

EXPOSÉ

Passer de l'asile à la Cité, de l'aliéné au citoyen : un défi collectif

Destigmatisation et environnement politique

L'usage des stéréotypes et la stigmatisation représentent un phénomène universel et nécessaire aux êtres humains, au niveau cognitif et social. Son éradication ne peut pas constituer un objectif en soi, encore moins dans le domaine de la psychiatrie, car la folie est intrinsèque à l'être humain et les stigmates du fou joueront toujours un rôle social important.

Pour autant, la lutte contre les conséquences potentiellement délétères de la stigmatisation et en faveur de l'évolution des représentations sociales et des comportements, représente un enjeu majeur pour favoriser la reconnaissance des personnes vivant avec des troubles psychiques comme des citoyens à part entière. Pour restaurer la pleine citoyenneté des personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale, chaque citoyen (qu'il soit patient, professionnel, journaliste, élu) a un rôle à jouer.

Aude Caria

Directrice du Psycom

Sophie Arfeuillère, Céline Loubières et Camille Joseph

Chargées de mission du Psycom
Paris (75)



Mots-clés :

Citoyenneté
Folie
Histoire de la psychiatrie
Représentation sociale
Stigmatisation

*« Il est plus facile de désintégrer l'atome qu'un préjugé »
Albert Einstein*

*« I awakened to the cry
that the people have the power
to redeem the work of fools
upon the meek, the graces shower
it's decreed, the people rule.
The people have the power »
Patti Smith*

Nous ne pouvons lutter contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale, sans tenir compte de l'histoire de la Folie. Cette approche permet de mieux comprendre comment les représentations sociales que nous cherchons à faire évoluer se sont construites à travers les âges. En effet, l'image du « fou » habite notre imaginaire collectif depuis bien longtemps (Quétel, 2010), le plus souvent caractérisée par une association forte entre folie, crime et danger. A l'aune de cette histoire, la prise de conscience de la nécessité de s'attaquer à la stigmatisation et aux discriminations qui en découlent s'avère assez récente. Elle est essentiellement corrélée à deux mouvements synergiques : le mouvement de désinstitutionalisation qui a vu, dans les pays occidentaux à partir du milieu des années 70, les grandes

institutions asilaires progressivement s'ouvrir sur la Cité pour y déployer une nouvelle offre de soins, et le mouvement de défense des droits des usagers, qui a accompagné cette transformation institutionnelle, en faisant émerger une parole individuelle et collective, revendiquant le respect des droits fondamentaux et la reconnaissance de la citoyenneté pour tous (Clement, 2010).

Ainsi, depuis une vingtaine d'années, les pays anglo-saxons, puis plus récemment la France, ont-ils développé des programmes de lutte contre la stigmatisation, utilisant les outils de la prévention et du marketing social. Ceux-ci visent d'une part à augmenter le niveau de connaissance des populations vis-à-vis des troubles psychiques et de leurs traitements et, d'autre part, à "changer les regards" sur les personnes vivant avec ces troubles, pour faire évoluer les comportements à leur égard (Giordana, 2010).

Toutefois, avec deux décennies de recul, l'efficacité de ces programmes pour modifier les représentations et les attitudes apparaît très modeste et la méthodologie pour les évaluer reste à consolider (Clement et al. 2013). Force est de constater que les outils de la communication ne suffisent pas à attaquer durablement des préjugés ancrés dans l'imaginaire collectif depuis des siècles. Tant il est vrai qu'il ne s'agit pas seulement de modifier une perception, mais bien une conception de l'Autre, le "fou", à qui l'on dénie son statut de citoyen, voire d'être humain. Tant il est vrai aussi, qu'il ne s'agit pas seulement de changer les regards, mais bien les rapports de pouvoir à l'œuvre au cœur des processus de stigmatisation et d'exclusion.

Dans ces conditions, la déstigmatisation ne pourra trouver de résolution que dans un engagement de tous, du politique au patient, en passant par les professionnels du soin et de l'accompagnement et de chaque citoyen, afin de faire évoluer les rapports de pouvoir en faveur de la reconnaissance et du respect des droits fondamentaux des personnes vivant avec des troubles psychiques.

Après un bref détour historique sur la construction de la représentation sociale de la folie et du fou, nous ferons le point sur l'état des connaissances relatives aux actions de lutte contre la stigmatisation,

interrogerons le rôle du politique et tracerons des pistes pour orienter les actions futures.

Stigmatisation, discrimination, représentation sociale : quelques définitions

La stigmatisation est un concept issu de la psychologie sociale, décrit par Goffman (1975) comme un « processus dynamique d'évaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres ». Ce processus s'appuie sur les stigmates visibles ou invisibles attribués aux personnes (marques, traces, cicatrices, couleur de peau, troubles mentaux, séjour en psychiatrie, nationalité...), pour désigner un individu, ou un groupe d'individus vulnérables et différents. Pour Thornicroft (2007), la stigmatisation comprend trois facettes : l'ignorance (problèmes de connaissance), les préjugés (attitudes vis-à-vis des personnes stigmatisées) et la discrimination (comportements induits). Partiellement inconscient, ce mécanisme de séparation et de mise à distance de la différence, cantonne la personne stigmatisée dans une position inférieure, génératrice de perte d'estime de soi et peut aboutir à des attitudes et des comportements discriminatoires (privation de droits, d'accès au logement, à l'emploi), d'exclusion sociale (enfermement asilaire, ghettoïsation), voire d'extermination (opération T4 perpétrée par les nazis pendant la seconde guerre mondiale). Au-delà du simple étiquetage, il s'agit bien d'un processus insidieux de domination et de privation de pouvoir social (Bonsak et al., 2013)

La stigmatisation est fondée sur les représentations sociales qui construisent les stéréotypes permettant d'attribuer les stigmates au groupe vulnérable. Jodelet (1989) définit la représentation comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. » Elle permet de mieux comprendre les individus et les groupes, en analysant la façon dont ils se représentent eux-mêmes, les autres et le monde. Abric (2011), décrit la représentation comme constituée d'un noyau central – consensuel, historique, lié à la mémoire collective, partagé et résistant aux changements – et d'éléments

périphériques permettant l'individuation des croyances et des attitudes, souples, sensibles aux expériences individuelles et évolutifs dans le temps.

Les représentations sociales, associées à des jugements de valeur positifs ou négatifs construisent les stéréotypes, qui nous aident tous à comprendre le monde et interagir les uns avec les autres. Comme l'a montré la psychologie cognitive, les stéréotypes sont des outils indispensables au traitement de l'information, qui nous permettent de catégoriser et de simplifier notre environnement social à un moindre coût cognitif. Mais d'un point de vue social, ils peuvent être une « source de jugements erronés au fondement de tout processus de discrimination » (Scharnitzky, 2006).

Dans le champ qui nous intéresse, la santé mentale, il est intéressant de comprendre comment les stéréotypes associés à la Folie et au « fou » se sont constitués et ont évolué au fil des siècles. Ceci afin d'aiguiser notre connaissance des enjeux et d'adapter au mieux notre stratégie pour les faire évoluer.

La Folie : vieille histoire, mêmes problèmes

La mythologie grecque nous fournit de nombreux exemples de dieux et de déesses aux prises avec la folie. Dans la tragédie Héraclès d'Euripide, la déesse de la Folie Lyssa, envoyée par Hera pour se venger de Zeus, plonge Héraclès dans un accès de folie furieuse, pendant lequel il tue ses enfants et son épouse. Depuis très longtemps, la folie, la violence, le danger et le crime sont associés dans les croyances des êtres humains. On peut considérer ce nœud comme le noyau central de la représentation sociale de la Folie, qui a peu évolué au fil du temps. Une autre composante essentielle et immuable de ces représentations est l'exclusion sociale dont sont victimes les personnes désignées comme folles. Dans la Grèce antique, les actes que provoque la Folie excluent du domaine du droit et de la citoyenneté. « Dans le discours de la folie aussi, le barbare reste le non-civilisé, le non-grec. (...) La folie stigmatise la position des personnages par rapport aux normes sociales et trace en négatif un portrait de la citoyenneté idéale » (Gagliardi, 1999). Pendant des siècles, ces composantes essentielles ne varieront pas.

Au Moyen-Age, dans une société gouvernée par la religion, la Folie s'inscrit naturellement dans le champ de la possession démoniaque, punition des péchés attribués au Fou, curables par les prières, les pèlerinages et l'exorcisme. Le diable incarnant alors littéralement le point nodal menaçant du fou dangereux, sous couvert de sorcellerie, de nombreuses personnes jugées hérétiques, que l'on qualifierait aujourd'hui de malades mentales, périrent sur les bûchers, ou furent exilées sur des « nefes des fous » dérivant hors des cités.

La superstition s'éloignant, la médicalisation de la folie prenant le pas, durant l'ère moderne on tente de comprendre, étiqueter et classifier les malades et les maladies, de séparer les fous incurables et curables et de les guérir. Toutefois, deux événements historiques importants viennent renforcer le noyau central de la représentation du « fou ». En France, la création, entre 1656 et 1676, des hôpitaux généraux, où sont emprisonnés et enchaînés de manière indifférenciée, les pauvres, les invalides, les malades mentaux, les libertins, les hérétiques, les prostituées et les criminels ; ce que Foucault appellera le « grand renferment » (Foucault, 1977). Puis, dans la ligne de la révolution française et des progrès du pouvoir médical, un début d'« humanisation », une libération des chaînes, l'émergence du statut de malade et la mise en place du « traitement moral » de la folie, les passions étant alors considérées comme la source des dérèglements moraux. Mais ce mouvement de médicalisation engendre à partir de 1838 en France, la création des asiles d'aliénés, où sont enfermés, loin des villes et des villages, à la fois les « fous et les folles » et les criminels jugés irresponsables. Dans ces lieux de non droit, en l'absence de thérapies efficaces, les traitements violents et coercitifs demeurent la règle (douches glacées, enchaînements, camisoles).

Ainsi, pendant des siècles, les personnes désignées comme « folles » sont-elles emprisonnées dans des lieux spécifiques, où la plupart du temps elles sont victimes de mauvais traitements et perdent tous leurs droits civiques. On peut dire que le traitement social de la folie via l'enfermement et la déchéance des droits humains, la confusion entre les soins et la contrainte, l'hôpital et la prison, la

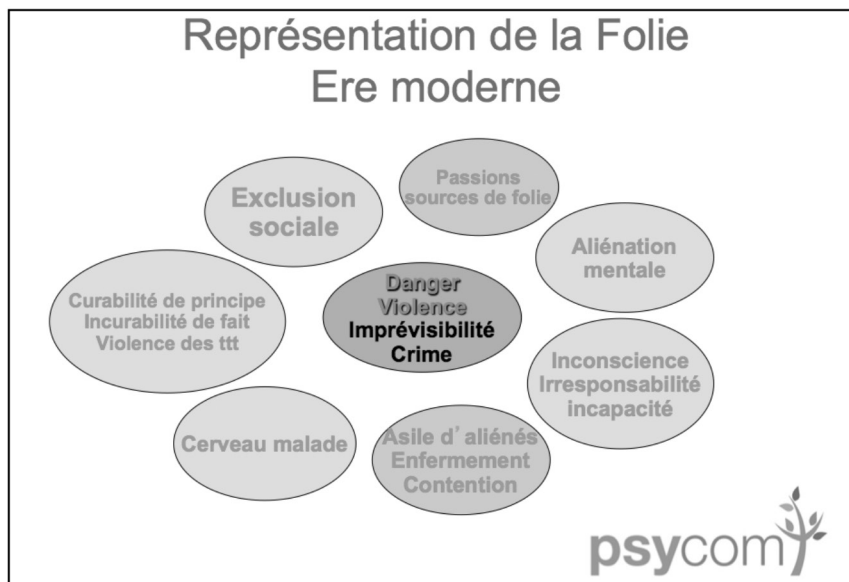


Schéma 1 : Représentation de la Folie à l'Ère moderne

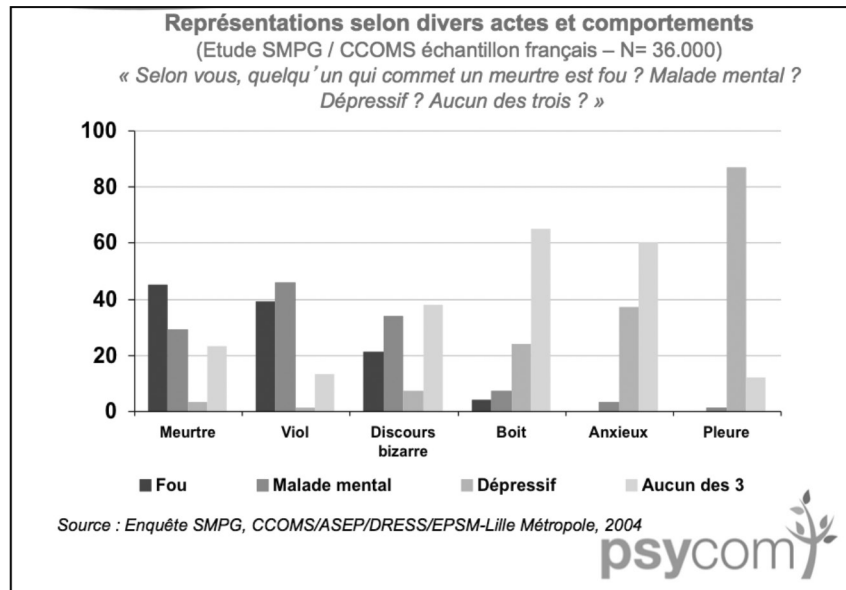
médecine et la justice, tous ces éléments ont fortement contribué à renforcer collectivement le noyau central de la représentation de la folie et des fous : « S'ils sont enfermés dans des hôpitaux et enchaînés, cela prouve leur dangerosité, leur violence et la nécessité de leur exclusion, pour la sécurité de tous ».

Après la seconde guerre mondiale, l'exclusion de milliers de personnes dans les asiles psychiatriques est profondément remise en cause, en particulier par le mouvement de l'anti-psychiatrie, en Europe et aux États-Unis. Simultanément à la découverte des premiers traitements médicamenteux, cette prise de conscience politique enclenche le (lent) mouvement de la psychiatrie de l'asile vers la communauté et la réintégration des patients dans la Cité. Le mouvement de désinstitutionnalisation est également favorisé par la naissance d'une prise de parole collective des anciens « psychiatisés », au départ dans un discours radical de remise en cause de l'institution totalitaire et de l'internement abusif, puis au fil des années, en tant que porte-parole de la défense des droits civiques, de l'intégration sociale et de la reconnaissance du savoir profane et de l'entraide (Clement, 2011, Caria, 2012).

En 2001, l'Organisation mondiale de la santé prend officiellement position contre les grandes concentrations asilaires et en faveur des soins dans

la communauté, du respect des droits des patients et de la lutte contre la stigmatisation (OMS, 2001). Il est maintenant admis internationalement que l'hôpital psychiatrique seul n'est pas une réponse adaptée aux problèmes de santé mentale, et que les personnes vivant avec des troubles psychiques doivent être prises en charge dans la société à laquelle elles appartiennent. En 2010, l'OMS va plus loin en s'engageant fermement en faveur de l'empowerment des usagers des services de santé mentale et des aidants : « La clé de l'empowerment réside dans la chute des obstacles formels ou informels et la transformation des relations de pouvoir entre individus, communautés, services et gouvernements » (OMS, 2010). C'est parce que ces personnes sont avant tout des citoyens, dont la pathologie n'aliène pas les droits, que deviennent pertinentes les revendications d'accès égalitaire aux droits civiques et sociaux, permettant le rétablissement et l'intégration dans la communauté.

Ce changement radical de la réponse collective à la question sociale de la folie, opéré depuis une trentaine d'années par les services de psychiatrie dans de nombreux pays, a eu un impact significatif sur le processus de stigmatisation et sur la société dans son ensemble. C'est parce que la folie, revenue dans la cité, est redevenue visible, que la question de la stigmatisation a



Graphique 1 : Représentations du fou/ malade mental / dépressif selon divers actes et comportements

émergé et interroge les patients, leurs proches, les professionnels du soin et de l'accompagnement, les équipes de recherche et toutes les parties prenantes.

Mais alors, qu'en est-il des représentations de la Folie dans nos sociétés contemporaines ? L'évolution des soins, les progrès de la médecine ont-ils transformé si ce n'est le noyau central, du moins les éléments périphériques ? L'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités » nous apporte quelques réponses. Elle décrit les représentations sociales associées aux archétypes du « fou », du « malade mental » et du « dépressif », en France (67 sites d'enquête) et dans 17 pays (20 sites internationaux). Les résultats montrent que le groupe « fou / malade mental » est fortement associé aux caractéristiques suivantes : irresponsabilité, incontrôlabilité, médicalisation, mauvais pronostic, dangerosité et actes illégaux (cf. Graphique 1). « Quel que soit le pays, le noyau dur des représentations associant folie et danger est enraciné dans l'imaginaire collectif et le « malade mental » porte les attributs d'un « fou » médicalisé. À l'inverse, l'étiquette « dépressif » semble plus acceptable et moins exposée à la stigmatisation. » Et les auteurs de conclure « Les résultats de l'enquête internationale SMPG nous montrent l'échec de la médicalisation de la folie à réduire la stigmatisation. » (Roelandt et al. 2012).

Les medias : alliés ou ennemis ?

Finalement, ce noyau central des représentations se trouve aussi perpétuellement renforcé et confirmé par le traitement médiatique sensationnaliste des questions de santé mentale. Les medias jouent un rôle majeur dans notre société, et influent sur les croyances, les attitudes et les comportements. Mais, n'oublions pas que les journalistes travaillent sous des contraintes structurelles fortes :

- ils sont otages des attentes de leur public, de l'audimat, de la publicité et des parts de marché ;
- ils sont otages du processus de fabrication de l'information : information en continue, pression de l'urgence, histoires courtes, peu de temps pour l'analyse approfondie, la prise de recul, recherche d'impact et de visibilité maximum.

De plus, les journalistes partagent les mêmes stéréotypes que leur public et, la plupart du temps, ils n'ont pas reçu, au niveau de leur formation, les compétences requises pour comprendre et traiter les questions de santé mentale. Dans ces conditions, comme l'a bien décrit Gratién (2012), la psychiatrie devient un sujet très vendeur pour les medias, car elle fait émerger deux émotions à fort potentiel commercial : la peur et la

compassion. Ces dernières sont incarnées par les deux grandes figures du « fou » dans les medias :

- le « malade mental / bourreau », le meurtrier, le criminel à l'acte insensé, qui génère la peur ;
- le « patient / victime », victime d'un trouble mental, d'un manque de soins ou de traitement, victime d'un burn-out, qui génère la compassion.

Dans les deux cas de figure, on peut estimer que ce type de traitement médiatique renforce la représentation centrale et périphérique de la folie et du fou, en reliant folie et crime, ou en décrivant les problèmes de santé mentale comme une tragédie assaillant une personne passive et sans défense. Au final, l'impact sur les personnes concernées directement et indirectement est terrible en termes de stigmatisation et d'auto-stigmatisation.

Mais les journalistes, de par leur pouvoir d'influence, peuvent également devenir des alliés dans le changement des attitudes (même si ce n'est leur rôle premier), en :

- participant à la prise de conscience de la réalité des troubles psychiques et des traitements ;
- en donnant la parole aux personnes qui vivent au quotidien avec des problèmes de santé mentale, en partageant leur témoignage de rétablissement de manière empathique et non sensationnaliste ;
- en traitant les questions de santé mentale dans la rubrique Santé, et non faits-divers ;
- en proposant des sujets sur la santé mentale de manière continue, et pas seulement en temps de crise médiatique.

L'influence importante de ce quatrième pouvoir rend incontournable la mobilisation et l'implication des journalistes dans le débat public sur la déstigmatisation dans le champ de la santé mentale (Colin et al, 2013).

Entre Descartes et Pascal, quelle issue ?

La compréhension sociale de la Folie oscille en permanence entre deux postures, décrites par Foucault. D'un côté, Descartes qui nous dit « Je suis un homme raisonnable, donc je ne suis pas fou ». Autrement dit, c'est la raison qui trace la ligne de partage entre le fou et le non-fou. Vous êtes soit fou

ayant perdu la raison, soit raisonnable et du côté de l'humain. Et l'on reconnaît ici le mécanisme à l'œuvre dans le processus même de stigmatisation, c'est-à-dire la séparation des personnes stigmatisées de celles qui se considèrent comme 'normales' (Nous / et Eux. Moi / l'Autre. « Le fou c'est l'autre, pas moi »).

De l'autre côté, Pascal qui affirme « Les hommes sont si nécessairement fous, que ce serait être fou par un autre tour de folie, de n'être pas fou ». Autrement dit, la Folie est partie intégrante de tous les êtres humains et ne peut être dissociée. Et l'on peut entendre les échos de cette position dans de nombreuses campagnes anti-stigma « La santé mentale c'est l'affaire de tous » ou « Tout le monde peut être concerné par un problème de santé mentale ».

Toutefois, comme l'a montré l'enquête SMPG, très peu de personnes se reconnaissent dans la représentation collective du « fou » ou du « malade mental », même celles qui ont des troubles mentaux diagnostiqués. « Dès lors, comment sortir de la dichotomie folie/raison, eux/nous à la base du processus de stigmatisation, si pour tout le monde, et même les personnes qui ont des troubles, le fou c'est l'autre ? » (Roelandt et al., 2012)

Lutter contre la stigmatisation : ça marche ?

Comme nous l'avons vu, les stéréotypes construits autour de la figure du fou sont très anciens et ancrés dans l'imaginaire collectif. Ils jouent un rôle important au niveau individuel (économie cognitive de l'usage de la catégorisation) et collectif (exigence sécuritaire). S'attaquer à la stigmatisation en découlant suppose avoir conscience d'évoluer, tel un Don Quichotte parfois, dans un champ de métaphores :

- Le « fou dangereux », comme métaphore du «malade mental».
- La chambre d'isolement et la contention comme métaphores des soins psychiatriques.
- Le psychiatre comme métaphore du contrôle médical et social.
- L'internement abusif comme métaphore de l'accès aux soins.
- L'hôpital psychiatrique comme métaphore de la prison.

Même si ce défi est complexe et de longue haleine, depuis une vingtaine d'années dans les pays anglo-saxons, plus récemment en France (Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015), la lutte

contre la stigmatisation en santé mentale est inscrite dans les politiques publiques de santé mentale et de nombreux programmes de déstigmatisation ont été inventés. Toutefois, Comme le soulignent Lamboy et Saïas (2012), ces initiatives souffrent d'un certain nombre de problèmes méthodologiques : « absence de définition opérationnelle de la stigmatisation, limites ambiguës entre préjugés stigmatisants et faits avérés, objectifs des programmes flous et imprécis, motivations ambivalentes des porteurs des actions, non-évaluation du poids et des conséquences effectives de la stigmatisation dans le vécu des personnes souffrant de troubles psychiques ».

À la lumière des dernières recherches dans le domaine (Caria et al., 2013), voici les principaux constats que l'on peut énoncer sur l'impact de la lutte contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale :

- Les campagnes d'information généralisées sur les stéréotypes et les attitudes ont un faible impact sur la stigmatisation et la discrimination, pour un coût élevé (Clement et al., 2013).
- L'amélioration des connaissances n'implique pas une évolution des attitudes et des comportements stigmatisants (Giordana, *ibid.*).
- L'intégration d'une conception médicale (neurobiologique) améliore l'acceptation des soins mais ne modifie pas la distance sociale et la perception du danger (Pescosolido, 2013).
- Les résultats s'avèrent plus favorables avec des actions auprès de petits groupes et sur des publics ciblés (écoles, monde du travail, mairies...).
- Les effets des actions ne durent pas longtemps (Clement, 2013)
- L'évaluation des effets sur les représentations, les attitudes et les comportements est complexe et les outils manquent (désirabilité sociale) (Clement, *ibid.*).

Stigmatisation, discrimination, exclusion : le rôle du politique

Si, après avoir été reléguée dans les asiles-prisons la Folie revient dans la Cité, il faut alors la considérer comme un objet de préoccupation politique, qui doit être pris en compte par les représentants élus. Si, comme l'énoncent de nombreux programmes et

associations pour faire émerger le débat sur la place publique (cf. Campagne Santé mentale : Grande Cause, 2014), « La santé mentale c'est l'affaire de tous », la psychiatrie seule ne peut plus avoir le monopole de la réponse sociale. Les élus locaux sont de plus en plus interpellés par ces questions, et à juste titre, puisqu'ils sont responsables du bien-être des populations qu'ils administrent. En ce sens, ils peuvent devenir des « agents de déstigmatisation » (El Ghazi, 2014), car ils tiennent en main la plupart des leviers permettant l'intégration citoyenne des personnes vivant avec des troubles psychiques (accès au logement, à l'emploi, à l'éducation, à la culture et aux loisirs, non discrimination...). Les conseils locaux de santé mentale (CLSM), en cours de déploiement en France, représentent en ce sens un outil potentiellement actif contre la stigmatisation et les discriminations. En effet, ils favorisent, sur un territoire donné, l'implication active des élus et de toutes les parties prenantes qui détiennent une partie de la réponse aux questions posées par la construction d'une place de citoyens égaux en droits aux personnes vivant avec des problèmes de santé mentale (services de psychiatrie, soins de santé primaire, éducation, justice, police, services sociaux, associations d'usagers et de proches...). D'ailleurs les CLSM s'impliquent de plus en plus dans des actions concrètes lors des Semaines d'information sur la santé mentale (SISM) par exemple, comme l'a montré le bilan des SISM en 2014 (Caria, 2014).

Déstigmatiser ne peut être envisagé sans œuvrer à la reconnaissance et la défense de la citoyenneté et des droits des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale, c'est-à-dire viser une modification des rapports de pouvoir entre stigmatisants et stigmatisés, au niveau individuel et collectif. A cet égard, la bascule actuelle qui oscille entre la représentation du malade-bourreau et du patient-victime ne peut constituer une réponse opérationnelle à la stigmatisation. Autrement dit, l'issue au dilemme de la stigmatisation associée au stéréotype du « fou dangereux » ne peut se situer dans la seule reconnaissance de la souffrance d'un patient-victime (et de celle de ses proches), par la mise en valeur d'un discours victimaire appelant à la compassion pour atténuer l'exclusion sociale. Elle est à réfléchir et à construire du côté de l'usager-citoyen, en capacité de dire, d'agir et d'interagir (Gratien, 2012).

L'avènement de l'usager-citoyen s'appuie sur le concept d'empowerment, qui « fait référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie. (...) La clé de l'empowerment se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements » (Wallerstein, 2006). Et comme le souligne Bonsak (2013) « la prise du pouvoir par les personnes souffrant de troubles psychiatriques et leurs proches est donc un facteur-clé de la déstigmatisation ».

Chaque personne au niveau individuel, et les associations d'usagers et de proches au niveau collectif, peuvent avoir un rôle de levier essentiel dans cette modification des rapports de domination, qui peut se mettre en œuvre à plusieurs niveaux :

- **Le développement d'une offre de soins psychiatriques basée sur les concepts de rétablissement et de réhabilitation** et une articulation des soins et de l'accompagnement centrée sur le parcours de vie de la personne et non pas au service de l'institution soignante ou sociale.
- **La délivrance des soins psychiatriques essentiellement dans la communauté**, au plus près des populations, car cela a un effet préventif sur la stigmatisation, en facilitant l'accès aux soins et la continuité et en limitant l'exposition des usagers à la victimisation, l'exclusion et l'isolement social.
- **Le développement de pratiques psychiatriques respectueuses des droits humains**, car elles ont une influence sur les attitudes sociales et un impact positif direct sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination.
- **L'intégration du point de vue des usagers** dans les processus de décision du niveau institutionnel collectif à la relation de soin individuelle.
- **Une réforme des modes de formation initiale et continue des professionnels de la santé mentale**, intégrant systématiquement des usagers-formateurs en binôme avec des professionnels.
- **Un recours plus systématique à la plainte**

en cas de maltraitance ou de discrimination du fait de son état de santé mentale (par saisine du défenseur des droits ou du contrôleur général des lieux de privation de liberté), pour affirmer la citoyenneté des personnes concernées.

Conclusion

L'objectif ambitieux « Zero Stigma » affiché fièrement par l'Ecosse lors du lancement de son premier programme de lutte contre la stigmatisation en santé mentale « See Me » (2002) n'est ni atteignable, ni réaliste, ni souhaitable. L'usage des stéréotypes et la stigmatisation représentent un phénomène universel et nécessaire aux êtres humains, au niveau cognitif et social. Son éradication ne peut pas constituer un objectif en soi, encore moins dans le domaine de la psychiatrie, car la folie est intrinsèque à l'être humain et les stigmates du fou joueront toujours un rôle social important. Il est aussi vain de vouloir supprimer la folie que la stigmatisation qui lui est attachée.

Par ailleurs, tant que persisteront des pratiques psychiatriques bafouant les droits humains, telles la contrainte abusive, l'isolement et la contention non justifiés, ou tout autre traitement violent et irrespectueux de la dignité et de l'intimité de la personne, la stigmatisation restera active, car ces pratiques ne font que confirmer les stéréotypes.

Cependant, la lutte contre les conséquences potentiellement délétères de la stigmatisation et en faveur de l'évolution des représentations sociales et des comportements, représente un enjeu majeur pour favoriser la reconnaissance des personnes vivant avec des troubles psychiques comme des citoyens à part entière. Il s'agit bien d'un combat permanent, toujours à recommencer, car jamais à l'abri d'un nouveau fait divers réveillant brutalement, dans l'imaginaire collectif, la figure du « malade mental-bourreau », qui vient balayer d'un revers de main les quelques progrès laborieusement réalisés. La déstigmatisation de la folie est œuvre de Sisyphe, toujours recommencée, jamais achevée, mais comme le disait Albert Camus « Il faut imaginer Sisyphe heureux ».

En passant de l'asile à la Cité, l'aliéné autrefois privé de ses droits civiques se voit dans l'obligation de reconstruire sa légitimité de citoyen. Cet impératif individuel engage la responsabilité collective de tous, et particulièrement les représentants élus, garants du bien-être des populations et du respect des droits de chacun. Pour restaurer la pleine citoyenneté

des personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale, chaque citoyen a un rôle à jouer :

- Les patients eux-mêmes et leurs proches, en prenant la parole pour faire valoir leurs droits, au niveau individuel et collectif.
- Les professionnels intervenant dans le champ de la santé mentale en faisant évoluer leurs pratiques à l'aune des droits fondamentaux,

en intégrant les concepts de rétablissement et d'empowerment.

- Les journalistes, en prenant conscience de leur rôle dans ce domaine, en tant que professionnels et en tant que citoyens.
- Les politiques, en considérant chaque personne comme un-e citoyen-ne, quels que soient son état de santé et ses capacités. □

Bibliographie

1. Abric J.-C. (Dir.) *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF, 2011.
2. Bonsack C., Morandi S., Favrod J. et Conus Philippe. Le stigmate de la « folie » : de la fatalité au rétablissement. *Rev Med Suisse* 9, 2013, 588-592.
3. Caria A. *Bilan des SISM 2014*. Actes de la 1e journée des acteurs des SISM, ESPT/CCOMS/SISM, 2014 (sous presse).
4. Caria A., Vasseur Bacle S., Arfeuillère S. et Loubières C. Lutter contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale : quelques recommandations, *Revue ADSP*, Dossier « Psychiatrie : mutations et perspectives ». Novembre 2013, 40-41.
5. Caria A. *La place des usagers en psychiatrie : récentes évolutions*. In Manuel de Psychiatrie 2e édition, (dir. Guelfi J.-D. & Rouillon F.) Paris, Elsevier-Masson, 2012, 752-759.
6. Clément M. La participation, les temps de la parole et le mouvement des usagers des services de santé mentale au Québec - *Revue AQRP Le Partenaire*, 20, 2 - Été 2011.
7. Clement S., Lassman F, Barley E, Evans-Lacko S, Williams P, Yamaguchi S, Slade Rüsich N, Thornicroft G. Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *Cochrane Database Syst Rev*. 23, 7, 2013.
8. Colin A., Galland D., Notredame C.-E.. Les mots qui fâchent... *Petit glossaire de précautions sémantiques en psychiatrie*. Lille, Fédération régionale de Recherche en santé mentale Nord-Pas-de-Calais, 2013.
9. Gagliardi M. Folie et discours de la folie dans la tragédie grecque du V^e siècle avant J.-C. *Histoire & Mesure*, XIV-J/2, 1999, 3-50.
10. Giordana J.Y. (Dir)., et al. *Stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2010.
11. Goffman, E. *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Paris, Editions de Minuit, 1975.
12. Gratien V. *La folie : d'une « pathologie sociale » à une pathologie médiatique*. Mémoire de Master 2 CELSA-Université Paris-Sorbonne, 2012.
13. Jodelet, D. (1989), *Les représentations sociales*, Paris, PUF (7e édition).
14. Lamboy B. et Thomas S. Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? 15. Une synthèse de la littérature, *AMEPSY-1496*; No. of Pages 6, 2012.
16. OMS, *Rapport mondial sur la santé mentale « Non à l'exclusion, Oui aux soins*, 2001.
17. OMS, *User empowerment in mental health – a statement*. WHO Regional Office for Europe, 2010.
18. Pescosolido BA. The public stigma of mental illness: what do we think; what do we know; what can we prove? *J. Health Soc Behav*. 54(1), 2013, 1-21.
19. Quételet C. *Images de la folie*, Gallimard, 2010.
20. Roelandt J.-L., Caria A., Benradia I. et Vasseur Bacle S.. De l'autostigmatisation aux origines du processus de stigmatisation. A propos de l'enquête internationale « Santé mentale en population générale : images et réalités » en France et dans 17 pays. *Psychology, Society, & Education* 2012, 4, 2, 2012, 132-149.

21. Roelandt J.-L., Caria A., Defromont L. Vandeborre A. et Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *Encéphale*, 36, 3, Supplément 1, 2010, 7-13.
22. Scharnitztzy P. *Les pièges de la discrimination. Tous acteurs, tous victimes*. Paris, L'Archipel, 2006.
23. SeeMeScotland 2002 : www.seemescotland.org
24. Surault P. Santé mentale et déterminants sociaux. *Encéphale*, 36, 3, Supplément 1, 27-32, 2010.
25. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma : Ignorance, prejudice or discrimination ? *Br J Psychiatry* 190, 2007,192-3.
26. Wallerstein N. Quelles sont les preuves de l'efficacité de l'« empowerment » dans l'amélioration de la santé ? Health Evidence report. OMS, 2006.

