierre de tête». De telles opérations étaient l'œuvre de charlatans - elles n'avaient rien à voir avec une quelconque discipline scientifique - mais la folie comme «élément indésirable se logeant dans la tête» est une croyance qui s'est répandue bien au-delà du XV^{ème} siècle. D'autres images encore, illustrées notamment par Pieter Brueghel l'ancien (XVI^{ème} siècle), montrent les processions dansantes organisées dans le but de soigner des personnes atteintes du mal de Saint Guy (épileptiques ou hystériques?). Un groupe d'hommes et de femmes, précédé de musiciens, se rendait en dansant, trois pas en avant pour un en arrière, jusqu'au tombeau du saint guérisseur. Au Moyen-Age déjà, à Geel, un pèlerinage était organisé pour les fous, suite

à la sanctification d'une princesse, et ceux qui n'en sortaient pas guéris étaient accueillis par les familles du village. La légende s'est perpétrée et l'expérience traversa les siècles pour devenir la première et plus importante des initiatives de «villages thérapeutiques». Ces pratiques comme les saignées, transfusions ou pèlerinages, breuvages et potions données aux fous témoignent de ce que la folie n'était pas une question posée à la médecine. Elle relevait bien plus de pratiques magiques que d'une science médicale.

Humanisation ou enfermement ?

A l'âge classique, l'enfermement des fous confondait dans un même lieu la folie avec tout type de criminalité. On ne pourra parler de thérapeutique propre à la folie qu'à partir de la fin du XVIII^{ème} siècle avec le passage de la «maison des fous» à l'hôpital. En Belgique, c'est vers 1820 que Joseph Guislain prépare la création de maisons destinées aux «malades mentaux». Si l'on en croit ses contemporains, sa démarche suit une visite qu'il rendit à la cave du château de «Gérard le diable» à Gand où se trouvaient plus de cent hommes enchaînés pour cause d'aliénation mentale. Les pratiques «asilaires» entendaient limiter au maximum les contraintes physiques, pour les remplacer progressivement par des contraintes d'ordre moral. Ces démarches posent les premières pierres de l'asile et participent au passage de l'enfermement (maison de

fous) vers l'hôpital, en même temps que s'y développe une ébauche de traitement psychologique imprégnée par la charité et les bons principes moraux. L'asile ne fut toutefois pas que *traitement moral*. Il laissait une place considérable à des thérapeutiques physiques telles l'hydrothérapie, les moyens de contrainte «plus doux» comme les camisoles, l'obligation au travail ou encore l'isolement. Ainsi la douche d'eau glacée devient à plusieurs reprises un moyen de punir, de même que l'isolement ou la rétention dans les ateliers. C'est donc aussi le règne de la punition et de la culpabilité. Le malade n'est pas coupable d'être malade mais dans sa maladie, il est coupable du tort qu'il cause à la société et à la morale.

De l'homme fou au malade social

L'apparition des asiles témoigne d'une nouvelle manière de «penser» la folie. Elle correspond à la naissance de la Psychiatrie. Des éléments nosologiques fondent cette nouvelle discipline, et la folie devient une maladie qui a droit à un traitement propre et particularisé. Au début du XX^{ème} siècle, suite à la première guerre, et à l'introduction du suffrage universel, une attention accrue est portée aux intérêts de la population, et l'on parle de justice sociale et de progrès. Les grandes maladies suscitent encore la peur mais aussi la honte. On pense alors que l'on peut prévenir, et que la prévention peut se substituer à la guérison. C'est à cette époque que naissent les associations d'hygiène mentale (1923) qui s'intéressent au sort des malades mentaux dans les hôpitaux et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Ces années voient aussi l'arrivée en Belgique des nouvelles théories comme la psychanalyse. *L'interprétation des rêves* de Sigmund Freud, en 1900, remet à l'honneur le langage qui entre en ligne de compte dans le rapport du médecin au patient et confronte la personne à la vérité de sa maladie. On passe ainsi de l'homme fou de

la fin du XVIII^{ème} siècle, aliéné à sa condition, à l'homme souffrant; et de la maladie inéluctable et de la faute morale à la prise en compte du malade comme sujet social.

Des thérapies de « choc » à l'avènement du médicament

Les années cinquante bouleversent à nouveau le monde de la santé mentale. Maintes démarches psychologiques cherchent à comprendre le fonctionnement sensoriel et perceptif du cerveau humain. Et c'est à cette époque que se développent les tests psychologiques et les tests d'intelligence. La santé et la maladie mentales font alors partie des phénomènes physiques mesurables. C'est l'avènement de la psychiatrie organique. C'est dans les années cinquante également que le médicament fait son apparition et modifie radicalement l'univers des soins. Au cours des siècles précédents s'était déjà développée une pharmacopée cherchant à calmer la folie. L'opium était utilisé au XVIII^{ème} siècle notamment pour soulager les manies ou les folies furieuses ; le camphre était reconnu pour ses propriétés sédatives et antispasmodiques ; ou encore la valériane, connue depuis le XIX^{ème} siècle, pour ses facultés antispasmodiques. Mais les neuroleptiques, antidépresseurs, psychotropes et autres tranquillisants vont transformer fondamentalement le regard posé jusqu'alors sur le malade et son rapport au monde. A dater de cette époque, on ne cherchera plus à soigner la folie elle-même, mais on s'attachera à réduire les symptômes, qu'il s'agisse d'agressivité ou d'insomnie.

D'autres thérapeutiques encore ont connu leur essor à la même période. C'est le cas des thérapies convulsives et des électrochocs. Il est important de savoir que le traitement de la folie par l'électricité remonte à une croyance plus ancienne, celle de remettre de l'ordre dans un corps dérégulé par la maladie. Ces thérapeutiques vont se servir du choc et de la surprise pour créer de manière artificielle une crise épileptique afin de soigner les malades. Régulièrement questionnée, cette « convulsivothérapie » est encore utilisée aujourd'hui en Belgique. En même temps, commencent à naître des possibilités de traitement à long terme et des prises en charge ambulatoires.

L'institution mise en cause

Au milieu du XX^{ème} siècle, des portes s'ouvrent à la contestation... La légitimité de la psychiatrie, ses modèles, ses pratiques et son pouvoir acquis sont questionnés. On est en mai 1968, dans une mise en question radicale de l'ordre social. Foucault, Castel et bien d'autres questionnent l'aspect répressif de la psychiatrie, parlent de la maladie mentale comme d'un mythe et dénoncent les risques de manipulation et de contrôle social inscrits dans l'application des techniques « psy ». Des mouvements de contestation, notamment l'« anti-psychiatrie », se développent tout particulièrement en Angleterre, en Italie et en France.

C'est dans ce cadre général que se développe en Belgique le renouveau du monde psychiatrique : thérapies ambulatoires, services de psychiatrie dans des hôpitaux généraux, interventions de psychologues, d'éducateurs, d'ergothérapeutes, clubs et hôpitaux de jour, ainsi que l'expansion de dispensaires d'hygiène mentale qui deviendront plus tard les services de santé mentale.

Aujourd'hui : la santé mentale

Tout au long de ce dernier quart de siècle, les soins en santé mentale se sont diversifiés, multipliant les possibilités de faire face à la maladie. Celle-ci est considérée comme une souffrance que la personne est amenée à combattre et une nouvelle place est donnée à la personne en traitement, considérée comme sujet à part entière. Le champ des soins s'est élargi à des couches diverses de la population et à des souffrances qui, quelques années auparavant, ne relevaient pas du domaine de la santé mentale. Il en va ainsi notamment des assuétudes, de la violence sociale ou des relations inter-personnelles, des conditions de travail, Il en va ainsi aussi du secteur de l'enfance ou de l'adolescence qui occupe progressivement une place reconnue au sein du dispositif de soins. Ces années voient également apparaître des mouvements d'usagers de soins en santé mentale et des mouvements de parents et familles (Similes) dans l'objectif d'établir des solidarités face à la souffrance et de participer au processus thérapeutique. Au début des années 1990, de nouvelles institutions voient le jour dans la dynami-

que ambulatoire amorcée par la vague de dés-institutionnalisation des années 70 : les « plates-formes de concertation pour la santé mentale », les habitations et ateliers protégés, les maisons de soins psychiatriques, ainsi que les clubs et centres d'activités artistiques. Des initiatives sont proposées qui visent le suivi des personnes malades dans leur lieu de vie. Elles impliquent la diversification des intervenants et la décentralisation des cadres thérapeutiques... On assiste à la multiplication de psychothérapies, mais aussi à des vagues de promotion et de prévention au sein des villes. Les nouvelles technologies prennent également leur place dans le champ de la santé mentale, y compris on-line... La place s'est ouverte tant à la psychiatrie sociale et humaniste qu'aux neurosciences, sur des chemins qui restent bien parallèles...



On le voit, de la « nef des fous » au « cyber-psy », l'histoire de la santé mentale a connu des transformations radicales, tout particulièrement au cours des deux derniers siècles où l'on a vu naître et s'affiner la psychiatrie comme science médicale. L'attention portée aujourd'hui au bien-être et à tout ce qui touche une qualité de vie intérieure met régulièrement ces maladies de l'âme sur la place publique et la diversification de l'offre de soins multiplie les possibilités bien concrètes de réponses pour soulager les troubles et souffrances psychiques... Pourtant les images anciennes restent encore bien ancrées dans les esprits, avec, souvent, la peur en corollaire associée sans doute à ce qui dans la santé mentale relèvera toujours d'une part d'incontrôlable et d'une part d'inconnu.... L'incroyable évolution des connaissances dans le domaine ne semble pas modifier ces représentations.... Au contraire, peut-être..., dans ce monde en quête de certitudes ! L'histoire nous a marqués. Elle a produit une succession d'images qui restent encore bien vives dans notre mémoire collective ... Et pour s'interroger sur les représentations de la santé mentale aujourd'hui, on ne peut faire fi de ce passé. ●

¹ Ce texte s'inspire largement de l'exposition didactique itinérante et du catalogue conçus et coordonnés par Walther Araque, dans le cadre de la campagne « 2001, année de la santé mentale », intitulés : « une histoire de la santé mentale » : Bibliographie /réf. 6



Tenir compte des représentations dans l'élaboration des politiques de santé mentale

Les représentations à la lumière des apports de l'anthropologie de la santé en épidémiologie psychiatrique

Quel que soit le problème de santé mentale identifié, les représentations que l'on s'en fait influencent indéniablement le besoin de soins et le recours (ou l'absence de recours) aux soins. Lorsque le besoin se traduit en recours, la quantité de l'offre ne permet pas de préjuger ni de la qualité, ni de l'adéquation des réponses apportées au problème identifié. Une fois de plus, nous ne pouvons que souligner la multiplicité et la complexité des facteurs qui influencent la santé mentale, la demande d'aide et l'évaluation de la réponse... L'épidémiologie, dans un domaine aussi sensible, ne peut se contenter d'aligner des chiffres... Le croisement des approches, et tout particulièrement l'apport de l'anthropologie de la santé, viendra éclairer notre lecture. Ici, parmi tant d'autres éléments, nous verrons comment les représentations font partie de ces facteurs.

Paul Jacques

Psychologue - SSM de Gembloux et
Clinique de l'exil – Province de Namur

Dans cet article, nous n'aborderons pas la question des représentations du point de vue de la sociologie (Jodelet, Pierret, Schurmans¹) ou de la psychologie sociale, mais à la lumière des apports de l'anthropologie de la santé à l'épidémiologie psychiatrique.

L'épidémiologie psychiatrique

Selon Kovess², la planification des services de soins en santé mentale, et leur évaluation, repose sur la connaissance des problèmes de santé mentale qui se posent, ainsi que la manière dont l'offre est utilisée. En épidémiologie psychiatrique, les données objectives proviennent en général de différentes sources : l'analyse statistique d'utilisation des services, des enquêtes dans la population générale sur la prévalence de tel ou tel « trouble » ; ou l'étude approfondie de cas cliniques. En général, dans ces approches empiriques, peu de place est accordée à la question des représentations.

Pour connaître l'état des lieux de la santé mentale, on se base en général sur les données relatives à l'utilisation des services, mais de telles données sont incomplètes. En effet, d'un point

de vue épidémiologique, il ne suffit pas de se dire « mon service reçoit autant de personnes, donc, il répond aux besoins de celles-ci ». Il faut aussi s'intéresser aux personnes en difficulté qui, pour diverses raisons, ne font pas la démarche de prendre rendez-vous, ou se débrouillent autrement en recherchant une aide ailleurs. Dans une conception positive de la santé, il faut aussi s'intéresser à la manière dont les gens font face aux aléas de la vie sans recourir à l'aide de professionnels. On lira avec intérêt la synthèse réalisée par Jyrki Korkeila³, en Finlande, sur les déterminants de la santé mentale.

Si l'on veut adapter nos outils d'intervention et évaluer leur impact, si l'on veut savoir si nos interventions touchent effectivement le public auquel elles sont destinées, il est essentiel de comprendre ce qui influence la santé des gens et leur comportement vis à vis des dispositifs institués d'aide, ou encore ce qui mobilise leurs ressources propres, en amont d'une éventuelle recherche d'aide auprès de professionnels.

Une série de recherches empiriques récentes portent sur les attitudes du public face à la maladie mentale, face aux systèmes de soins, et aux traitements, notamment médicamenteux (Mc Keon, Link, Jorm, Fisher, Angermayer...). En Australie, Jorm s'est penché sur la manière dont le public identifie des problèmes de santé mentale, ainsi que

sur les croyances du public au sujet de l'efficacité des traitements psychiatriques. En vue d'améliorer l'optimisation des services, ces travaux tentent de comprendre pourquoi les soins ne sont pas utilisés alors que l'offre existe. Des chiffres de l'OMS indiquent, en effet, que seulement un tiers des personnes qui ont besoin de soins consultent effectivement (Andrews). Certains travaux portent sur les barrières à l'utilisation des services auprès de groupes ethniques, tels les femmes chinoises immigrées aux USA (Tabora) ou les femmes indiennes immigrées aux USA (Jacob), ou dans certaines régions du monde, comme en Inde (Raguram), en Ethiopie (Alem), en Suisse (Brandli), en Malaisie (Razali). Par ailleurs, en Australie et en Angleterre, des campagnes ont été menées auprès du grand public ou auprès d'adolescents en milieu scolaire afin de limiter la stigmatisation dont fait l'objet la maladie mentale (Esters, Battaglia...). Les effets de ces campagnes ont été évalués (Priest, Jacobs, ...).

Pour avoir une idée de l'état de la santé mentale d'une population, outre les données relatives à l'utilisation des services, on se base au préalable sur les données fournies par des enquêtes épidémiologiques en population générale. Ces enquêtes s'appuient sur des questionnaires structurés permettant d'évaluer différents aspects de la santé mentale d'une population :

- ▶ les principaux diagnostics ;
- ▶ le retentissement subjectif du symptôme sur la qualité de la vie ;
- ▶ les souffrances qui ne correspondent pas à des signes repris dans une nosographie psychiatrique ;
- ▶ le coût de la maladie, par exemple, les arrêts de travail ;
- ▶ les facteurs de risque familiaux, sociaux, environnementaux ;
- ▶ l'utilisation des soins ou la non utilisation et ses raisons : type de professionnels consultés, les médica-

ments utilisés, les psychothérapies ;

- ▶ les intentions en cas de problème.

Tous ces éléments, ajoute Kovess, peuvent être corrélés à l'offre de soins, par exemple, à la densité de médecins généralistes ou spécialistes, ou au nombre de lits. *« Les enquêtes de population générale permettent donc de connaître le nombre de personnes qui souffrent d'un trouble avec une certaine intensité et leurs attitudes face au système de soins. Elles permettent aussi de connaître la répartition relative des patients dans les différentes strates du système de soin et les passages de l'une à l'autre ».*

Mais, dit Kovess, les approches épidémiologiques portant sur la prévalence des troubles dans la population générale ne *« nous disent pas quelles personnes répondant à un diagnostic ont besoin de soin, ni de quel soin elles ont besoin et ni quel acteur doit donner ce soin ».* En effet, le champ de la santé mentale n'est pas assimilable au champ de la maladie physique, et il est donc difficile de dire que pour tel trouble objectivé, il faut tel type d'aide, car tout dépend des effets qu'a le trouble dans la vie quotidienne de la personne. Un trouble grave aux yeux d'un professionnel, n'aura que peu d'effets invalidants pour la vie relationnelle ou sociale de la personne, tandis qu'un trouble apparemment léger en termes psychiatriques, sera très invalidant au niveau de la vie sociale, amoureuse ou professionnelle. Une personne peut présenter les signes correspondant à un diagnostic psychiatrique, mesuré à partir d'enquêtes par questionnaire dans la population générale, mais ne pas se reconnaître en souffrance, et encore moins ressentir le besoin d'aide d'un service. Ou encore, une personne peut présenter un diagnostic et ressentir le besoin d'aide, mais pas auprès du service que les professionnels estiment le plus adéquat pour ce trouble. La demande de soins exprimée est parfois sans rapport avec le trouble objectivé par un professionnel ou par une enquête épidémiologique. Enfin, un problème nécessite souvent une aide à plusieurs niveaux, médical et social.

Il ne suffit donc pas de connaître la manière dont les services sont utilisés, ni de connaître la prévalence des

troubles dans la population générale pour savoir si l'offre de soins correspond aux besoins en santé mentale de cette population. Selon Kovess, pour évaluer les besoins en santé mentale il faut combiner trois sources de données : les enquêtes dans la population générale, comme décrit ci-dessus ; les données relatives à l'utilisation des services ; et enfin, des indicateurs sociodémographiques, variables d'une région à l'autre ; les deux premières sont corrélées aux troisièmes. Cette variabilité régionale en fonction des contextes sociodémographiques est la raison pour laquelle les ressources affectées à l'offre de soins ne doivent pas être réparties de façon homogène sur l'ensemble du territoire.

Le principal reproche adressé par les anthropologues aux approches basées sur des mesures objectivables est qu'elles partent d'un postulat biomédical, assimilant la souffrance à une maladie facilement diagnosticable, comme dans les travaux de Jorm⁴ ou Andrews⁵. Or, le contexte social et la culture, donnent une forme et une couleur à la manière dont la souffrance psychologique s'exprime. Il n'y a pas une manière universelle dont la dépression s'exprime. La détresse n'est pas réductible à un ensemble prédéterminé de symptômes rassemblés dans un syndrome, mais s'exprime, se nomme et s'explique de manière singulière, variable d'une culture à une autre⁶. Pour Bibeau⁷, la recherche de données objectives sur la prévalence des problèmes de santé mentale ou les besoins dans la population se heurte à des problèmes méthodologiques :

- ▶ Le champ de la santé mentale est un domaine aux frontières floues. Le concept de santé mentale recouvre les troubles psychiatriques établis par un diagnostic précis, selon des grilles nosographiques reconnues, la détresse psychologique et le fonctionnement social. Les enquêtes santé restent superficielles parce qu'elles se réfèrent soit à des troubles psychiatriques avérés, soit à des « problèmes psychosociaux », soit à des difficultés de la vie liées à des événements particuliers ;
- ▶ Les planificateurs et administrateurs des services privilégient les recherches épidémiologiques quantitatives sur la prévalence et sur les besoins,

mais la comparaison entre données obtenues est difficile ;

- ▶ le sociologue ou l'épidémiologiste va tantôt privilégier un modèle adaptatif, qui met l'accent sur les conditions stressantes externes, tantôt le modèle adaptatif, qui insiste davantage sur les ressources personnelles ;
- ▶ Dans ces enquêtes, les outils diagnostics ne sont pas culturellement validés parce que les mots utilisés dans les questionnaires ne réfèrent pas à la même expérience vécue, selon les cultures. Les catégories diagnostiques du DSM IV et de l'ICD 10 ne tiennent pas compte du contexte social et culturel. Or, ce contexte conditionne les modes d'expression de la souffrance mentale.

La matrice sociale et culturelle de la santé mentale

Dans la médecine occidentale et selon le concept biomédical, la santé est définie comme absence de maladie et le corps humain est le seul référent de la pratique médicale. Mais il existe d'autres approches, centrées sur la sociogenèse des problèmes individuels ou de groupe, sans nier les composantes individuelles, intrapsychiques et biologiques de la santé mentale.

En 1986, la Charte d'Ottawa (ONU) insistait sur les déterminants de la santé autres que seulement l'anatomie : la paix, l'abri, l'éducation, les vivres, le revenu, un écosystème stable, des ressources viables, justice sociale et équité. La santé mentale est donc liée à des valeurs individuelles et collectives. Elle est influencée par les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Certains facteurs contextuels constituent des obstacles à la santé mentale et à l'adaptation réciproque de l'individu et des groupes à leur milieu ; par contre il y a des conditions qui facilitent cette adaptation réciproque. Selon cette définition, une planification des services doit prendre en compte tant les caractéristiques de la société, les conditions de vie et les représentations. Les représentations de la santé et de la maladie varient d'une culture à l'autre. Pour Bibeau, dans chaque société, selon les lieux et les époques, il existe :



- ▶ «un savoir propre relatif au corps, à son fonctionnement, à la personne et aux rapports aux autres, à l'identification des maladies à travers des signes spécifiques et à la classification et l'interprétation des problèmes;
- ▶ un savoir-faire qui est fait de réactions et de réponses aux problèmes allant du soutien donné par la famille au traitement par des spécialistes partageant le même univers de référence que la personne malade;
- ▶ un savoir être qui renvoie aux valeurs que le groupe met à la base de ses conceptions de la vie, de l'être humain et de la vie des autres».

Dans de nombreuses cultures (dites traditionnelles), la conception de l'homme et de l'univers est différente de celle dans la société occidentale et donc l'explication de la « folie » est différente. Pour Laplantine, en Afrique Noire, ce qui compte le plus n'est pas de savoir si c'est le corps ou l'esprit qui est atteint, l'individu ou le collectif, mais bien de connaître la nature du malheur qui frappe un individu ou un groupe.

Pour Léandre Nshimirimana⁸, lorsque quelqu'un va voir le guérisseur, c'est pour comprendre « l'origine du mal » : s'il s'avère qu'une folie, une fracture, l'infertilité d'un champ, la mort d'un animal domestique, la violence dans la famille, la perte d'un emploi ou l'échec dans une affaire..., ont pour origine la sorcellerie par exemple, ou l'attaque par un esprit ancestral, c'est le même rituel de guérison qui sera utilisé.

Dans les sociétés dites traditionnelles, la santé est comprise comme étant le reflet d'un équilibre entre tous les autres systèmes où évolue un sujet : systèmes économiques, politiques, écologiques, symboliques, ... « *Un père de famille ne sera pas en bonne santé si son champ ne donne rien ou si ses vaches sont stériles* ». L'appartenance culturelle de chacun influence donc son attitude devant la vie, la mort, la santé et la maladie. Et cette conception de la santé et de la maladie détermine le rapport que la personne et le groupe auront avec la médecine officielle, ses institutions, ses services et ses intervenants.

Anthropologie et Santé Publique

Bernard Hours⁹ résume bien l'évolution de l'anthropologie de la santé en France depuis 30 ans. Dans les années 60, l'ethnomédecine s'intéresse aux pratiques thérapeutiques diverses observées lors des travaux de terrain des ethnologues. Elle se penche sur de grands systèmes médicaux (ex., les médecines indiennes ou chinoises), identifiant les corpus de connaissance, les logiques culturelles, les pratiques médicales et leurs effets. Les ressources thérapeutiques locales étaient minutieusement notées : rites thérapeutiques, usages du corps, pharmacopée.

Dans les années 80, l'anthropologie de la maladie se penche sur les logiques symboliques et les logiques sociales des représentations dans les systèmes cognitifs de la maladie. Elle présente les rouages de l'efficacité symbolique et thérapeutique de processus sociaux tels que la sorcellerie : elle traite des symboles qui rendent malade ou tuent, des logiques thérapeutiques et des rites de guérison. Pour l'anthropologie, la maladie n'est pas considérée comme relevant de la médecine mais est le résultat d'un désordre dans l'ordre social. « *Les causes du mal sont cherchées non du côté de la matière et du corps, mais du côté du lien social noué ou défait qui protège ou provoque la maladie* ». L'anthropologie médicale française a montré comment la transgression des normes de la société peut rendre malade ou tuer et comment les dispositifs de remise en ordre symbolique de la société peuvent guérir.

Mais, signale Hours, aujourd'hui la dichotomie entre tradition et modernité occidentale tend à être dépassée parce qu'il y a une diversité des conduites des malades, parce que les itinéraires thérapeutiques sont multiples et parce qu'on observe des syncrétismes thérapeutiques dans les pays occidentaux et dans les pays du Sud. Ce pluralisme médical, dit Hours, a eu pour effet que l'anthropologie médicale s'est ouverte sur le monde contemporain en se donnant de nouveaux objets, comme la recherche sur les itinéraires thérapeutiques. Avant, dit-il, les acteurs du champ social n'étaient pensés que comme des dépositaires de savoirs ou de représentations. Aujourd'hui, à côté des dispositifs cognitifs, le malade,

ses proches, l'infirmier, le médecin, délimitent un champ social qui est aussi exploré. L'objet de l'anthropologie médicale aujourd'hui est devenu les systèmes de santé et non plus seulement la maladie.

En Amérique du nord, l'anthropologie appliquée à la santé et à la santé publique a permis une relecture des systèmes nosographiques, étiologiques ou thérapeutiques occidentaux, en montrant que ces systèmes étaient culturellement conditionnés : l'ethnomédecine a montré que dans chaque société, y compris la nôtre, il existe un système populaire d'interprétation des signes de la maladie et de la santé et que ce système vit et se développe parallèlement à un savoir et à un système de santé savant ou professionnel¹⁰. Le comportement des gens vis à vis des dispositifs d'aide n'est donc qu'en partie conditionné par le système de santé officiel. Autrement dit, ce n'est pas parce qu'un service est créé par des professionnels, pour répondre à « un besoin » de la population, que celle-ci va utiliser ce service. C'est particulièrement vrai pour des publics cibles, comme les personnes âgées, les immigrés, les réfugiés, les détenus, les sans-abris, ... En raison de ce savoir profane, il faut donc essayer de comprendre ce qui guide l'attitude des gens devant une difficulté, en amont des systèmes institués d'aide.

Habituellement, l'épidémiologie et l'anthropologie sont deux disciplines qui s'opposent. La première, se base sur des enquêtes de population et l'analyse statistique et quantitative de quelques variables isolées, tandis que la seconde utilise des recherches qualitatives sur de petits groupes. Selon Massé¹¹, un des apports essentiels de l'anthropologie à l'épidémiologie psychiatrique est d'avoir montré que les comportements de santé ainsi que l'environnement physique et social, tel que le soutien social ou l'habitat, sont conditionnés par l'organisation sociale et sont ancrés dans la culture. Ainsi, l'absence ou la présence d'un soutien social dans le contexte de vie des individus joue un rôle déterminant dans la santé de l'individu. L'anthropologie a montré l'influence de l'environnement socioculturel et des événements de vie sur la manière dont les personnes ressentent, expriment et expliquent leurs difficultés, indépendamment des caté-

gories nosographiques pré-définies. Selon une approche socioculturelle en épidémiologie psychiatrique, les problèmes de santé mentale sont définis à partir des conceptions et des représentations que les gens eux-mêmes se font de ces problèmes, et non à partir de la définition qu'en donne le chercheur, selon des catégories qui seraient universelles. Chaque groupe ethnique ou sous-groupe social dans la population générale définit « la maladie » ou définit ce qui est normal ou anormal, tolérable ou intolérable, en fonction de ses propres normes, valeurs, conceptions et idéologie. Alors que l'épidémiologie mesure la prévalence de problèmes de santé à partir d'un soit disant consensus médical, l'anthropologie s'intéresse au sens populaire de la santé. Tenir compte de la culture en épidémiologie, dit Massé, ce n'est pas seulement introduire des variables comme l'origine ethnique, la langue, l'appartenance religieuse ou le niveau de scolarité dans les enquêtes



Cédric Rouillat

quantitatives, mais c'est respecter le sens et l'interprétation que les individus donnent eux-mêmes à ces caractéristiques culturelles. Ce qui influence la santé doit être remis dans son contexte culturel et resitué dans les histoires de vie.

Conclusion

Anthropologie et épidémiologie ont en commun d'essayer de comprendre le rôle des facteurs sociaux et culturels dans la genèse des problèmes de santé. Connaître les types de conduites de certains groupes dans la population permet d'ajuster nos modes d'interventions auprès de ces groupes.

Pour conclure, citons quelques travaux basés sur l'approche socioculturelle en épidémiologie psychiatrique. Au Québec, Raymond Massé¹² a développé un outil pour mesurer l'état de santé mentale de la population basé, non sur des diagnostics pré-établis, mais sur les conceptions populaires du bien-être et de la détresse psychologique. Cette échelle, dite ethno-séman-

tique, est élaborée à partir des représentations populaires de la santé et de la souffrance, c'est-à-dire à partir des signes sur lesquels la population s'appuie pour qualifier elle-même son état de santé mentale, positive et négative. P. Jamoule¹³ a développé une méthode ethnographique d'enquête qualitative auprès de sous-groupes dans la population. A partir de l'immersion du chercheur dans le milieu de vie et à partir du recueil de récits sur les trajectoires de vie auprès de différents acteurs impliqués, les faits de santé sont déchiffrés selon la signification que leur donnent les acteurs concernés, en lien avec les autres domaines de la vie sociale (logement, emploi, formations, urbanisation, environnement, ...). Le chercheur peut ainsi identifier les différentes stratégies utilisées par les individus appartenant à ce sous groupe pour surmonter les difficultés de la vie.

Corin et coll¹⁴. ont étudié la santé mentale dans six communautés du nord ouest du Québec. Cette recherche a montré comment la prévalence mais

aussi la définition des problèmes de santé mentale et la manière dont les individus et la communauté se réappropriaient ces problèmes sont largement dépendants du contexte social, culturel et économique. Cette démarche ethnographique révèle que chaque communauté a ses caractéristiques propres : les réseaux de soutien social varient d'un groupe à l'autre, ainsi que le degré de désintégration sociale, le degré de développement économique et le degré d'ouverture au monde extracommunautaire. On voit alors que le rapport de l'individu avec la maladie et son rapport aux systèmes d'aide est fonction de ces caractéristiques contextuelles, variables d'une communauté à l'autre. Ces facteurs contextuels influencent la façon dont la souffrance psychique individuelle va s'exprimer, la façon dont la souffrance psychique va être identifiée par le groupe social d'appartenance de la personne (système de signe) et la façon dont la souffrance va être comprise et

interprétée (système de sens). Cette approche a également été utilisée dans des recherches menées au Mali¹⁵.

¹ Les travaux de Marie-Noëlle Schurmans portent sur la construction sociale de la connaissance et l'articulation entre représentations sociales et action. Spécialiste des représentations sociales, elle a, entre autres, étudié la construction des représentations sociales de la maladie mentale, des politiques de soins ou des institutions soignantes à travers des études monographiques. Sa méthode est celle d'une sociologie « compréhensive », c'est-à-dire que la construction de l'objet d'enquête se base sur l'expérience des sujets interrogés, grâce à l'analyse factorielle du contenu d'interviews semi-directifs. Bibliographie / réf. 49 à 56

² Kovess V., Lesage A., Boisguérin B., & coll. : bibliographie / réf. 29

³ Korkeila J. : bibliographie / réf. 27

⁴ Jorm A.- F. : bibliographie / réf. 22

⁵ Andrews G., Issakidis C. : bibliographie / réf. 2

⁶ Massé R. : bibliographie / réf. 34

⁷ Bibeau G., Chan-Yip A.-M., Lock M., Rousseau C., Sterlin C. : bibliographie / réf. 9

⁸ Voir bibliographie / réf. 1

⁹ Hours B. : bibliographie / réf. 18

¹⁰ Massé R. : bibliographie / réf. 35

¹¹ Massé R. : bibliographie / réf. 33

¹² Massé R., Poulin C., Lambert J., Dassa C. : bibliographie / réf. 36 et 37

¹³ Jamoule P. : bibliographie / réf. 20

¹⁴ Bibeau G., Corin E. et al : bibliographie / réf. 10

¹⁵ Corin E., Uchoa M.-E., Bibeau G. et Koumaré B. : bibliographie / réf. 12



Images et réalités de la santé mentale en France

Les personnes souffrant de troubles mentaux, leurs proches ainsi que le système de soins spécialisés sont victimes d'une forte stigmatisation. Les représentations de la maladie mentale ont une influence sur les politiques nationales de santé mentale, la prévention des problèmes de santé mentale, leur reconnaissance par la population et les professionnels, l'accès aux soins et l'intégration dans la communauté des personnes qui en souffrent.¹

Entre 1999 et 2003, le Centre Collaborateur français de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille France) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) ont réalisé une enquête socio-anthropologique et épidémiologique intitulée « La santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG) ».

**Aude Caria², Vanessa Bellamy³,
Jean-Luc Roelandt⁴ et
Agathe Kergall⁵**

Les deux objectifs principaux de cette recherche-action sont de décrire les représentations liées à la « folie », la « maladie mentale », la « dépression » et aux modes d'aides et de soins et d'estimer la prévalence des principaux troubles mentaux, grâce à un échantillonnage et des questionnaires ad hoc (encadré 1). Cet article présente les premiers résultats concernant les représentations de la population vis-à-vis des items « fou/folie », « malade mental/maladie mentale », « dépressif/dépression »⁶ et des modes d'aide et de soins, ainsi que les premières analyses épidémiologiques. Il s'agit des données nationales recueillies auprès de 36.000 personnes âgées de 18 ans et plus en France métropolitaine⁷.

Des préjugés toujours présents

Perceptions de la responsabilité, conscience, violence et exclusion sont fortement liées

La plupart des perceptions populaires associées aux termes « fou », « malade mental » et « dépressif » est très partagée par les français de métropole. Tous les comportements violents et illé-

gaux (viol, inceste, agressions, ...) sont attribués au « malade mental » ou au « fou ». Le fait de commettre un meurtre est, pour la majorité des français, d'abord associé au « fou ». Par ailleurs, la notion de « dépression » entendue par les enquêtés, ne recouvre pas forcément la dépression cliniquement reconnue comme telle. On sait que ce terme est largement utilisé dans le langage courant et peut désigner toute sorte de difficultés psychologiques. Pour 87% des personnes interrogées, quelqu'un « qui pleure souvent, qui est triste » a un comportement associé au fait d'être dépressif, pour 80% le fait de tenter de se suicider y est associé et 62% pensent que le fait « d'être en retrait, chercher à être seul » relève aussi d'un comportement « dépressif ».

L'exclusion perçue est très forte avec un gradient travail > société > famille. Le lieu perçu comme le plus excluant est le monde du travail, même pour le « dépressif »⁸. La grande majorité des personnes interrogées pense que le « fou » et le « malade mental » ne sont pas responsables de leur état (« folie », « maladie mentale »), ni de leurs actes, qu'il faut les soigner même s'ils ne le veulent pas et qu'ils ne sont pas conscients de leur état. La déniation de la souffrance attribuée au « fou » et au « malade mental » est importante, ceci est moins vrai pour le « dépressif », pour lequel 84% des enquêtés pensent qu'il est conscient de son état et 97% qu'il souffre.

Le rôle de la famille et l'entourage est essentiel

La quasi totalité des personnes interrogées pense que la famille d'un « fou », un « malade mental » ou un « dépressif » souffre. Toutefois, la tolérance est ambiguë. Les interviewés considèrent que le « fou » et le « malade mental » sont exclus de leur famille, mais que l'on peut les réintégrer, s'ils sont soignés. Les personnes interrogées se déclarent prêtes à accepter un proche « malade mental », « fou » ou « dépressif » soigné chez elles. Mais il s'agit de toutes les façons d'un fardeau pour la famille, et celle-ci ferait appel à une aide extérieure si elle ressentait un danger pour l'entourage ou le sujet. Dans l'ensemble, ce sont les situations extrêmes de débordement, d'urgence, de crise, qui déclencherait la demande d'aide.

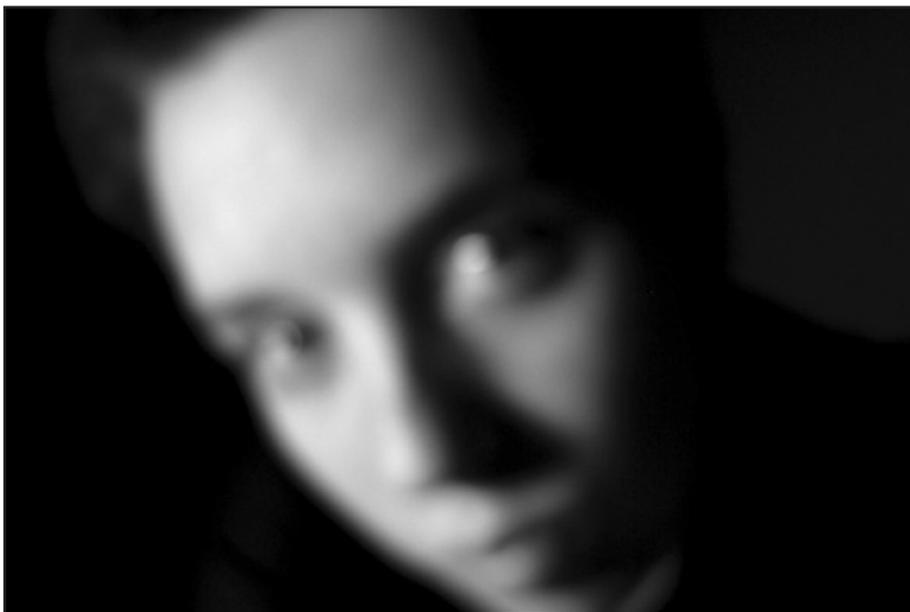
*Le « fou », le « malade mental » c'est l'autre ;
le « dépressif », cela peut être soi*

La « dépression » semble être plus tolérée par les personnes interrogées, qui peuvent se considérer un jour comme telles. Le concept de « dépression », renvoie à une folie propre, consciente, acceptée, mais il est plus large que le concept sémiologique psychiatrique. Dans le même ordre d'idée, si l'on conseillait à un « fou » ou un « malade mental » d'aller à l'hôpital psychiatrique pour recevoir des médicaments, en cas de problèmes personnels, les personnes interrogées chercheraient d'abord de l'aide auprès de leurs proches, puis de leur médecin généraliste.

Les troubles psychiques sont fréquents

Un dixième des personnes interrogées a été repéré comme ayant connu un épisode dépressif au cours des deux semaines précédant l'enquête

11 % des personnes enquêtées ont été repérées grâce à un questionnaire de détection médical, le MINI⁹, comme



Julienne Rose

ayant eu un épisode dépressif dans les deux semaines qui ont précédé l'enquête. Il s'agit le plus souvent de femmes. Les personnes séparées, divorcées ou au chômage ont par ailleurs plus fréquemment que les autres été identifiées comme ayant souffert de ce trouble.

Les femmes et les personnes séparées connaissent plus souvent l'anxiété

Le trouble anxieux le plus fréquemment repéré à travers le Mini est l'anxiété généralisée (13 % des personnes enquêtées). Comme pour les épisodes dépressifs, les femmes et les personnes séparées ou divorcées sont plus souvent identifiées comme ayant connu des troubles anxieux généralisés. En outre, plus d'un quart des personnes repérées comme manifestant des symptômes d'anxiété généralisée ont aussi connu un épisode dépressif.

2,8 % de personnes identifiées comme souffrant de syndromes d'allure psychotique

Contrairement aux autres pathologies, les hommes souffrent plus souvent de syndromes d'allure psychotique, lesquels sont repérés comme concernant 2,8 % de la population des 18 ans et plus. De plus, 14 % des personnes souffrant de ce type de syndrome connaîtraient un risque suicidaire élevé.

Environ 2 % des adultes présenteraient un risque suicidaire élevé

Enfin, environ 2 % des adultes pré-

senteraient un risque suicidaire élevé. Ce risque est encore plus fréquent chez les personnes séparées (4,7 %) et celles au chômage ou inactives. Le risque suicidaire élevé est un peu plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Elles tentent d'ailleurs plus souvent de se suicider, alors que les décès par suicide sont plus souvent masculins. Les personnes souffrant d'épisodes dépressifs récurrents sont, quant à elles, 12 % à présenter un risque suicidaire élevé. Ces premiers résultats ne tiennent pas compte des informations sur le sentiment d'être malade, l'impact des troubles sur le fonctionnement social (travail, famille, relations), les recours thérapeutiques utilisés, l'effet et la satisfaction perçus par rapport à ces recours. Ces données complémentaires du questionnaire diagnostique, non encore exploitées, permettront d'affiner les prévalences diagnostiques.

Le système de soins spécialisés est mal connu

La population fait une distinction forte entre les termes « fou » et « malade mental » d'un côté et dépressif de l'autre. Cela se retrouve dans les représentations des soins et de la guérison. Ainsi, l'image de l'hôpital psychiatrique comme lieu de soins « exclusif » prime-t-elle lorsqu'il s'agit du « malade mental » ou du « fou ». Et 78% des personnes pensent que l'on y soigne essentiellement grâce aux médicaments. La population connaît peu les structures de soins alternatives à l'hospitalisation. L'hôpital

psychiatrique n'est pas considéré comme un lieu de soins pertinent pour le « dépressif » ; trois personnes sur cinq peuvent citer d'autres lieux de soin pour le « dépressif » : la maison, l'entourage ou les maisons de repos. Peu de personnes pensent que l'on peut guérir un « fou » ou un « malade mental », mais 94% d'entre elles considèrent que l'on peut guérir un « dépressif ». Toutefois, la grande majorité des gens pense qu'un « fou », un « malade mental » et, dans une moindre mesure, un « dépressif » ne peuvent guérir seuls.

Ces résultats bouleversent les idées reçues des soignants eux-mêmes

En effet, les professionnels pensent participer à une équipe pluridisciplinaire qui s'efforce d'offrir aux malades mentaux une palette de soins variés, dans des structures en ville. La population pense que le « malade mental » est dangereux, commet des actes illégaux, est peu accessible à la guérison, car peu conscient de son état et doit être soigné contre son gré à l'hôpital psychiatrique avec des médicaments... Les représentations sont invariantes : le sexe, l'âge, le fait d'être malade, le fait d'avoir connu un « fou », un « malade mental », ou un « dépressif » ou d'avoir soi-même des troubles psychiques les modifient peu.

Il est donc difficile, au vu de ces résultats recueillis en population générale, de continuer à utiliser les termes « malade mental » en pensant qu'ils réduisent les préjugés ! Pourtant, l'enquête nous montre aussi que la santé mentale, c'est l'affaire de tous. Tout le monde peut être concerné par un trouble psychique, de près ou de loin, à un moment de sa vie (1 personne sur 3 présente au moins un trouble identifié par le MINI).

Face à ces quelques résultats, on mesure le chemin qu'il reste à parcourir pour changer les préjugés, afin de ne pas ajouter à la souffrance de la maladie mentale le poids de la stigmatisation sociale, pour les patients, les familles et les soignants.

Toutefois, agir sur les préjugés ne suffit pas : les représentations de la population ne pourront évoluer que si les pratiques soignantes elles-mêmes changent. C'est l'enjeu des années à venir. ●



ENCADRÉ 1 :

Présentation de l'enquête SMPG

L'étude « *La santé mentale en population générale: images et réalités* » est une recherche-action internationale multicentrique menée par l'ASEP et le Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale (Lille, France), en collaboration avec la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Ses objectifs principaux sont, d'une part, de décrire les représentations liées à la « maladie mentale », la « folie », la « dépression » et aux différents modes d'aide et de soins, et, d'autre part, d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux, dans la population générale âgée de 18 ans ou plus. Il s'agit aussi de sensibiliser les partenaires sanitaires, sociaux, associatifs et politiques à l'importance des problèmes de santé mentale et de promouvoir l'instauration d'une psychiatrie intégrée dans la cité. Pour chaque site participant à l'enquête, les données ont été recueillies par des enquêteurs formés, grâce à des questionnaires administrés au cours d'entretiens en face à face avec des personnes sollicitées dans la rue, en respectant des quotas socio-démographiques (sexe, âge, CSP, ...) de manière à constituer un échantillon aussi représentatif que possible de la population vivant sur la zone géographique concernée. Pour chaque personne interrogée, les questions explorent ses propres représentations ainsi que la présence de troubles mentaux actuels ou passés et les ressources thérapeutiques utilisées. La méthodologie de l'enquête est décrite par ailleurs¹, ainsi que les principaux résultats de la première phase². Un échantillon national a été constitué en agrégeant les données des sites français. Ce recueil des données ne s'approche d'aucun plan de sondage probabiliste « traditionnel », ni de la méthode des quotas. Les données ont été redressées pour être représentatives de la population française âgée de 18 ans ou plus sur les variables d'âge, sexe, niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle et situation vis-à-vis de l'emploi. Cet échantillon national compte 36.000 individus pour la France métropolitaine et 2.500 pour les DOM. L'enquête a également été réalisée en Algérie, en Belgique, aux Comores, à Madagascar, à Maurice et en Mauritanie.

¹ Roelandt J.-L., Caria A., Mondière G. et al : bibliographie / réf. 46

² Anguis M., Roelandt J.L., Caria A. : bibliographie / réf. 4
Roelandt J.-L., Caria A., Anguis M. et al. : bibliographie / réf. 44

Roelandt J.-L., Caria A., Anguis M et al : bibliographie / réf. 45

« La Santé mentale en population générale : images et réalités »

Cette recherche-action est réalisée par l'Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (ASEP), le Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France), et le Département d'information et de recherche médicale (DIRM) de l'EPSM-Lille-Métropole. Elle a reçu le soutien financier, pour la première phase de recherche, du Ministère français des affaires étrangères, du Ministère français de la santé et de la protection sociale (DGS), de l'OMS Genève (programme "Nations pour la santé mentale"), du bureau local de l'OMS à Moroni (Grande Comore), du bureau local de l'OMS à Antananarivo (Madagascar), du "Health Systems Research for Reproductive Health and Health Care Reforms in the Eastern and Southern African Region" (Harare, Zimbabwe) et des laboratoires Synthelabo et SmithKline&Beecham. Pour la seconde phase, elle a fait l'objet d'un contrat spécifique passé entre le CCOMS-EPSM-Lille-Métropole et la Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques (DREES-Ministère de la santé). Pour les deux phases, cette enquête a été possible grâce au soutien logistique des établissements publics de santé impliqués dans l'enquête et des services déconcentrés de l'Etat français (DRASS et ARH), ainsi qu'aux enquêteurs et superviseurs de tous les sites d'enquête. Les municipalités enquêtées et les associations d'usagers ont été systématiquement impliquées.

Responsable scientifique: J.L. Roelandt
Responsable méthodologique: A. Caria
Coordination générale: A. Kergall (sites internationaux) et G. Mondière (sites français). Avec l'aide de M-P. Chalumeau, L. Dufoutrel, M.T. Maslankiewicz, D. Poissonnier, C. Porteaux, P. Sadoul. Secrétariat: S. Sueur. L'équipe de formateurs: H. Brice, N. Bruynooghe, L. Defromont, V. Fournel, L. Kurkdjian, A. Racine, I. Soloch, G. Tréboutte, M. Triantafyllou et F. Wizla.

Responsables de sites:

Phase 1 – 1998 -2000

Les Comores: A. Islam et M. Issahi (Hôpital El Maarouf, Grande Comore) ; France: R. Bocher (CHU St Jacques, Nantes), D. Boissinot-Torres (CH Edouard Toulouse, Marseille Nord), D. Chino et M.C. Velut-Chino (CHS Paul Guiraud, Hauts de Seine), L. Denizot (CHS de St Paul, La Réunion), M. Eynaud (CH Montheran et CHU de Pointe-à-Pître, Guadeloupe), C. Lajugie et C. Muller (EPSM Lille Métropole, Vallée de la Lys), P. Mulard et C. Alezrah (CHS Léon Gregory, Pyrénées Orientales), G. Treboutte (EPSM Lille Métropole, Lille-Hellemmes), C. Thévenon-Gignac (EPSM Lille Métropole, Tour-

coing) ; Madagascar: M. Andriantseho (CHU Mahajanga, Mahajanga et Antananarivo) ; Ile Maurice: P. Motay et P. Burhoo (Ministère de la santé et de la qualité de la vie, Ile Maurice).

Phase 2 – 2000-2004

Algérie: F. Kacha (HP Mahfoud Boucebc, Cheraga) ; Belgique: C. Burquel (Service de Santé Mentale le Méridien, Bruxelles) ; France: C. Adamowski (CHS, Sarreguemines), J.Y. Alexandre et M. Debrock (EPSM agglomération lilloise, Roubaix), M.J. Amedro et D. Mahieu (CH Camille Claudel, Angoulême), M.C. Amieux (Groupe hospitalier Maison Blanche, Paris 10ème), D. Arnaud (CH Montfavet, Montfavet), P. Bantman (EPS Esquirol, Saint Maurice), J. Boscredon (CH de Montauban, Montauban), H. Brun-Rousseau (CH de Cadillac, Bordeaux), F. Burbaud (ORS Limousin, Limoges), F. Caroli et L. Masclat (Centre Hospitalier Saint Anne, Paris 14ème), J.P. Castelain (Centre Pierre Janet, Le Havre), P. Chaltiel et S. Massimi (EPS Ville-Evrard, Bondy), J. Debieve (EPSM agglomération lilloise, Lille), C. Demogeot et M. Leclerc (Centre psychothérapeutique, Nancy/Laxou), B. Desombre (CH Montluçon, Montluçon), C. Faruch (CHS Gérard Marchand, Toulouse), J. Ferrandi et M.C. Cabié (CH Marc Jacquet, Melun), J.Y. Giordana (CH Sainte Marie, Nice), R. Bouet et C. Guyonnet (CHS Henri Laborit, Poitiers), P. Lacroix (CHG Longjumeau, Longjumeau), D. Léger (CH Georges Renon, Niort), D. Leguay (CH CESAME, Angers), P. Leprelle (CH Louis Pasteur, Cherbourg), P. Lévêque (CH d'Arras, Arras), J. Lesturgeon et P.M. Llorca et (CHU St Jacques, Clermont-Ferrand), B. Martin (CHS Les Murets, La Queue en Brie), G. Masse et M. Fouillet (Centre Hospitalier Saint Anne, Paris 15ème), M. Mathias (IFSI, Berck sur Mer), G. Milleret et A. Racine (CHS La Chartreuse, Dijon), P. Nubupko (CHS de la Valette, Guéret), E. Perrier (EPSA, Haguenau), M.C. Pillon et J.M. Tarissan (CH Saint Jean de Dieu, Lyon), B. Pinalie (CH Nord Deux Sèvres, Thouars), B. Raynal et B. Millet (CH Guillaume Reignier, Rennes), N. Skurnik et P. Issembert (Groupe Hospitalier Maison Blanche, Paris 20ème), M. Tryantafyllou (CH Victor Jousset, Dreux), G. Ursulet et B. Cazenave (CH Colson, Martinique), T. Wallenhorst (CH de Semur, Semur) ; Grèce: S. Stylianidis (EPAPSY), Mauritanie: A. Ould'Hamady (Hôpital Militaire, Nouakchott).

L'enquête a reçu l'aide scientifique et méthodologique de M. Anguis, G. Badeyan, et V. Bellamy (DREES, Paris), J. Benoist (Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie, Aix en Provence), G. Bibeau (Université de Montréal), R. Dang (INSEE, Lille), Y. Lecrubier (INSERM, Paris), N. Quemada (INSERM, CCOMS, Paris) et J.P. Vignat (Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique, GFEP).

¹ World Health Organisation : La santé mentale dans le monde : Non à l'exclusion, Oui aux soins. Rapport 2001. Genève 2001, consultable sur le site www.who.int

² Psychologue, responsable méthodologique de l'enquête SMPG, Centre hospitalier Ste Anne, 1 rue Cabanis, 75014 Paris, France.

³ Statisticienne, Drees, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 8 avenue de Ségur 75350 PARIS 07 SP, France, vanessa.bellamy@sante.gouv.fr

⁴ Psychiatre, Directeur du Centre Collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France), 186 rue Kléber, 59155 Faches-Thumesnil, France, ccoms@epsmlille-metropole.fr

⁵ Psychologue, coordinatrice de l'enquête SMPG, CCOMS (Lille, France).

⁶ Les termes apparaissent entre guillemets pour bien souligner qu'il s'agit de représentations et non de vérités ou diagnostics psychiatriques.

⁷ Bellamy V., Roelandt J.-L. et Caria A. : bibliographie / réf. 7

⁸ « Selon vous un fou/malade mental/dépressif est-il exclu de la société/sa famille/son travail ? »

⁹ MINI (MINI International Neuropsychiatric Interview), entretien diagnostique permettant de repérer les symptômes des troubles mentaux selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-10, OMS).

Comment approcher les représentations sociales ?

Cas pratiques

L'a.s.b.l. R.A.P.A. - L'Autre « lieu »¹ s'intéresse à la problématique des représentations sociales depuis plusieurs années. Elle a abordé cette thématique par le biais de deux approches distinctes : par une démarche de type qualitatif d'une part, et par une démarche de type quantitatif de l'autre. La question qui s'est posée, dans un premier temps, est de savoir « comment avoir accès aux représentations sociales que le profane² se fait de la santé mentale ? ».

Nous nous proposons, dans cet article, d'exposer brièvement les apports et les limites des deux approches. La première se base sur l'expression libre autour du « mal-être » (psychique). L'enquête a été réalisée en 2000 à Bruxelles, à l'aide de groupes de paroles dits groupes témoins. La seconde recherche prend appui sur des données qui ont été recueillies par le biais d'un questionnaire dans le cadre d'une vaste enquête sur la santé mentale en population générale³

Anne DUCHAINE

Chargée de recherche à L'Autre « lieu »

Paroles libres autour du « mal-être » psychique

Dans le cadre d'une recherche qualitative portant sur les ressources en santé mentale⁴, des personnes réunies au sein de 4 « groupes-témoins » furent invitées, entre autres, à parler de « l'aller-mal » (psychique), de la maladie mentale, de leur(s) cause(s) et des moyens de venir en aide aux personnes concernées. Considérés comme **experts**, les participants de ces groupes furent interrogés sur leur **savoir** dans le domaine de la santé mentale.

Un groupe-témoin fut constitué au départ du fichier de l'asbl L'Autre « lieu » (groupe « Autre lieu »), les trois autres, au départ du réseau associatif local de 3 communes bruxelloises aux caractéristiques sociales contrastées (groupes-témoin d'Evere - de Bruxelles-sud - de Saint-Josse). Chaque groupe-témoin s'est réuni 2 fois, s'exprimant spontanément au départ d'un guide d'entretien unique.

Ce sont des personnes intéressées par le sujet qui se sont portées volontaires

pour ce travail de réflexion sur la santé mentale. Une partie d'entre elles a d'ailleurs eu à faire face, directement ou indirectement, à des situations de souffrance psychique ou de maladie mentale. L'analyse de contenus de ces réunions est évocateur des représentations mais aussi des attentes des quatre groupes témoins en matière de santé mentale.

On observe en effet que dans le premier groupe, tout mal-être psychique est désigné par un vocable unique de « dépression », alors que dans un autre, on parle de « fragilité » ou encore de « souffrance ». Le plus souvent, il y a gradation dans ce mal-être qui peut aboutir à la maladie mentale. Pourquoi ? Question de personnalité individuelle et d'entourage. Les participants d'un groupe estiment que, dans certaines situations, il est normal d'aller mal (perte d'un être cher, perte d'un travail, par exemple) mais que c'est l'absence d'un tissu social soutenant et/ou l'enfermement de la personne dans son chagrin qui contribueront à la faire glisser de la fragilité à la nécessité d'une aide professionnelle. Dans un autre groupe, ce sont les « chocs psychologiques » qui provoquent l'« aller-mal », la société et la famille constituant des garde-fous pour éviter le glissement vers la dépression.

Autre constat, partagé par l'ensemble des participants, la maladie mentale et la folie apparaissent le plus souvent comme mystérieuses, inévitables, effrayantes, ayant pour origine la fatalité, l'hérédité. Les groupes débattent plus facilement de la dépression comme étant une maladie acceptée socialement et guérissable. Du coup, on peut en parler.

Quant à la folie, elle ne se guérit jamais tout à fait. « *Actuellement, on trouve les fous dans la rue, ils ont un grain de folie, ils sont différents de nous. Cela fait peur (...)* ».

Que penser des pratiques en santé mentale ?

Un second volet de cette recherche-action s'est intéressé à l'offre de soins et à l'aide en santé mentale, notamment, au travers de l'appréciation et du crédit qui sont accordés aux professionnels du secteur. A la question : « *Comment peut-on sortir de la souffrance psychique, de la dépression, de la folie ?* », il ressort d'abord que l'entourage a toute son importance même si les groupes l'évoquent de façon différente selon les communes concernées. Ainsi, pour les habitants d'une commune, la solidarité au sein d'un logement social est citée comme ayant permis de « *traverser des situations de chocs émotionnels et de dépression réactionnelle à des événements graves* ». Les habitants de « la » commune constamment épinglée comme la plus pauvre de Bruxelles furent remarquables, selon les chercheurs, par leur « *énergie vitale* », *les convainquant qu'il existe dans leur commune une « extraordinaire sensibilité et solidarité citoyenne* ».

Mais l'entraide ne suffit pas toujours. Le recours à des professionnels apparaît alors nécessaire mais combien difficile ! La démarche est vécue ou perçue, par beaucoup, comme humiliante ; est associée à une perte de fierté et à la « honte du regard de l'autre ». Que demande-t-on au travers de cette démarche *pénible* ? De l'**écoute**, et



dans certains cas, des **médicaments**. Les attentes sont pourtant globalement déçues même si les expériences sont relatées de façon nuancée et les avis ambivalents.

Par rapport à l'écoute, les psychiatres sont parfois présentés comme distants, peu disponibles, silencieux, souvent en réunions. Dans un groupe, cette « manière d'être » relève de l'incompétence. Les chercheurs, de leur côté, attribuent cette « déception relationnelle » aux attentes disproportionnées des demandeurs mais invitent l'ensemble des professionnels à y être attentif et à « *s'ouvrir au monde et à la diversité des situations humaines* ».

L'apport du médicament et des rapports humains

Les psychologues, infirmiers et assistants sociaux sont jugés - eux aussi - dans leur faculté d'écoute et d'être proches. Les participants de certains groupes-témoins estiment qu'un « partenariat » soigné/soignant/entourage serait un moyen de remédier à la distance entre professionnels et patients ; distance qui contribuerait à l'isolement et à la chronicité de ces derniers. L'entourage-partenaire pourrait également s'en trouver moins culpabilisé.

La place du généraliste n'apparaît pas clairement. Essentiellement, parce que, au niveau du discours des participants, le terme « médecin » désigne parfois indifféremment le « médecin généraliste » et « le médecin-psychiatre ». Néanmoins un groupe - particulièrement sévère quant au système de soins parle explicitement des « *médecins généralistes* » comme ne prenant pas « *leur responsabilité dans les situations graves où il faudrait orienter vers des psychiatres ou des psychologues* ». Et qui « *surtout dans des situations urgentes ne prennent pas le temps d'écouter* ».

Les médicaments sont présentés comme vitaux et précieux bien qu'ayant des effets secondaires et n'étant pas tous prescrits adéquatement. La crainte de la pharmacodépendance est également évoquée.

Parmi les structures institutionnelles, l'hôpital est reconnu le plus clairement dans ses missions : il apparaît comme protecteur bien qu'il soit difficile d'être hospitalisé parce que le lieu est clos et

que l'on s'y trouve confronté à d'autres patients.

Les autres éléments structurels du réseau de santé mentale sont à peine évoqués (structures intermédiaires, centres de santé mentale). En fait, **la méconnaissance du réseau de santé mentale est quasi générale**. A tel point qu'un groupe suggère que des informations dans ce domaine fassent partie des cours.

Une deuxième enquête, quantitative

Il s'agit, cette fois, d'approcher les représentations en santé mentale de la population générale par le biais d'un questionnaire. Cette recherche-action, coordonnée par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé-Lille-France (CCOMS - Lille), validée par l'Organisation Mondiale de la Santé et intitulée « **La Santé Mentale en population générale – Images et Réalités** », est actuellement en cours en région bruxelloise, sous la responsabilité de l'a.s.b.l. R.A.P.A./L'Autre « lieu ».

Le projet, on l'a vu⁵, comporte deux objectifs principaux : connaître **les représentations sociales** de la maladie mentale dans la population générale (volet socio-anthropologique) et estimer la **prévalence des troubles mentaux** dans cette population (volet épidémiologique).

Nous nous sommes engagés dans le projet parce qu'il nous est apparu qu'il constituait une opportunité essentiellement par le processus de réflexion, de participation et de partenariat qu'il pré-suppose. Ceci malgré des réticences, par rapport à la forme (méthode quantitative se basant sur un questionnaire compliqué, fermé, long). Et par rapport au fond (la question des représentations sociales peut-elle vraiment se travailler au départ d'un questionnaire ? Questions récurrentes mettant l'accent sur les représentations liées à la *dangerosité*. Est-il éthiquement acceptable de formuler des hypothèses diagnostiques au départ d'un questionnaire standardisé (le MINI⁶) passé auprès de personnes interrogées dans la rue et les lieux publics ce qui peut constituer - en soi - une *intrusion, une violence* ?).

Un travail en cours

Après deux années de travail et deux périodes consacrées à récolter les données sur le terrain auprès d'un échantillon de la population de deux communes bruxelloises, nous estimons, qu'en effet, dès sa mise en place, la recherche-action a permis une réflexion d'envergure entre les différents acteurs de terrain, les professionnels de la santé en formation, les décideurs politiques et la population générale. Et ceci, malgré le fait que nous ayons dû nous passer de l'apport de certains acteurs de terrain (tant des professionnels de la santé et de la santé mentale que des représentants du réseau associatif proche de la population) essentiellement à cause de la complexité du questionnaire et des items diagnostiques. Ce fut, par exemple, le cas pour plusieurs associations effectuant du travail de rue.

Le processus de travail est loin d'être terminé. En ce qui concerne le volet quantitatif, nous ne disposerons de résultats que d'ici quelques mois ; la dynamique propre à la recherche-action étant en cours de processus. Le **site** géographique étudié comprend les communes bruxelloises de Saint-Josse-ten-Noode et de Schaerbeek. Site choisi parce qu'il est celui de L'Autre « lieu », parce que les acteurs de la santé⁷ et de la santé mentale⁸ y sont implantés. Mais surtout parce que la population y présente des caractéristiques démographiques qui nous semblaient pertinentes afin d'appréhender les représentations sociales : en termes de distribution des âges (importante représentation des - de 25 ans à Saint-Josse, par exemple), de disparité sociale (existence de quartiers « aisés » à Schaerbeek ; importance du nombre d'« inactifs » à Saint-Josse), enfin de par la multiplicité des nationalités et cultures présentes sur les deux communes. Ce dernier élément a constitué notre principale difficulté lors de la passation des questionnaires par les étudiants-enquêteurs, au tout-venant, dans la rue et les lieux publics (incompréhension des termes employés dans les questionnaires, méconnaissance totale ou partielle du français, ...). Les enquêteurs essuyèrent également de nombreux refus de participation par la population du fait de la

durée de passation des questionnaires (3/4 d'heure minimum) et/ou d'un inintérêt pour la santé mentale.

Recouper les données quantitatives par une approche qualitative

Nous avons eu l'occasion de participer à la restitution des premiers résultats de l'enquête en France⁹ et de prendre connaissance de leur publicité par voie de presse. Nous souhaitons tenir compte des remarques qui ont été émises à cette occasion par les participants, les journalistes et, bien sûr, les personnes-ressources interviewées à cette occasion pour mener à bien la suite de notre travail. Nous avons notamment regretté, tant dans l'organisation de la restitution des résultats à Lille, qu'au niveau des médias, que le volet socio-anthropologique (relatif aux représentations sociales) du questionnaire n'ait pas retenu beaucoup d'attention.

De manière générale, nous pensons en effet que les résultats quantitatifs ne suffisent pas pour nous informer valablement des représentations sociales de la population générale. Nous devons établir des recoupements et disposer d'informations complémentaires par une approche qualitative. Nous nous référons également aux commentaires des étudiants-enquêteurs et des personnes interviewées. Beaucoup se sont plaints de ne pas se retrouver dans la manière dont les questions ont été formulées et dans les choix de réponse(s) sur les représentations qu'ils se font de la folie, la maladie mentale et la dépression. Ni d'y trouver les nuances souhaitées. Les résultats du volet épidémiologique (MINI) du questionnaire ont eu un large écho lors des rencontres de Lille¹⁰ Dans la presse également. Ils firent la première page du grand quotidien *Le Monde*¹¹ qui titrait: «Dépression, anxiété, suicide: les chiffres d'un mal français».

Au-delà des chiffres...

L'interprétation des données quantitatives constitue un enjeu: prenons l'exemple du diagnostic de «dépression» relevé par les enquêtes. En France, 11% des personnes interrogées ont connu un épisode dépressif récemment, et 12,8% d'entre elles

souffriraient d'anxiété: faut-il, comme le prône le Docteur Jean-Luc Roelandt, responsable scientifique du CCOMS-Lille, intégrer de telles données dans une politique de santé publique?¹² ou y voir, comme le suggère le Professeur Zarifian, l'expression d'un malaise social¹³?

L'analyse des mutations sociales et normatives nous montre que ce que l'on appelle «la gestion des risques sociaux» repose de plus en plus sur l'individu seul. L'instabilité et l'insécurité sont liées au marché de l'emploi, aux modifications des structures familiales, aux diverses difficultés de logement,



Cédric Roulliet

de déplacement, d'environnement, etc. Pour le sociologue Alain Ehrenberg¹⁴, cela se traduit par la fatigue, l'inhibition, l'anxiété, l'indécision. Selon lui, «la dépression est une pathologie du temps (...)». Est-ce, par exemple, en offrant plus de soins (psychiatriques et psychologiques) que nous atténuerons la souffrance psychique? Ceci relèverait de la Santé publique. En sachant que l'on place alors le secteur de la santé mentale dans une position impossible: «remédier à toute souffrance psychique»... Ou doit-on essayer de traduire les chiffres au départ de déterminants sociaux et d'enjeux de société? A l'évidence, une position n'exclut pas l'autre.

Idéologiquement, nous sommes proches de Miguel Benasayag lorsqu'il émet des réserves quant aux chiffres standardisés. Il qualifie notre société de «société disciplinaire». Pour lui, «la société disciplinaire n'a pas besoin de résoudre les problèmes mais de classer»... Pour lui, «... la fonction

des étiquettes: éloigner des populations, désubstantialiser des situations concrètes». Parlant par exemple des chômeurs, «il faut refuser les étiquettes qui viennent estomper la réalité complexe de leur vie¹⁵».

La restitution claire et honnête des résultats de l'enquête à la population, aux décideurs politiques locaux et régionaux (par exemple), nous impose de nous atteler à un travail d'interprétation minutieux afin que le discours retransmis ne participe pas à l'accréditation de représentations réductrices. Pour ce faire, nous souhaitons comprendre et traduire les chiffres au plus près des réalités humaines – par une nouvelle phase de recherche basée sur l'approche qualitative. ●

¹ Active depuis 20 ans dans le cadre d'un réseau d'accueil non institutionnel, non thérapeutique parmi la population, un des objectifs de l'asbl l'Autre « lieu » est de développer et soutenir toute réflexion ou initiative qui puisse concourir à éviter l'enfermement psychiatrique, la stigmatisation ou l'abandon des personnes en souffrance psychique.

² Nous utilisons le terme « profane » dans le sens suivant: « ignorant » – « qui n'a pas accès à une science, à un art » – Dictionnaire Petit Robert.

³ Il s'agit ici du volet belge de l'enquête « Images et réalités de la santé mentale en France » présentée en page 27 de ce dossier. Cette recherche-action a été lancée en 2003.

⁴ « Besoin de Ressources en Santé Mentale: qu'en pensent des gens? »: bibliographie / réf. 11

⁵ Voir à ce sujet l'article « Images et réalités de la santé mentale en France » en page 27.

⁶ M.I.N.I.: Mini International Neuropsychiatric Interview – Version CIM-10.

⁷ Hôpitaux généraux, médecins généralistes, maisons médicales, services de soins à domicile.

⁸ Hôpitaux et unités d'hospitalisations psychiatriques, services de santé mentale, habitations protégées.

⁹ « Images et Réalités de la Santé Mentale en France » - 2èmes rencontres du CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale -24-27 octobre 2004 - Lille - France.

¹⁰ les 25, 26 et 27 octobre 2004.

¹¹ paru le dernier week-end d'octobre 2004.

¹² « Cette étude devrait permettre à la société de prendre conscience de la souffrance mentale et se traduire par des mesures de santé publique » - Le Figaro - 25 octobre 2004.

¹³ (Cette enquête) « a en fait mis l'accent sur le malaise d'une société qui souffre, dont les causes sont économiques ou politiques et dont les remèdes sont du ressort de la politique. Et non pas de médecine qui sert d'alibi » - Le Figaro - 25 octobre 2004.

¹⁴ Ehrenberg, Alain. La Fatigue d'être soi: dépression et société. Paris, Ed. Odile Jacob, 2000. (coll. Poches).

¹⁵ Benayassag, Miguel. Abécédaire de l'Engagement. Paris, Bayard, 2004, pp. 65-66.



Un sondage en 2001 : perception et attitudes du grand public

En 2001 en Belgique, les professionnels de la santé mentale ont lancé, par le truchement de leurs associations régionales et des Fondations Julie Renson et Reine Fabiola pour la santé mentale¹, une série d'activités et de projets centrés sur la santé mentale, orientés vers les médias et le grand public. Leur objectif général était de faire mieux connaître le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie, l'offre de soins disponible, et de sensibiliser à l'importance d'une bonne santé mentale au même titre qu'une bonne santé physique. Un sondage a été réalisé en janvier 2001² pour tenter de dresser un tableau général des perceptions et attitudes de la population belge à l'égard de la santé mentale, au départ de cette année dédiée.

Martine Baudin

Sociologue, Anthropologue

Une image floue

La synthèse des informations récoltées indique que la population interrogée estime l'information insuffisante en ce domaine tant au plan des symptômes, des causes, des conséquences que des thérapies existantes, pour près de 9 personnes sur 10. Deux personnes sur trois déclarent ne jamais avoir ressenti le besoin de consulter pour un problème psychologique. Par ailleurs, face à une personne présentant des difficultés psychologiques et ne sachant comment s'y prendre pour bien faire, le comportement adopté le plus souvent (à 80 %) est de considérer que c'est une affaire de professionnels, mais c'est aussi la méfiance (74 %), voire la peur (64 %).



Julienne Rose

L'étonnant est que les 2/3 des personnes interrogées estiment qu'être en bonne santé mentale est une question de volonté, de discipline personnelle, voire de philosophie de l'existence, l'hygiène de vie pouvant y contribuer, alors que la grande majorité des causes des problèmes psychologiques citées (à plus de 70 %) sont clairement extérieures à l'individu en difficulté : séparation, enfance malheureuse, problèmes d'argent ou professionnels, la solitude, y compris la malchance dans la vie (53 %). Qu'y peuvent la volonté ou la discipline personnelle ?

L'ensemble des données réunies indique une perception pleine de flous et de contradictions. En théorie, la meilleure solution est de se faire aider par son entourage, de faire appel à la volonté, mais en cas de confrontation directe avec une personne en difficulté,

on enverrait plutôt vers des professionnels.

L'enjeu de la santé mentale se situerait à cette intersection-là : un « art de vivre » qui devrait être géré par des professionnels. S'agit-il bien de cela ? Ne mélange-t-on pas des situations différentes ? Quand on analyse les problèmes de vie qui justifieraient, aux yeux des personnes interrogées, de faire appel à des professionnels ou à l'inverse ceux qu'il vaut mieux résoudre soi-même, les critères discriminants ne sont pas très évidents : dans les deux cas se trouvent des comportements de type asocial, ou obsessionnels, ou dépressifs. La troisième rubrique, celle pour laquelle les avis sont partagés, reprend des comportements qui relèveraient aussi bien de l'une ou l'autre de ces situations. Les comportements problématiques n'étaient pas décrits

dans le cadre de l'enquête par des diagnostics psychiatriques, mais pour la plupart par des mots de tous les jours faisant référence à des façons d'être qu'on peut observer autour de soi ou en milieu médical. Seuls les troubles alimentaires (anorexie – boulimie), les assuétudes et la violence sont des comportements toujours dirigés vers des professionnels. Est-ce parce qu'ils troublent plus l'ordre social que les oublis fréquents, les manies, les obsessions, la dépression, la cyclothymie ?

De quelles professions parle-t-on dans un tel contexte ? S'agit-il de soigner pour un mieux-être, ou de faire rentrer dans le rang du socialement acceptable ? Derrière ces quelques données, très brutes, transparaît peut-être plus encore un manque d'information sur ce que sont les professionnels de la santé mentale et leurs possibilités que sur les pathologies elles-mêmes, même si le public exprime une demande de renseignements sur les problèmes psychologiques et mentaux, la dépression et le stress en tout premier chef... qui d'ailleurs relèvent plus du bien-être que du socialement acceptable.

Faudrait-il conclure, avec quelque brutalité, que l'on souhaite une santé mentale de l'ordre du mieux être pour soi, et que la santé mentale d'autrui est appréciée à l'aulne de la normalité sociale ? Cette conclusion n'est en soi pas étonnante, et ce qu'elle met en évidence rend si difficiles les échanges entre les professionnels, les pouvoirs politiques et les médias d'une part, et les professionnels et leurs patients-usagers-clients, bref les personnes en souffrance d'autre part. Il s'y articule la tension entre la souffrance de la personne et la souffrance de son entourage. A trop les confondre, on culative les malentendus.

Un dialogue peu clair

Une partie du sondage traitait du rôle des médecins généralistes en cas de problèmes psychologiques. Afin de confronter les perceptions, une centaine de médecins généralistes a aussi été sondée, avec des questions symétriques à celles posées au grand public, et quelques questions spécifiques. Il en ressort que tous les médecins féminins disent être consultés pour des motifs psychologiques alors que seuls 69% des médecins masculins le seraient. Les médecins se déclarent à 64%

attentifs aux aspects psychologiques de la vie de leurs patients. Il est à noter que plus le médecin est âgé, plus il dit s'en soucier. Dans le grand public, par contre, ils ne sont que 17% à estimer que le généraliste prête attention à leurs problèmes psychologiques.

Pour 82% des médecins, les maladies somatiques ont une origine psychologique alors que le grand public le pense à 57%. Les réponses apportées par les médecins aux problèmes psychologiques évoqués par leurs patients font la part belle soit aux prescriptions de médicaments, soit aux conseils d'hygiène de vie, et ceci tant du point de vue des médecins que du public, avec des nuances toutefois. Pour les médecins, ces deux modalités sont quasi à égalité, avec une légère priorité aux conseils d'hygiène de vie. Cette dernière conception est partagée surtout par les médecins plus jeunes (moins de 40 ans), féminins et wallons. Le public estime quant à lui recevoir le plus souvent une prescription (66% contre 37% chez les médecins). Tout se complique quand on constate qu'une troisième possibilité, l'adresse à un thérapeute (psychologue, psychiatre) n'est évoquée qu'en 3^{ème} ou 4^{ème} hypothèse par les médecins alors que, d'après 45% du public, cette suggestion est faite en 1^{ère} ou 2^{ème} hypothèse.

Les points de vue des médecins généralistes et du grand public ne semblent pas très bien se rencontrer. Même sachant que les conditions du sondage auprès des médecins ne présentent pas les mêmes garanties méthodologiques que celles du sondage auprès du grand public, les données réunies donnent un éclairage complémentaire intéressant. Constater que les médecins sont plus convaincus encore que leurs patients des liens étroits entre le somatique et le psychologique, et en même temps entendre que les personnes sondées ne perçoivent pas ou peu de préoccupation de la part des médecins en matière psychologique donne à réfléchir sur le contenu exact du colloque singulier. Quelle approche est faite de la personne consultante ? Quel message perçoit et emporte cette personne en fin d'entretien ? Les questions posées par cette relation particulière ont fait l'objet d'une tentative de rencontre entre le monde des médecins généralistes et celui des professionnels de la santé mentale, qui n'a pu

que confirmer l'urgence d'une articulation correcte à construire entre ces deux univers, au centre de laquelle se situent des personnes qui expriment une douleur, soit par voie somatique, soit par voie psychologique... et souvent les deux entremêlées. Et où s'insèrent aussi la souffrance de l'entourage, familial, professionnel, social, et les pressions qu'elle exerce sur celui ou celle qui consulte ? De toute part s'attend le miracle, la solution... dont personne ne détient la clé.

Ni le sondage, ni l'Année de la Santé Mentale en 2001, n'ont pu éclairer et encore moins résoudre ces tensions. La dynamique entamée au sein des milieux professionnels, et le dialogue commencé avec leurs interlocuteurs et partenaires que sont la police, le politique, l'école, l'aide sociale, la médecine générale etc. pourront peut-être aider à éclairer ces nœuds d'embrouilles. ●

Martine Baudin,

Sociologue, anthropologue. Martine Baudin est aujourd'hui retraitée. Jusque fin août 2004, elle a mis son énergie dans le secteur de la santé mentale en dirigeant la Fondation Julie Renson et en participant activement aux conseils d'administration de plusieurs associations : la Fondation Nationale Reine Fabiola pour la Santé Mentale, la Fédération Similes francophone, le Centre de Prévention du Suicide et du Service sectorisé de santé mentale d'Uccle-Forest-Watermael Boitsfort. Elle a aussi été une des chevilles ouvrières de la campagne 2001, année de la santé mentale.

¹ 2001 Année de la santé mentale : Témoignages, Fondation Nationale Reine Fabiola pour la Santé Mentale et Fondation Julie Renson, Bruxelles 2002. – Disponible auprès de la Fondation Julie Renson ou de l'IWSM.

² La santé mentale : Perception et attitudes du grand public, Research Consult sprl, Bruxelles, Janvier 2001. Echantillon de 900 personnes de 20 à 70 ans, sondage par quotas dans tout le pays. Disponible à la Fondation Julie Renson ou à l'IWSM.

³ Souffrance du lien social. Généralistes et santé mentale. Journée de réflexion le 21 septembre 2001 organisée par le Centre de sociologie de la santé (ULB) avec le Centre de diffusion de la culture sanitaire (CDCS, asbl) en collaboration avec la Faculté des sciences politiques et sociales de l'Université instelling Antwerpen. cf. Santé mentale : pour une approche généraliste, dans : Santé conjugulée, n° 19, janvier 2002.



La stigmatisation du malade mental

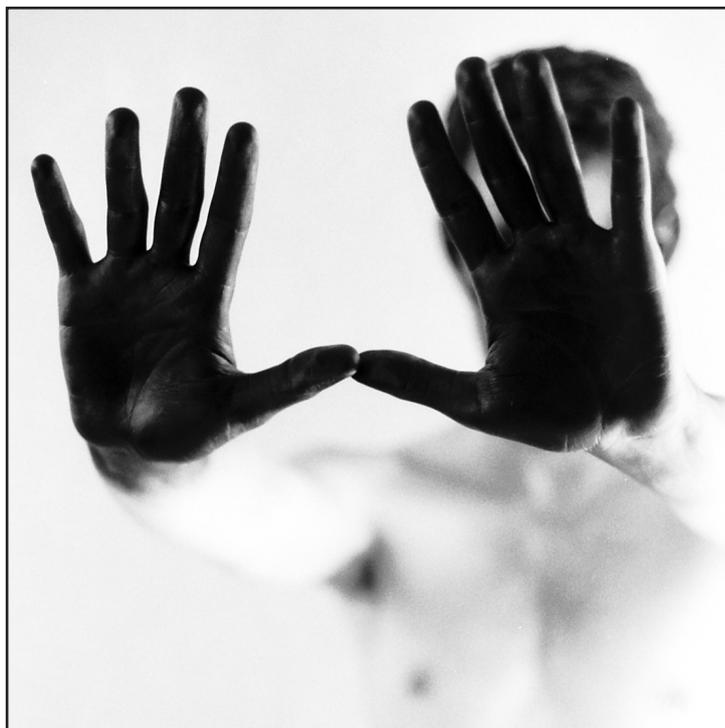
Chaque époque, chaque société est porteuse de discours, d'opinions, de croyances, ... à l'égard de la folie, du bien-être, des souffrances psychiques. La construction de ces représentations sociales font l'objet d'études spécifiques notamment dans le champ de la psychologie sociale. Les travaux de Benoît Dardenne s'inscrivent dans ce cadre et s'intéressent aux logiques qui sous-tendent nos comportements, nos jugements, nos regards. L'auteur s'intéresse ici essentiellement au sens et, plus encore, à la portée de ce regard sur « l'autre », celui qui est « différent », « hors norme », « stigmatisé » et aux interactions sociales qui en découlent.

Benoît Dardenne

Professeur de psychologie
Président du département des Sciences
Cognitives à l'Université de Liège

Dans la Grèce Antique, le terme « stigma » désignait les marques sur le corps portées par les personnes moralement dévalorisées et donc à éviter – les esclaves, les prostituées et les traîtres, par exemple. Dans les années 60, le sociologue américain Goffman¹ a repris ce terme pour désigner, plus généralement, l'expérience subjective d'une personne rejetée ou dévaluée. La courte liste des personnes stigmatisées citée plus haut pourrait être étoffée, ou remplacée, à l'heure actuelle, par la suivante : les homosexuels, les personnes atteintes du SIDA, les jeunes femmes demandant un avortement, les anorexiques et ainsi de suite².

Le but de cet essai est d'esquisser quelques éléments de l'expérience sociale et psychologique de la cible de la stigmatisation ainsi que de l'émet-



Cédric Roulliat

teur de celle-ci dans le cas particulier de la maladie mentale. Dans un premier temps, j'évoquerai deux grandes dimensions du stigma qui conditionnent ces expériences sociales et psychologiques. Ensuite, je développerai quelques réflexions concernant spécifiquement la maladie mentale.

Comme le montrent les résultats de l'enquête *Santé mentale en population générale* présentée dans ce dossier, ou ceux issus de l'enquête récente menée par le département de la santé américain en 1999, les personnes ayant une maladie mentale souffrent non seulement de celle-ci mais également des stigmas et de la discrimination qui l'accompagnent. Ainsi, le malade mental est vu comme un fou dangereux que l'on associe à la violence, peu soucieux de sa propreté corporelle, faible et ignorant. En conséquence, la personne souffrant d'une telle maladie est un fou qu'il faut rejeter !

Les dimensions du stigma

D'une manière générale, la stigmatisation porte sur tout individu ou groupe qui

possède, réellement ou non, une caractéristique qui signale une quelconque « défectuosité » dans un contexte spécifique. Pour la psychologie sociale, cette défectuosité est socialement construite et dépend donc des normes et lois de la société, ainsi que du regard de l'autre : être identifié comme « aveugle », « malade mental », « obèse », ou « anorexique » est notam-

ment le résultat d'une construction sociale. Pour la psychologie sociale (contrairement à d'autres disciplines qui traitent de cas dits cliniques), il n'y a donc rien de particulier qui soit intrinsèquement lié à la caractéristique stigmatisée. Ceci signifie que la recherche en psychologie sociale essaye de déterminer de grandes dimensions permettant d'organiser la variété et la complexité des stigmas et des réactions qui y sont associées (sans pour autant nier la gravité intrinsèque de certains stigmas particuliers).

La visibilité (recouvrant partiellement l'idée de dissimulation) et la contrôlabilité (recouvrant partiellement les notions d'origine, de possibilité de guérison ainsi que d'impact sur les relations interpersonnelles) des stigmas sont parmi les dimensions essentielles et ont fait l'objet de nombreuses études. Ces deux caractéristiques semblent fortement conditionner à la fois la réaction de la personne porteuse d'un stigma mais aussi le regard de l'autre.

La visibilité est un filtre qui va servir d'a priori et va guider la perception

et le comportement. Bien qu'une personne stigmatisée puisse induire un sentiment ambivalent, à la fois positif et négatif, voire de la sympathie dans le chef du percevant, l'anxiété est une des réactions les plus courantes face à une personne stigmatisée. Cette réaction peut naître suite à la menace que le stigmatisé fait peser sur l'estime de soi. Ainsi, être en compagnie d'une personne stigmatisée (et donc le regard que les autres portent sur nous), peut mener à un sentiment d'embarras, de gêne ou de ridicule. L'anxiété face à une personne stigmatisée est également le résultat d'une tension entre une envie de regarder, induite par un sentiment de nouveauté, et une volonté de se conformer à la norme sociale qui interdit que le regard se pose de façon prolongée sur le stigma. Une autre réaction souvent observée consiste à essayer de cacher sa réaction négative ou tenter de se comporter "normalement" afin, par exemple, de projeter une image de soi positive. Cela peut mener, paradoxalement, à de l'anxiété sociale produisant une tension dans l'interaction avec la personne stigmatisée. Plutôt que d'être à l'aise et spontanés, les interlocuteurs peuvent essayer de se concentrer pour ne laisser percer aucun préjugé ou autre réaction négative. Cette attention psychologique peut mener à une anxiété perceptible par la personne stigmatisée et qui perturbe le déroulement de l'interaction sociale. Ces a priori sont souvent incontrôlables et leur utilisation est spontanée et irrésistible dans nos jugements sur autrui.

La visibilité du stigma est également importante en ce qu'elle peut déterminer en grande partie le comportement des porteurs de la caractéristique stigmatisée. Sachant que leur stigma est visible, les personnes s'imaginent, à tort ou à raison, que les autres s'en servent pour diriger leurs comportements ou jugements. Autrement dit, de la même manière que la personne porteuse d'un stigma est perçue au travers d'un filtre, elle organise aussi ses jugements et interactions sociales autour du stigma. Le simple fait de croire être stigmatisé peut entraîner des conséquences néfastes dans l'interaction de la part du porteur lui-même. Ainsi, des jeunes filles, pensant être affligées d'un stigma visible (par exemple d'une fausse cicatrice que l'on a habilement effacée), vont juger

leur interlocutrice comme étant plus tendue, moins attirée et aimable que d'autres jeunes filles à qui l'on n'a pas dit qu'elles portaient effectivement une cicatrice au visage.

L'élément de contrôlabilité est également très important. Un stigma est dit ou jugé contrôlable lorsque la personne est tenue pour responsable de son apparition, de son développement ou de sa disparition et guérison. Lorsqu'une personne est tenue pour responsable de son stigma, elle sera plus souvent rejetée socialement que si le stigma est perçu comme incontrôlable. Le degré de contrôle subjectif a également un impact sur les réponses des personnes stigmatisées. Les personnes qui perçoivent leur stigma comme étant contrôlable peuvent s'engager dans des actions de remédiation et de correction, alors que celles qui n'ont aucun espoir de contrôler leur stigma peuvent se résigner et perdre tout espoir d'amélioration. L'idéologie de contrôlabilité portant sur certains stigmas est une des explications de la très faible estime de soi de ces personnes. Etre la victime d'un stigma diminue l'estime de soi et augmente la détresse psychologique, d'autant plus que l'on est jugé ou que l'on se sent soi-même responsable. Les autres distillent des images et idées négatives sur le groupe stigmatisé ainsi que sur la personne ; celle-ci se perçoit aussi comme la responsable principale de l'origine et/ou du maintien du stigma.

Le stigma de la maladie mentale

Les effets des traitements de la maladie mentale sont maintenant bien établis. La majorité des études montrent que les interventions psychosociologiques et pharmaceutiques sont efficaces à moyen terme dans la diminution des symptômes ainsi que dans la prévention des rechutes et ceci pour divers types de désordres mentaux (dépression, troubles obsessionnel-compulsifs et même schizophrénie). Face à ces effets positifs, le stigma a-t-il encore un quelconque impact négatif sur le patient et le traitement ? Autrement dit, face aux énormes bénéfices issus de la thérapie, être porteur de l'étiquette « malade mental » n'aurait-il qu'un effet négligeable ? Il se fait qu'il n'en est rien. Des études menées en Europe et aux Etats-Unis⁴⁵ indiquent un impact négatif

de la stigmatisation sur différentes variables essentielles à la santé mentale, aussi diverses que l'expérience de rejet social, l'exclusion du marché de l'emploi, l'insatisfaction par rapport à la vie en général, etc. Le stigma continue à produire des effets négatifs alors même que le traitement est efficace !

En filigrane, l'étude *Santé mentale en population générale : images et réalités* montre que la population détient des idées précises quant à la possibilité de guérison ou non selon que l'on parle de « malade mental » ou de « dépressif ». Plus haut, nous avons expliqué comment la contrôlabilité perçue du stigma était une dimension essentielle du regard porté sur la personne. Il se pourrait que ces deux notions, probabilité de guérison et contrôlabilité perçue, soient liées : on peut guérir d'une dépression parce qu'on peut la contrôler, on ne peut guérir d'une maladie mentale parce qu'on ne peut pas la contrôler. A cet égard, certaines avancées scientifiques et technologiques actuelles pourraient venir modifier le regard porté sur le malade mental, sa maladie et même sa famille. ●

Benoît Dardenne,

Professeur de psychologie, Président du département des sciences cognitives à l'Université de Liège où il enseigne la psychologie sociale, la psychologie environnementale ainsi que les méthodes en psychologie sociale. Ses recherches portent principalement sur la discrimination sociale liée au racisme et au sexisme.

¹ Goffman, E. : bibliographie / réf. 17

² Dardenne, B. : bibliographie / réf. 13

³ Link B. G., Struening, E. L., Rahav, M. & coll. : bibliographie / réf. 31



La santé mentale se décline au quotidien

Les enquêtes qui ont été menées ces dernières années auprès de la population nous donnent un premier aperçu des images et représentations que peut se faire le tout public de la santé mentale. Mais d'où viennent ces représentations? Comment se construisent-elles et comment sont-elles véhiculées? Face à ces questions, il semble intéressant de se pencher, notamment, sur la place particulière des médias. Sont-ils sensibles au sujet? Comment et en quels termes en parlent-ils? C'est ce que l'IWSM a cherché à savoir en réalisant, en décembre dernier, une revue de presse des cinq principaux quotidiens francophones belges: La Libre Belgique, Le Soir, Vers l'Avenir, La Dernière Heure et Le Quotidien. Deux auteurs ont accepté de commenter cette analyse, de partager leurs points de vue, de croiser leurs regards, en tant que sociologue ou représentant de familles des usagers de soins en santé mentale, et d'alimenter la réflexion en cours¹. Pour commencer: un aperçu de la méthodologie utilisée et un premier temps d'arrêt sur les principaux éléments qu'elle nous livre.

Sylvie Gérard - IWSM

Quelques mots sur la méthodologie

D'emblée, il convient de préciser que cette analyse ne se veut pas représentative de l'ensemble des médias. L'Institut s'est attaché à dépouiller, sur une période de 15 jours², les 5 principaux quotidiens francophones belges. Il est entendu que d'autres sources d'informations, émanant de périodiques, de la presse spécialisée ou encore de supports électroniques, radiophoniques et télévisés auraient pu faire l'objet de la même attention et compléter utilement cette première approche.

Bien que réalisée à petite échelle, la présente étude n'en est pas moins dépourvue d'enseignements. A com-

mencer, contrairement à ce que l'on pourrait peut-être penser, que l'on parle - beaucoup même - de santé mentale dans les journaux. Comment et en quels termes? C'est précisément ce que nous avons essayé de mettre en avant en pointant quatre types d'informations³:

- ▶ celles qui, en tout ou partie, nous parlent explicitement de santé mentale ou de psychiatrie;
- ▶ celles qui soulèvent des questions de société ayant des incidences en terme de santé mentale même si ce n'est pas abordé de manière explicite⁴;
- ▶ celles qui abordent, «de loin», des questions de santé mentale (tout au plus y est-il fait référence à un

moment donné mais le sujet y est étranger)⁵;

- ▶ et enfin, les articles ou publicités qui utilisent une terminologie propre au secteur de la santé mentale, dans un contexte tout autre⁶.

Les articles qui parlent de santé mentale

Un survol rapide de cette analyse nous indique que les questions relatives à la santé mentale intéressent, à divers degrés, la presse écrite. En quinze jours, il en a été question 18 x dans La Libre Belgique, 11 x dans Le Soir, 10 x dans Le Vers l'Avenir, 9 x dans La Dernière Heure et 8 x dans Le Quotidien. Les thèmes de prédilection? Le stress (stress au travail ou à l'hôpital, stress des étudiants, inhalateur contre le stress), la dépression (et la consommation d'antidépresseurs), le bien-être au travail (avec un important volet consacré à la question du harcèlement), le suicide (suicide collectif au Japon, incidence du taux d'ensoleillement sur le risque de suicide, taux de suicide plus élevé chez les fonctionnaires de police), ou encore les avancées (ou reculs, c'est selon) en matière de pharmacologie (maladie d'Alzheimer, dépression).

La presse s'est aussi penchée sur l'intérêt croissant porté au coaching ou encore à des aspects plus préventifs de la santé mentale au travers du travail associatif (clown à l'hôpital, télé-assistance, travail avec les étudiants et les jeunes en décrochage scolaire, conseil et assistance à l'égard des personnes âgées victimes de maltraitance, ...).

Enfin, la violence dans les hôpitaux, notamment dans les hôpitaux psychiatriques, et les conditions de détention des personnes internées suite à des actes de viol sont interrogées au lendemain du double meurtre de Pau et de la fuite d'un pédophile des Marronniers à Tournai. Notons que ce sont presque les seules informations dont il est fait référence en matière de psychiatrie. Les autres

	Santé mentale	Société	Divers	Mots (hors contexte)	Total
Le Soir	11	30	50	20	111
La Libre	18	20	20	4	62
Vers l'Avenir	10	38	53	22	123
La DH	9	20	77	35	141
Le Quotidien	8	12	29	25	74

sujets ou évocations traitent plus largement de «santé mentale».

L'ensemble des informations est peu «réjouissant», à l'image d'ailleurs du reste de l'actualité. Un exemple illustre assez bien cette tendance, celui des termes utilisés pour parler de la santé mentale des personnes vieillissantes. Il n'y est fait référence qu'en termes socio-sanitaires (la création d'un nouveau centre de jour ou l'aménagement d'une résidence pour personnes âgées), en terme de maltraitance (violence en institution, soutien et aide aux victimes), en terme d'isolement (autoriser la présence d'animaux domestiques pour favoriser les liens affectifs), de perte d'autonomie et de fracture sociale avec la population active (difficultés à poursuivre des activités professionnelles ou bénévoles) ou encore de risque d'augmentation d'ulcères et de dépressions; bref, rien de très engageant. «On vieillira plus tard» serait-on tenté de dire en refermant son journal.

En rubrique « société »

Nos quotidiens se sont intéressés à diverses réflexions: le vécu de solitude des victimes, l'adoption par les couples homosexuels, la garde alternée, l'euthanasie ou encore la traite des êtres humains. Chaque thème est porteur d'une réflexion plurielle. La question de bien-être, la quête de bonheur ou encore le risque de souffrance psychique en illustrent quelques facettes. Bien qu'elles soient souvent abordées de manière sous-jacente, elles n'en demeurent pas moins présentes. Ce qui frappe, a priori, c'est l'infinie variation des thèmes. Tout ou presque pose question en matière de bien-être. Tout peut être objet à étude, inquiétude, recommandation: la qualité de vie sexuelle des belges, l'hygiène de vie des divorcés, les habitudes de vie et les assuétudes chez les jeunes, ... Chaque question est segmentée, individualisée, sectorisée. Certaines thématiques comme le bien-être au travail sont bien sûr récurrentes et se déclinent selon le «trop plein du jour»: lundi, il est fait référence à la fatigue nerveuse des enseignants, mardi aux questions d'éducation et au «droit au bonheur» des enfants, mercredi au ras-le-bol infirmier, jeudi au malaise des agents pénitenciers, vendredi, à celui des

détenus... *La santé mentale, ça nous concerne tous* scandait en 2001, la campagne nationale de santé mentale. La presse s'en fait le reflet. Elle nous renvoie l'image d'une société où, quels que soient l'âge, la nationalité, le statut, la fonction, les opinions; le contexte est, pour chacun, potentiellement objet de remise en question, flou, inquiétant, incertain, difficile. Dans ce contexte où chacun est libre et responsable de ses choix, la santé mentale relève d'une gestion quotidienne individuelle qui ne cesse d'alimenter les conversations, y compris dans les médias.

Les mots pour le dire

Qu'est-ce que les mots «psy», «au bout du rouleau», «stress», «solitude», «délire», «violence», «psychopathe» éveillent en nous, lecteurs? Les discours médiatiques servent-ils nos opinions, nos croyances?

Souvent, les termes relevés dans la revue de presse n'ont pas de portée «scientifique» dans la mesure où ils ne sont pas «cadrés» par des «experts» qui en donneraient une définition sur laquelle le public peut ou non s'entendre. Les interviews de psychologues, sociologues, médecins, ... sont rares. Certains termes sont bien sûr empruntés au nom de «spécialistes» lorsqu'il s'agit de déclarer, sur le plan judiciaire par exemple, l'état de démence d'auteurs de faits de violence. De là à s'accorder sur ce que l'on entend par «état de démence» ...

Le sens qui est donné aux mots dépend donc le plus souvent du contexte dans lequel ils sont utilisés. C'est le cas des faits divers dont nos quotidiens sont friands. C'est dans cette rubrique que nous avons trouvé l'essentiel des termes et des évocations en santé mentale au cours de ces deux semaines d'analyse (il y est fait référence 77 x dans La DH, 53 x dans Vers l'Avenir, 50 x dans Le Soir, 29 x dans Le Quotidien et 20 x dans La Libre Belgique). Violence urbaine, intra-familiale, faits de mœurs, prises d'otages, ... les situations, les actes qui perturbent ou menacent la société y sont exposés en nombre. Faut-il y voir l'essence de certaines représentations sociales selon lesquelles les faits de violence sont les actes de fous dangereux et de désespérés? Dans le courrier des lecteurs, une voix s'insurge: «pourquoi n'est-il pas fait

écho, aussi, à une jeunesse bien dans sa peau?».

Les représentations sociales, bien sûr, varient d'une rubrique à l'autre. Le ton de l'article nous informe d'emblée sur les valeurs qui sont véhiculées. Les sportifs, par exemple, se doivent d'avoir un *mental à toute épreuve*, de gérer le stress et la pression que génère toute compétition, de garder *la tête hors de l'eau*, de rester *serein*, *agressif*. D'être à même, en toutes circonstances, de gérer leur corps et leur esprit. La tête est appelée à combler tout déficit. Le *dopage mental*, le *choc psychologique* sont, en soi, bénéfiques. C'est le lot de la compétition (du sport?). Il n'y a pas de place pour les failles, les faiblesses. Il faut être fort, blindé. La publicité et le secteur des loisirs nous invitent, à l'inverse, à un laisser-aller. Fini de se contenir, d'être raisonnable. Il est possible, avec tel achat, tel spectacle, de profiter d'une *atmosphère complètement folle*, de *délire ambiant*, de *sketches délirants*; de *pari fou* ou de *prix hallucinants*. Pas besoin de résister; ces «petites faiblesses» sont permises, encouragées, autorisées par la société pour autant qu'elles s'expriment de manière contrôlée, dans un espace-temps qui ne porte pas atteinte à la vie en société. ●

¹ D'autres auteurs se sont penchés sur cette analyse de la presse. Leurs travaux sont en cours et n'ont pu, pour des raisons indépendantes de leur volonté, être transmis dans les délais impartis pour la publication de ce numéro. Ils seront disponibles au Centre de documentation de l'Institut.

² L'analyse couvre la période du 13 au 26 /12/2004.

³ Voir le tableau ci-joint. Les chiffres repris dans ce tableau et dans l'article sont donnés à titre indicatif. L'analyse de la presse a été réalisée par 4 membres de l'IWSM. L'idéal aurait été, sans doute, de permettre à une seule personne de l'effectuer pour éviter d'éventuelles différences d'interprétations. Des réunions ont toutefois été organisées en cours d'analyse pour veiller à harmoniser et à clarifier la manière de procéder.

⁴ Dans le cadre de nouvelles dispositions législatives relatives au divorce, par exemple, la question du bien-être des enfants peut être questionnée par les professionnels, les parents, les politiques.

⁵ On pense, par exemple, aux faits divers, aux articles sportifs et culturels. Cette rubrique recouvre également le courrier des lecteurs.

⁶ Ex.: un pari fou, des sketches délirants, ...



La santé mentale mise en scènes

A la lueur de la production des quotidiens analysés par l'Institut Wallon pour la Santé Mentale sur une courte période, un premier constat simple, voire même banal, s'impose : incontestablement, la santé mentale, fait écrire et parler d'elle ! Elle offre des images, suscite les réactions et se décline aujourd'hui en une multiplicité de lieux, de faits, de thèmes traités, d'acteurs impliqués, d'objets et d'institutions mobilisés dans les récits médiatiques. Elle s'énonce à travers une grande diversité d'images mais encore de manières d'être soi, de prendre soin de son corps et de se soucier de son bien être.

Didier Vrancken

Directeur du Centre de Recherche
et d'Intervention Sociologique
à l'Université de Liège

La santé mentale sous toutes ses formes

Désormais, la santé mentale, vue à travers le prisme des médias, ne semble plus ancrée exclusivement en son noyau dur, celui de l'hôpital puis, par extension, des soins et des structures ambulatoires. Certes, la période analysée (décembre 2004) a fait grand cas d'événements sordides survenus dans un hôpital psychiatrique à Pau. Mais dans l'ensemble, cette diversité des tableaux atteste bien que ce noyau dur ne dispose plus du monopole de la représentation du fou ou de la santé mentale. Celle-ci semblerait bel et bien se démultiplier en un grand nombre de scènes aussi diverses que *la famille, la maison, le couple, les voisins, l'école, les achats, l'hôpital, la ville, le travail, la religion, le cinéma, les magazines et les journaux, les services sociaux, les associations, le politique, la forêt, les maisons de repos, au foot, au lit, au*



Christophe Niël

resto, au ciné, au théâtre, en concert, etc. Autant d'espaces où se met en scène une quantité croissante d'acteurs qui vivent et peuplent ces différents espaces. Acteurs qui ont appris à parler d'eux, de leurs rapports aux autres à travers toute une grammaire des sentiments. Ainsi, à côté des patients et des acteurs professionnels du champ de la santé mentale voit-on émerger des acteurs aussi différents que *les profs, les jeunes, les adolescents, les seniors, les personnes très âgées, les parents, les personnes divorcées, les policiers, les braconniers, les détenus, les artistes, les sportifs, les politiciens*, etc. Tout un chacun se retrouve en somme potentiellement là dans cet univers des probables esquissé par les médias. Cet acteur-là, c'est un peu vous, c'est un peu nous. Toutes ces scènes mobilisent encore quantité

d'objets disparates qui en banalisent le décor (*des tasses de thé, de la nourriture, des ordures, des game-boy, des bandes dessinées*, etc). Mais parfois aussi ces objets se font moins anodins et précisent bien les contours de l'espace : après tout, c'est bien de santé mentale dont il est question (*de l'alcool, des drogues, des antidépresseurs, des traitements, des électrochocs*, etc.) !

Lorsque le soi se décline à l'infini

Derrière ce foisonnement des scènes, des acteurs et des thématiques que relate la presse écrite, il faut aller rechercher une diversification des manières de se décliner comme une personne en société, de chercher à être « bien dans sa tête », « bien dans sa peau », « bien dans son

corps» et même «bien avec l'autre». Une personne qui a appris à parler de soi mais de bien d'autres choses encore. En effet, si le lieu de la santé mentale n'est plus exclusivement l'hôpital ou le service ambulatoire, son réceptacle n'est plus seulement la tête. Le soi mis en scène ici est certes saisi dans son mental ou sa corporéité (*une tête, un mental, la chair, le cœur, les épaules, la peau*, etc.). Mais il apparaît encore de manière plus large. Il est également décrit dans sa relation aux autres : aux personnes, aux institutions



Cédric Roulliat

mais aussi à des catégories sociales qui l'attachent à d'autres personnes ou d'autres groupes sociaux à travers des thématiques telles que *la précarité, l'exclusion, l'âge, la violence, la toxicomanie, l'endettement*, etc.

Et puis il n'est pas qu'un soi dans sa tête ou un soi avec l'autre, il est encore un soi dans la distance et le mouvement, un peu comme si cet individu était en permanence capable de s'arracher à son sort, de se déplacer. D'où l'apparition de scènes parfois évoquées très loin de nous (*Turquie, Chili, Irak, Japon, Afghanistan, Libéria, Somalie, Norvège*, etc.). D'où également l'idée d'un individu mobile, capable d'*entrer en contact, de lancer des appels; d'apprendre, d'éviter et de prévenir, d'améliorer ses réseaux, de sortir de l'enfer, de se libérer, de s'en sortir, de construire, de se transformer*, etc. Tout

en mettant en scène cet individu, les médias attisent notre sens du spectacle, nous invitent à traverser les distances et à entrevoir des acteurs capables d'apprendre et de se dépasser.

Une image qui se banalise ?

On peut voir derrière la production de ces artefacts comme une double volonté de banaliser le mental. Soit on mentalise la société et le mental s'étend alors à l'infini, soit on socialise le mental et celui-ci devient alors une affaire de société, une affaire de tous les citoyens. Mais dans les deux cas de figure, que ce soit à travers l'image repoussoir du fou ou celle du génie excentrique à qui la folie va si bien, un même effet est sans doute produit : la banalisation de celui qu'on appelait il n'y a guère si longtemps le fou. Mais un fou désormais sans aspérité, prêt à bien communiquer, à prendre soin de lui, à se fondre et à se glisser partout. Reste évidemment à se poser la question de la consistance et de la réalité même de cette figure. C'est là, il faut le reconnaître, une autre question qui mériterait à elle seule tout un débat.

D'une figure à l'autre

Mais si le constat posé ici – celui d'une diffraction d'images sur la santé mentale produites par la presse – s'avère exact, on est alors en droit de s'interroger sur le curieux mouvement d'inversion aujourd'hui produit. Que ce soit dans l'univers asilaire des siècles précédents, dans le contexte moderne de l'hôpital psychiatrique ou dans celui des réseaux de soins, les mondes socio-professionnels de l'intervention sur autrui avaient joué un rôle considérable en termes de production d'images et de représentations légitimes de la maladie mentale. Ils avaient ainsi contribué à produire des connaissances mais aussi des représentations des malades et des maladies, des relations professionnelles, voire des identités des professionnels eux-mêmes. Ces mondes du travail en santé mentale avaient jusque là fonctionné comme mondes d'imputation de sens et de dialogue avec l'insensé¹. Serions-nous en train de vivre un effacement de ces repères antérieurs ? Jusqu'il y a quelques années, ces mondes avaient incarné un idéal de guérison, une possibilité de résolution, de restauration du sujet en tant que personne libre et auto-

nome. Cet idéal hégélien du sujet - un sujet pouvant se réaliser, s'accomplir et guérir - semblerait aujourd'hui céder du terrain devant cette figure de l'individu troublé que croisent de plus en plus de nombreux travaux. Troublé, mais capable de s'accommoder de la situation, de « négocier avec les symptômes », comme le disent aujourd'hui les intervenants psycho-médico-sociaux, de vivre avec un inconfort subjectif permanent. Comme si l'intervention sur autrui devait dorénavant se décliner autour d'un accompagnement sans fin... ●

Didier Vrancken,

Professeur de sociologie à l'Université de Liège où il dirige le Centre de Recherche et d'Intervention Sociologique (CRIS).

Il a co-dirigé avec J. DE MUNCK, J.-L. GENARD et O. KUTY une recherche sur la santé mentale (*Santé mentale et Citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action publique*, Bruxelles, Academia Press, 2003) et publié chez Labor : *Le crépuscule du social* (Bruxelles, Labor, 2002). Il vient de publier avec C. MACQUET un ouvrage sur *Les formes de l'échange. Contrôle social et formes de subjectivation* (Liège, les Editions de l'Université de Liège, 2004).

¹ Pour reprendre le titre de l'ouvrage de Swain G. : bibliographie / réf. 57



De l'autre côté du miroir



Christophe Niel

Jules Dechêne

Président de Similes Wallonie

Malaise général des familles interpellées à propos du thème annoncé, c'est-à-dire: les représentations de la santé mentale et des soins en santé mentale. Mais de quoi parle-t-on?

L'ensemble de ce que l'Institut Wallon a repéré comme articles, sujets, expressions, mots, se rattachant de près ou de loin à l'objet de la recherche ne concerne guère le public de Similes, si ce n'est que principalement ce malheureux fait-divers du double meurtre de Pau.

Nos proches en souffrance dépendent

en effet de la psychiatrie ou devraient être pris en charge par elle. La plupart de ceux qui sont soignés sont passés, certains à plusieurs reprises, dans un hôpital psychiatrique. Ce qui se passe en hôpital nous est bien connu, et même si nous y déplorons un certain nombre de situations, l'hôpital reste malheureusement pour nous, dans la majorité des cas, le passage obligé pour l'accès aux soins.

En effet, la plupart des personnes atteintes de psychoses ne reconnaissent pas leur maladie mais rendent parfois insupportable la vie de leurs proches qui, faute de services de soins à domicile ou

d'intervention d'urgence, n'ont comme recours qu'une décision de justice qui met alors en place une obligation de soins avec prise en charge à l'hôpital. A ce sujet, nous tenons à insister sur le fait que l'anosognosie est le symptôme le plus tenace de la plupart des psychoses et que vouloir imposer sans nuance la loi sur le droit des patients à refuser un traitement équivaut à une condamnation médicale par abandon d'une personne en danger. L'ignorance concernant les maladies mentales, c'est-à-dire ses causes et ses conséquences dans le vécu quotidien est malheureusement encore le fait de

certaines psychiatres et de beaucoup de théoriciens des droits de l'homme.

Le grand public, lui, qui n'est nullement aidé par les médias à sortir de ses clichés, a tendance à tout confondre et, ne serait-ce que dans les tranches de la presse soumises à notre analyse, l'évocation dans les mêmes pages de différents meurtres, viols ou actes de pédophilie facilite l'amalgame et colore de dangerosité tout ce qui a trait aux troubles du comportement. Même si un petit nombre de nos proches sont en annexe psychiatrique d'une prison ou en maison de défense sociale, c'est la plupart du temps suite à des faits relativement mineurs de désordre sur la voie publique, de déprédations ou de drogue. Nos « malades » ne sont ni des psychopathes, ni des violeurs, ni des pédophiles et il est statistiquement prouvé qu'ils ne sont pas plus dangereux que la plupart des gens dit « normaux ». A ce sujet l'insistance dans la presse de la nécessité de sécuriser l'hôpital psychiatrique et la démagogie politique sur ce sujet contribue à entretenir un amalgame préjudiciable à la réintégration sociale d'un psychiatriqué.

Malgré la distinction à faire entre la situation de la psychiatrie en France et celle de la Belgique, deux articles repris dans l'analyse ont dépassé l'anecdote en pointant du doigt avec opportunité, le manque de moyens qui font que le travail des soignants ne peut souvent se faire dans de bonnes conditions et proposent une réforme en profondeur des soins en psychiatrie. Nous pensons que si des équipes en nombre suffisant pouvaient maintenir un contact personnalisé avec les patients et leur accorder le temps nécessaire, le sentiment d'insécurité ferait place à la satisfaction de relations productives. Peut-être, si tous les moyens étaient mis en œuvre pour travailler à la réinsertion sociale des « ex-psychiatriqués », le public se ferait-il une image plus exacte de la nature de ces troubles qui apparaîtraient alors comme n'étant qu'un moment de la vie d'une personne.

Malgré le retard de la psychiatrie sur les autres disciplines médicales, nous assistons ces dernières années à des résurrections spectaculaires de patients diagnostiqués il y a 15 ans comme irrémédiablement perdus. Les nouveaux médicaments y sont pour

quelque chose bien sûr mais aussi l'état d'esprit de certains psychiatres et soignants et les dispositifs d'accompagnement malheureusement encore trop peu répandus.

Parmi ces dispositifs, faisons remarquer que là où les parents sont formés par nous, à la connaissance de la maladie et des comportements face à une personne en souffrance, le nombre de rechutes diminue et un partenariat avec les milieux soignants pourrait se mettre en place, ce qui permettrait d'éviter certaines erreurs dans les décisions concernant les essais de réinsertion sociale.

Ces perspectives sont relativement négligées ou sous estimées et tardent à s'installer dans une pratique courante. Ce retard est préjudiciable tant à l'image de la psychiatrie que du psychiatriqué. ●

Jules Dechêne,

est enseignant retraité. Il a été confronté, l'année de sa retraite à une crise paranoïde violente d'un de ses enfants. C'étaient les premiers symptômes de ce qui, plus tard, serait diagnostiqué comme étant de l'ordre de la schizophrénie.

A cette époque (1988), véritable parcours de combattant pour comprendre la maladie et entrer en contact avec les milieux soignants.

1994 : Fondation de Similes Liège

1998 : Désigné par la Fédération Similes Francophone comme membre du jury de la conférence de consensus sur la schizophrénie

2001 : Administrateur et membre fondateur de la Ligue de la schizophrénie.

2002 : Fondation de Similes Wallonie.

Actuellement, président de Similes Wallonie et vice-président de la Fédération francophone.

Similes écoute, soutient et forme les proches de personnes atteintes de troubles psychiques invalidants.

L'entourage est ainsi aidé à vivre sans sombrer lui-même dans la dépression ou les troubles psychosomatiques, tandis que la personne malade, comprise et acceptée dans ses incapacités et le mode de vie qui en résulte, voit diminuer les risques de rechutes.

Rencontres, conférences, publications et service de permanences téléphoniques, de même que cycles de formations et activités festives font partie de notre arsenal*.

Similes Wallonie orchestre ce travail dans l'ensemble de la Région Wallonne.

Similes wallonie
Rue du Beau mur, 45
4030 Liège
04/344 45 45

Pour en savoir plus

Similes a récemment publié un *Livre blanc : le vécu des familles de personnes atteintes de troubles psychiques* : bibliographie / réf. 32.

A pointer également :

▶ Amador X., Johanson A.-L., *I am not sick, I don't need help*. Vida Press, 2000, 240.

▶ Favrod J., Scheder D., *Faire face aux hallucinations auditives : de l'intrusion à l'autonomie*, Charleroi, Socrate Editions, Promarex 2003, 255p.

▶ Van Meer Rigo, *Vivre avec la schizophrénie, Guide pour les patients, les familles et les soignants*. Editions Frison-Roche, 2004, 2^{ème} édition

▶ Tortosa A., *Le trouble de la personnalité borderline*. Lille, Editions AAPEL, 2004

Mais qu'est-ce donc une représentation de la santé mentale ?

Quand on voit ce qu'on voit...

Quand on entend ce qu'on entend...

Que peut-on penser... ?

Chaque trimestre, vous découvrez, dans les pages de Confluences, un thème avec son lot de questions, de théories, d'illustrations, de réflexions, ... et vous y puisez des idées ou vous y nourrissez des pensées... et c'est tant mieux !

C'est notre objectif.

Mais tout ce qui nous est déposé, dans les colonnes de Confluences, alimente aussi, au sein de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, notre savoir collectif, lié à votre expertise de terrain...

Pour chaque thème, nous prendrons l'habitude de relever quelques idées et de lancer quelques pistes dans ce sens...

Francis TURINE
Président IWSM

Introduction : Représentation et accès

En s'arrêtant sur les représentations de la santé mentale, au début d'une année consacrée au thème de l'accessibilité, l'Institut posait pour hypothèse que ces représentations ont une incidence sur l'accès aux structures de soins. Selon que les problèmes de santé mentale sont reconnus, déconsidérés, banalisés ou stigmatisés, l'accès à une aide, aux soins sera différent. Mais pour qu'il y ait représentation - « re-présentation » c'est-à-dire une « présentation renouvelée » - ne faut-il pas qu'un accès, qu'un contact ait déjà eu lieu ? S'agissant de santé mentale, ne pourrait-on pas alors avancer qu'il n'y a de problème de santé mentale qu'à partir du moment où il

y a plainte, où il y a reconnaissance de quelque chose qui ne va pas ? Une telle hypothèse indique qu'il n'y a pas qu'un seul type de représentations ; celles que chacun peut avoir ne sont pas les mêmes que celles véhiculées, par exemple, par les médias ou les publicitaires.

La santé mentale reste un concept multiple et peu circonscrit. Vouloir traiter de ses représentations est une gageure. Dans le propos qui va suivre, nous tenterons de distinguer brièvement la santé mentale de la santé publique d'une part, de la médecine d'autre part. Ensuite nous relèverons quelques événements « phares » qui attisent l'actualité. Pour suivre, nous pointerons quelques propos du dossier qui nous ont paru particulièrement intéressants. Enfin, nous suggérerons quelques pistes de travail.

Santé mentale et santé publique

Santé mentale et santé publique sont deux concepts très distincts que nous devons, sans cesse, maintenir en lien car ils ne pourront être affinés que tant qu'ils resteront en tension : sauvegarder les intérêts du collectif tout en préservant ceux du particulier, ou prendre en compte et respecter la particularité psychique de chacun tout en préservant une solidarité. Un piège serait d'opposer purement et simplement ces deux concepts ; un autre serait de les amalgamer. La santé publique tend en effet à un fonctionnement sociétal sans aspérité, le même pour tous, alors que la santé mentale est à chaque fois particulière.

Santé mentale et médecine

De plus, la santé mentale se distingue de l'approche médicale stricte où la santé correspond au silence des organes. Pour la santé mentale, il en va nécessairement autrement sinon elle prônerait un silence de la pensée ! La santé mentale ne se traduit pas en une absence-présence de maladie. Plus largement, elle concerne la diffi-

culté de vivre. On parle de souffrance psychique. Elle est là, au quotidien avec une intensité variable, mais elle ne veut certainement pas dire troubles psychiques ou maladies mentales¹. Vouloir en faire une équivalence serait dramatique car cela équivaldrait à une atteinte à la particularité de chaque être humain.

Faits divers

Poursuivons notre réflexion en nous arrêtant à certaines actualités qualifiées ordinairement de « faits divers ».

- Dans une maison maternelle, un enfant de trois ans et demi s'en prend à un nourrisson de quelques mois à tel point que celui-ci en meurt². Ces quelques mots suffisent pour appeler des hypothèses multiples, supposer des difficultés existentielles importantes, laisser présager des situations de grande précarité psychologique, familiale et sociale...

- Le décès « décidé » d'un enfant prématuré dans une maternité pose, repose des questions multiples tout autant que délicates : questions de viabilité ; s'il y a viabilité, dans quelles conditions et avec quelles conséquences (quels dégâts psychiques ?) pour l'enfant, ses parents et sa famille ? Quelles conséquences pour la Société dans ce qu'elle est prête à soutenir, etc. ? Qui décide et dans quelles conditions ? Voilà ouvert un débat éthique et de société.

- Deux infirmières d'un hôpital psychiatrique de Pau sont sauvagement assassinées ... Ce drame fait la Une ... La « psychiatrie » fait peur et continue à être stigmatisée... Les hôpitaux psychiatriques sont-ils suffisamment sécurisés ? ...

Ces incidents de vie sociétale, se posant à un niveau dramatique, convoquent la responsabilité de chacun, tout autant que celle des parents, des professionnels, des responsables politiques, ... directement concernés. Les questions et réflexions d'ordre éthique ont directement à voir avec celles

de santé mentale dans le rapport du particulier (santé mentale) au collectif (éthique).

La santé mentale racontée

La revue de presse, réalisée pour approcher une représentation « tout public » de la santé mentale, permet de faire un premier commentaire: l'Institut s'est constitué avec la participation d'usagers et de leurs représentants. Malgré l'appellation « usagers » peu heureuse, je me réjouis personnellement de cette participation, et d'autant plus à la lecture des commentaires du Président de Similes. Ses propos nous rappellent que pour bon nombre d'usagers, lorsqu'il est question de santé mentale, il s'agit directement de troubles psychiatriques graves qui ne peuvent pas être situés dans un illusoire continuum qui partirait d'une saine santé mentale pour terminer par la maladie mentale avérée et non contrôlée. Cette remarque a le mérite de rappeler que psychiatrie et santé mentale ne sont pas synonymes. Si la psychiatrie a à voir avec la santé mentale, toute la santé mentale ne se réduit pas à des troubles psychiques, comme il est rappelé au début de cette rubrique.

Similes ouvre ici le débat entre le général et le particulier. L'exemple de la loi sur « le droit des patients à refuser un traitement » est au centre de l'articulation entre patients, thérapeutes et société. Son application au cas par cas illustre très bien cette dialectique avec son versant potentiel de non assistance à personne en danger. La question éthique posée par la loi entraîne l'exigence, dans chaque situation particulière, d'une nouvelle décision.

Par ailleurs, je partage les craintes de Similes qui s'insurge contre le risque d'amalgame que les médias et les politiques seraient tentés de faire entre maladie mentale et dangerosité sociale. La tentation est aisée mais peut-être aussi compréhensible car il ne s'agirait pas d'oublier que ce qui n'est pas compris et qui fait peur est spontanément attribué à un autre radicalement différent, à un « fou » en l'occurrence. Il faut bien situer l'angoisse.

Une des missions de l'Institut est bien de lutter contre cet amalgame, contre ces raccourcis dans le but de faire accepter que, par exemple, les difficultés de réintégration sociale ne

correspondent, pour bon nombre des malades mentaux, qu'à un moment de l'existence et non pas à une impossibilité définitive.

Représentations et clichés

Le dossier fait plusieurs fois référence à l'enquête récente sur les images et réalités de la santé mentale en France. On mesure l'ampleur de la tâche à venir, notamment la nécessité d'une information de qualité, quand on voit combien les clichés tels que « violences, meurtres = folie et maladie mentale » sont encore à ce point vivaces dans la population. Ou encore, c'est le médicament qui soigne. Le trouble psychique et/ou la souffrance psychique sont considérés alors de la même manière que des symptômes physiques à faire disparaître. Cela voudrait-il dire que 78% de la population, seraient favorables à un « silence de la pensée » ? Ne serait-ce pas plutôt dû au fait qu'il est particulièrement malaisé, sinon impossible d'approcher par un questionnaire ce qu'il en est de l'intime de chacun, à savoir sa souffrance psychique ? Par contre, ce qui est évident ou visible et qui fait peur, on le rejette. Donc, c'est fou !

Ceci rejoindrait une ponctuation du sondage réalisé en 2001, à l'occasion de l'année de la santé mentale: « Faudrait-il conclure, avec quelque brutalité, que l'on souhaite une santé mentale de l'ordre du mieux être pour soi, et que la santé mentale d'autrui est appréciée à l'aulne de la normalité sociale ? ». Le constat de Benoît DARDENNE va dans le même sens tout en le renforçant: « le stigma continue à produire des effets négatifs alors même que le traitement est efficace ! ».

Enfin, Didier VRANCKEN relève que les médias ne limitent plus la santé mentale à son versant strictement psychopathologique et détaille la multiplicité des scènes sur lesquelles la santé mentale peut être agie, réfléchie et mise en question. Mais si elle peut être partout, a-t-elle encore une particularité, quelle est encore sa pertinence ? Cette banalisation n'a-t-elle pas pour effet de participer à la mise entre parenthèse, aujourd'hui, de toute dimension « psy » professionnelle et spécialisée ? Dans le même temps, et c'est paradoxal, on n'a jamais autant « psychologisé » et « psychiatrisé » ce que la

population peut vivre comme événements douloureux. Pensons aux multiples « aides aux victimes » de tous ordres que la société se croit obligée de mettre en place après chaque drame « public » ou très « médiatisé » ! Pensons aussi à ces diverses émissions télévisées dont les animateurs, plus « psy » que s'ils l'étaient, invitent la population à venir raconter en public leurs petits et grands malheurs de vie, pour le plus grand plaisir des téléspectateurs !

Conclusion

Ce dossier sur la représentation de la santé mentale illustre le pari délicat mais passionnant de l'Institut: comment réfléchir la santé mentale entre intervenants afin de faciliter le rapport de tout un chacun à sa propre santé mentale ?

Une des missions de l'Institut est d'informer et de sensibiliser à la santé mentale. Les initiatives annuelles à l'occasion du 10 octobre, journée mondiale de la santé mentale, y participent sans conteste. Mais il convient d'être prudent, et le présent numéro de « Confluences » nous y invite : une information ne suffit pas. Une information tout public, aussi bien construite soit-elle, vulgarise. La vulgarisation banalise toujours ce dont il est question. Nous n'avons jamais été aussi bien informés qu'aujourd'hui : la presse parlée, écrite et télévisée, l'accès sans limite aux connaissances par internet, la multiplication des ouvrages scientifiques ou de vulgarisation, ... Mais tout cela n'atténue pas les réactions de rejet et de peur... Les articles précédents en attestent à suffisance !

L'Institut a une responsabilité éthique très importante dans le débat et la réflexion sur l'accessibilité. L'information multiple et gavante dans laquelle « on » nous noie par ailleurs doit nous interroger sur une information autre quant à la santé mentale pour que celle-ci ne soit pas parlée en termes de produit de consommation. La santé mentale ne peut être parlée comme un produit de consommation. ●

¹ « L'Etat et la Santé mentale. Pour une loi intelligente » Yves Depelsenair et Philippe Hellebois (Quarto série spéciale- mars 2004).

² Voir l'article de Jean-Pierre LEBRUN, p 2 et 3.



Repères et références bibliographiques

1. *Accueil et accès aux soins des personnes migrantes en Belgique*, Le Méridien SSM, Cocof, inédit, 2002
2. Andrews G., Issakidis C., *Shortfall in mental health service utilisation*. In: The British Journal of Psychiatry, 179, 2001, pp. 417-425
3. Angermeyer M.-C., Matschinger H. & Riedel-Heller S. G., *Whom to ask for help in case of mental disorder?: preferences of the lay public*. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34, 1999, pp. 202-210
4. Anguis M., Roelandt J.-L., Caria A., *La Perception des problèmes de santé mentale: les résultats d'une enquête sur neuf sites*. Etudes et Résultats, n° 116, mai 2001, Drees
5. *2001 Année de la santé mentale: témoignages*. Bruxelles, Fondation Nationale Reine Fabiola pour la Santé Mentale et Fondation Julie Renson, 2002 - Disponible auprès de la Fondation Julie Renson ou de l'IWSM
6. Araque W., Doucet D., Maddison S. & coll., *Une Histoire de la santé mentale*. Namur, Ligue Wallonne pour la Santé Mentale, 2001, 99 p.
7. Bellamy V., Roelandt J.-L. & Caria A., *Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale*. Etudes et résultats, n° 347, octobre 2004, Drees (<http://www.sante.gouv.fr>)
8. Bellelli G., *La Représentation sociale de la maladie mentale*, Naples, Liguori, 1987
9. Bibeau G, Chan-Yip A.-M., Lock M. & coll., *La Santé mentale et ses visages: un Québec pluriethnique au quotidien*, Montréal, Gaëtan Morin, 1992, 289 p.
10. Bibeau G, Corin E., Martin J.-C. & coll., *Comprendre pour soigner autrement*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1990
11. Cassiers L., Conreur Y.-L., Francq B. & coll., *Besoin de Ressources en Santé Mentale: qu'en pensent des gens?* R.A.P.A. - Recherche-Action sur la Psychiatrie et les Alternatives/L'Autre « lieu », 2004, 30 p.
12. Corin E., Uchoa M.-E., Bibeau G. et coll., *Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'action*. In: Psychopathologie africaine, XXIV, 2, 1992, pp. 183-204.
13. Dardenne B., *Stigmatisation et apparence physique: le cas de l'anorexie*. Dans: Crahay M. & Goffinet C.-E. (Éds.), *Regards croisés sur l'anorexie*. Liège, Presses Universitaires de Liège, 2001
14. Dassetto F., *L'Endroit et l'envers: regards sur la société contemporaine*. Bruxelles, Labor, 1999 (coll. Quartier libre)
15. Dorvil H., *Types de sociétés et de représentations du normal et du pathologique: la maladie physique, la maladie mentale*. Dans: Dufresne J., Dumont F. et Martin Y. (Dir.), *Traité d'anthropologie médicale: l'institution de la santé et de la maladie*. Québec, Presses de l'Université du Québec, 1985, pp. 305-332
16. Fischer W., Goerg D. & Zbinden E. & coll., *Determining factors and the effects of attitudes towards psychotropic medication*. In: Guimon J., Fischer W. & Sartorius N. (Eds), *The Image of Madness: the Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*. Basel, Karger, 1999, pp. 162-186
17. Goffman E., *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1963
18. Hours B., *Vingt ans de développement de l'anthropologie médicale en France*. Dans: Médecine et santé, n° 5 - <http://revel.unice.fr/anthropo/document.html?id=50>
19. *Images de la folie*, dans: Santé mentale, n° 93, décembre 2004, pp. 23-57
20. Jamoule P., *La Débrouille des familles*. Bruxelles, De Boeck, 2002 (coll. Oxalis)
21. Jodelet D., *Folies et représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, 1989
22. Jorm A.-F., *Mental health literacy, Public knowledge and beliefs about mental health disorders*. In: British Journal of Psychiatry, 177, 2000, pp. 396-401
23. Jorm A.-F., Angermeyer M. & Katschnig H., *Public knowledge of and attitudes to mental disorders: a limiting factor in the optimal use of treatment services*. In: Andrews G. & Henderson S. (Eds), *Unmet Need in Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000a, pp. 399-413
24. Jorm A.-F., Christensen H., Medway J. & coll., *Public belief systems about the helpfulness of interventions for depression: associations with history of depression and professional help-seeking*. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2000b
25. Jorm A.-F., Korten A.-E., Jacomb P.-A. & coll., *Belief systems of the general public concerning the appropriate treatments for mental disorders*. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 1997d, pp.468-473
26. Jorm A.-F., Korten A.-E., Jacomb P.-A. & coll., *Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment*. In: *Medical Journal of Australia*, 166, 1997a, pp.182-186
27. Korkeila J., *Measuring aspects of mental health*. Hesinki, Stakes, 2000
28. Kovess V., *Evaluer les besoins: l'apport de l'épidémiologie*. Dans: Revue pluriels, n° 25, mars 2001 - <http://www.mnasm.com/notre revue.htm>
29. Kovess V., Lesage A., Boisguérin B. & coll., *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2001, 209 p.
30. Laplantine F., *Anthropologie des systèmes de représentation de la maladie*. In: Jodelet D., *Les Représentations sociales*. Paris, Presses Universitaires de France, 1989, pp.277-298
31. Link B.G., Struening E.L., Rahav M. & coll., *On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse*. In: Journal of Health and Social Behavior, 38, 1997, 177-190
32. *Livre blanc: le vécu des familles de personnes atteintes de troubles psychiques*. Bruxelles, Similes, 2004, 91 p.
33. Massé R., *Les Apports de l'anthropologie à l'épidémiologie: le cas de l'isolement social*. In: Santé Culture/ Culture Health, vol. IX, n°1, 1992-93, pp. 109-138
34. Massé R., *Les Conditions d'une anthropologie sémiotique de la détresse psychologique*. In: Recherche Sémiotique/Sémiotique Inquiry, vol.19 (1), 1999, pp. 39-62
35. Massé R., *Introduction anthropologie et santé publique*. In: Santé Culture/ Health, vol. IX, n° 1, 1992-1993, pp. 103-108
36. Massé R., Poulin C., Lambert J., Dassa C., *Elaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique au Québec: l'EMMBEP*, Dans: Revue canadienne de Santé Publique, vol 89(5), 1998, pp. 352-357
37. Massé R., Poulin C., Lambert J., Dassa C., *Elaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique au Québec: l'EMMDP*. Dans revue canadienne de Santé Publique, vol 89(3), 1998
38. Mc Keon P. & Carrick S., *Public attitudes to depression: a national survey*. In: Irish Journal of Psychological Medicine, 8, 1991, pp.116-121
39. Molenbergh G. et Vandersmissen V., *Etude des besoins en santé mentale: perception des professionnels*, Belgique, Limburgs Universitair Centrum, 2000
40. Moscovici S., *La Psychanalyse, son image et son public*. Paris, Presses Universitaires de France, 1976, 2ème édition
41. Peikert-Gillette Ch., *Folie, maladie mentale: étude des représentations dans deux populations contrastées*, Bruxelles, 1981, 123 p.
42. Pierret J., *Les Significations sociales de la santé*. In: Augé M. & Herzlich C. (Dir.), *Le Sens du mal*. Paris, Editions des Archives contemporaines, 1991 (1984), pp. 217-256
43. Pierret J., *Les Usages sociaux de la santé: trois exemples*. In: Retel-Laurentin A. (Dir.), *Étiologie de la perception de la maladie dans les sociétés traditionnelles et modernes*. Paris, L'Harmattan, 1987, pp. 441-450
44. Roelandt J.-L., Caria A., Anguis M. & coll., *La Santé mentale en population générale: images et réalités: rapport final de la première phase d'enquête 1998-2000*, dans: L'Information psychiatrique, vol. 79, 2003, pp. 867-878
45. Roelandt J.-L., Caria A., Anguis M. & coll., *La Santé mentale en population générale: images et réalités: rapport final de la première phase d'enquête*. EPSM Lille Métropole, 2001 - Consultable sur le site <http://www.epsm-lille-metropole.fr>
46. Roelandt J.-L., Caria A., Mondière G. & coll., *La Santé mentale en population générale: images et réalités: présentation générale de l'enquête*. Dans: L'Information Psychiatrique, vol. 76, n° 3, 2000, pp. 279-292
47. *La Santé mentale dans le monde: non à l'exclusion, oui aux soins*. Rapport 2001, Genève, OMS, 2001 - Consultable sur le site www.who.int
48. *La Santé mentale: perception et attitudes du grand public*. Bruxelles, Research Consult sprl, janvier 2001
49. Schurmans M.-N., *Dimensioni antropologiche e sociologiche nello studio delle rappresentazioni sociali della malattia*. In: Petrillo G. (Dir.), *Psicologia sociale della salute*. Napoli, Liguori, 1996, pp. 353-374
50. Schurmans M.-N., *Maladie mentale et sens commun: une étude de sociologie de la connaissance*. Neuchâtel-Paris, Delachaux et Niestlé, 1990, 317 p.
51. Schurmans M.-N., *Maladie mentale: fait de nature, concept et représentation sociale*. In: Nervure, 4, Tome II, 1989, pp. 24-30
52. Schurmans M.-N., *Les Maladies mentales: rationalité médicale et actualité du mythe*. In: Psychoscope, vol. 15, 4, 1994
53. Schurmans M.-N., *Les représentations sociales de la maladie mentale: une étude de sociologie de la connaissance*. Thèse de doctorat déposée à la F.S.E.S., Université de Genève, 1988, 574 p.
54. Schurmans M.-N., *Représentations sociales de la maladie mentale et idéologie*. In: Ayestaran S. (Ed.), *Psicosociologia de la enfermedad mental: ideologia y representación social de la enfermedad mental*. Bilbao, Imprenta Boan, 1984, pp. 203-217
55. Schurmans M.-N. & De Rosa S., *Dessiner la folie: apports de l'analyse d'un matériel figuratif à l'étude des représentations sociales de la maladie mentale*. In: *Education et Recherche*, 2, 1994, pp. 225-246
56. Schurmans M.-N., Durus N., & Lob R., *Les Représentations sociales de la maladie mentale de l'enfant*. Projet F.N.R.S., Université de Lausanne, 1994
57. Swain G., *Dialogue avec l'insensé*. Paris, Gallimard, 1994
58. Todorov T., *La Vie commune: essai d'anthropologie générale*. Paris, Seuil, 1995 (coll. La Couleur des idées)
59. Tortosa A., *Le Trouble de la personnalité borderline*. Lille, Editions AAPEL, 2004 - Une autre façon de percevoir certains troubles mentaux et les soins à leur apporter
60. Tousignant M., *Les Origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, Paris, PUF, 1992 (coll. Psychiatrie ouverte)

Une bibliographie plus détaillée est disponible au Centre de documentation de l'IWSM
In-Folio 081/23 50 12