

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

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

Année 2015

**LE CINEMA
UN AU DELA DE LA STIGMATISATION
UN OUTIL POUR LE RETABLISSEMENT
UN LEVIER POUR L'EMPOWERMENT**

MISE EN ŒUVRE PRATIQUE

Jean-Christophe Vignoles

Tutorat : Aude Caria

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	3
I – STIGMATISATION/DESTIGMATISATION	3
A – STIGMATISATION	3
B – AUTOSTIGMATISATION	6
C – LA DESTIGMATISATION	8
II – LE CINEMA COMME OUTIL DE DESTIGMATISATION	10
A – QU’EST-CE-QUE LE CINEMA ?	10
B – CINEMA, PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE	13
C – COMMENT LE CINEMA PEUT SERVIR LA DESTIGMATISATION	14
III – MISE EN PRATIQUE	15
A – L’EXISTANT : QUELQUES EXEMPLES D’UTISATION DU CINEMA DEJA MIS EN PLACE AU CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER	15
A-1 - Mise en place d’un fond audiovisuel à la bibliothèque médicale	15
A-2 - Cours aux étudiants en première année de médecine sur les clichés véhiculés par le cinéma.	17
A-3 – Participation active et facilitateur à un travail photographique avec des patients pour des expositions croisées à Lyon et Bamako.	17
A-4 – Participation active et facilitateur dans la réalisation d’un film sur une unité d’hospitalisation « classique » de secteur.	18
A-5 – Création des journées « Cinéma et Psychiatrie » au Vinatier	20
B – MISE EN PLACE D’UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE	21
B – 1 - L’existant	21
B – 2 - Objectifs de la démarche	25
B – 3 - Etapes de la mise en œuvre	27
B – 4 – Difficultés et obstacles	28
B – 5 – Mises en œuvre et démarches	29
CONCLUSIONS	32
BIBLIOGRAPHIE	33

INTRODUCTION

« Folie », « maladie mentale », « troubles psychiques, psychiatriques », « souffrance psychique » etc. sont autant de déterminants, vécus le plus souvent comme disqualifiants par celui qui en est porteur. Stigmatisation et discrimination ont des effets délétères sur l'évolution des troubles mentaux et sur leurs pronostics car elles sont bien souvent une entrave au début de la prise en charge et, de par les réactions de l'environnement social qu'elles induisent constituent ce que certains considèrent comme une « deuxième maladie » (Finzen 2000 cité par Giordana 2010 p8). Lutter contre cette « deuxième maladie » est un des objectifs de la santé mentale. Le cinéma de par son pouvoir sur les représentations du spectateur et de par son fort potentiel d'identification peut devenir un outil majeur dans cette lutte. Usagers de la psychiatrie, professionnels du soin et grand public face à un écran de cinéma partagent une même expérience.

Après avoir développé comment un certain usage des images peut contribuer à dépasser les notions de stigmatisation/déstigmatisation, nous donnerons quelques exemples pratiques de dispositifs permettant cette réflexion sur l'image. Puis, à partir de la mise en place d'une action de formation utilisant l'image, nous allons témoigner comment elle peut devenir le support d'une action participative des usagers et des aidants.

I – STIGMATISATION/DESTIGMATISATION

A – STIGMATISATION

Il est un fait établi, voire recommandé, qu'il faille déstigmatiser les « malades mentaux » ou les personnes vivant avec des troubles psychiques. Mais, au-delà de ce qui apparaît faire consensus, il nous faut nous interroger sur un processus qui apparaît comme un invariant culturel : celui de la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux ou ayant recours à la psychiatrie.

L'étymologie de stigmatiser viendrait de la racine de trois lettres STI indoeuropéen qui elle-même est dérivée de la racine indoeuropéenne STA qui signifie « tenir debout » et que nous retrouvons dans institution, constitution etc. Autant dire que l'histoire du mot est fortement attachée à tout ce qui est en lien avec les notions de fondation. Le STI

indoeuropéen va donner stigma en grec qui désigne les marques au fer rouge des mauvais esclaves et donnera aussi en latin distingo qui signifie différencier, séparer, diviser et, surtout, reconnaître comme autre. De là viendrait aussi le stick anglais et étiquette en français (Bertini 2007).

L'acte de stigmatiser est donc inhérent à l'établissement d'un ordre social qui repose nécessairement sur des différenciations, des classifications, des qualifications, des marquages, autant de distinctions qui permettent de rationaliser un ordre et d'établir des normes. L'acte de stigmatiser, volontaire ou non, est toujours la résultante de l'établissement d'un ordre sociétal et en ce sens l'aboutissement d'un processus politique qui fonde la cité et instaure le vivre ensemble. Ce processus aboutit à créer des exclus qui deviennent ensuite une ou des catégories particulières à tenir à distance mais, et c'est bien là le paradoxe, probablement nécessaire au maintien de ce qui a fondé la cohésion du groupe. Les « malades mentaux » dans toutes les sociétés appartiennent à ces catégories d'exclus qui leurs permettent de se maintenir. « Il n'y a pas de société ou de culture où les personnes atteintes de maladies mentales sont traitées à l'égale des autres » (Giordana 2010a p8). En effet une société a besoin de se fabriquer à chaque moment et le processus d'exclusion par marquage d'un groupe, s'il est nécessaire au fondement de ce faire société, continue à être nécessaire pour son équilibre de tous les instants. Le groupe des « malades mentaux » est marqué par cette violence originelle et fondatrice, véritable bouc émissaire au sens où René Girard l'entend (17), ce groupe devient ainsi le support, le lieu de projection de toutes les violences archaïques et primitives.

La stigmatisation permet donc de différencier et de séparer les individus afin que des liens sociaux puissent s'organiser et se maintenir. Elle interroge bien la question du lien social et de son corrélat, sa déliaison. Elle permet à celui qui n'est pas marqué du stigmate de se sentir appartenir au groupe porteur de la cohésion sociale et à celui qui en est marqué de devenir le lieu de projection et d'expulsion de tout ce qui pourrait remettre en cause cette cohésion. De sorte que l'éviction des « malades mentaux » apparaît comme fondatrice de l'ordre social, et la pérennisation des représentations stigmatisantes des « malades mentaux » comme la protection contre un péril majeur qui serait le retour à l'indistinct et à l'indifférencié. La stigmatisation fonctionne comme le révélateur de l'angoisse sociale archaïque de ce retour à l'informe (Bertini 2007).

La stigmatisation tire ainsi sa force du fait qu'elle s'inscrit dans un triple champ (Benoist 2007) :

- celui de la régulation du social,
- celui de la peur suscitée par les différences physiques, les différences de conduites, de manières d'être au monde et d'une certaine façon par tout ce qui marque l'autre dans sa différence,
- celui de l'anomalie c'est-à-dire tout ce qui définit les limites entre la norme et la déviance, le normal et le pathologique, le conforme et l'anomalie.

Mais ce qui renforce ce triple impact c'est que le stigmate appartient aux champs des cinq sens, et du visuel en particulier. Il révélerait ainsi une identité perçue objectivement. Comme Saint Thomas devant toucher les plaies du Christ pour percevoir la réalité de la résurrection, le stigmate s'inscrit dans le visuel c'est-à-dire dans ce qui est donné à voir, ce qui tombe sous le regard. Dans « stigmate » il y a « mater ».

Le stigmatisme et la stigmatisation portent une force d'évidence objective qui les éloigne de leurs origines sociales ou culturelles du faire société, pour en faire des déterminants objectivement naturels et les inscrire directement dans la réalité du biologique, de l'hérédité et de l'organicité. Les stigmates se perçoivent objectivement comme des attributs naturels et non relatifs à une culture, et la stigmatisation devient un processus qui ne pourra se combattre qu'avec la logique des sciences et non celles des idées. Cette force d'évidence est bien évidemment une illusion mais elle est caractéristique du caractère paradoxal, voire ambivalent, de la notion de stigmatisation qui tend un piège à celui qui essaie d'en parler. Tout énoncé sur la stigmatisation se retourne contre celui qui l'énonce dans un jeu de mise en abîme ou d'envers et d'endroit comme le nœud de Moebius. « S'il faut lutter contre (la stigmatisation), c'est du fait que le stigmatisme nous joue un drôle de double tour : il nous stig-mate, il nous mate en ayant l'air de nous laisser mater » (Desmons 2007). A la fois signe d'appartenance à un groupe dont il devient la marque identitaire mais aussi signe d'exclusion pour le groupe d'à côté, le stigmatisme ne cesse de se renverser dans son exact opposé, signe d'élection pour les uns, d'éviction pour les autres, d'infamie mais aussi de gloire (les stigmates du Christ). Néanmoins nous ne pouvons pas renvoyer dos à dos ses deux faces dans un match nul où, par un jeu de neutralisation, le stigmatisme positif et le stigmatisme péjoratif s'annuleraient car cela reviendrait à oublier les rapports de pouvoir qu'instituent toutes les distinctions de catégories qui président à la constitution d'une société. Si le fondement du stigmatisme est bien une opération cognitive de différenciation, de classification et de rationalisation, donc relèverait d'un certain pragmatisme (Bertini 2007), ces effets instaurent une morale avec ses échelles de valeur désignant ce qui est bien et ce qui est mal, ce qui est normal et ce qui ne l'est pas, ce qui est positif et ce qui est négatif. Cette morale installe le pouvoir du stigmatiseur sur le stigmatisé et établit ainsi le regard péjoratif du stigmatiseur sur l'autre différent qui va en souffrir.

Lutter contre la stigmatisation en s'attaquant au stigmatisme en supposant pouvoir l'éradiquer apparaît donc vain et relèverait d'une mauvaise lecture de la nature du stigmatisme. Le stigmatisme nous enferme par le double jeu dans lequel il nous piège et c'est précisément ce jeu de renversement permanent qu'il nous faut actionner comme un levier afin de lutter contre les effets moraux de la stigmatisation.

Illustration clinique : lors de ma consultation de psychiatrie de la personne âgée en CMP, Mm M. 86 ans, vivant en EHPAD après avoir passée une partie de sa vie à l'hôpital psychiatrique et suivie pour une psychose chronique délirante depuis des dizaines d'années, se présente très irritée et agitée. Je lui demande les raisons de ce mouvement d'humeur. Aux rationalisations habituelles totalement délirantes auxquelles je m'attendais, elle me dit que l'objet de son agacement était la psychologue de la maison de retraite avec laquelle elle a un entretien hebdomadaire. « Vous ne savez pas ce qu'elle me dit régulièrement ? », silence et d'un ton ferme et indigné, « elle me dit que je ne suis pas folle », nouveau silence puis reprend avec un air cherchant ma complicité, « si je ne suis pas folle, que suis-je alors, docteur ? ». Pour la rassurer je ne pouvais que partager son indignation.

Ce petit exemple illustre parfaitement comment le stigmatiseur, le psychiatre, celui qui énonce les marques de la folie et désigne aux yeux de tous le pathologique se trouve à son tour piégé dans son action thérapeutique. Ce qu'il est sensé éradiquer devient pour

cette vieille femme un trait identitaire d'appartenance à un groupe. Lui retirer, est vécu comme un effondrement et une persécution, et la complicité indignée qu'elle renvoie au psychiatre le piège dans un jeu de miroir car ce que j'ai aussi entendu dans son interrogation c'est « et vous docteur, si je ne suis pas folle que faites vous là ? ».

Au delà de l'illustration du double jeu de la stigmatisation c'est un exemple d'autostigmatisation positive à partir d'un stigma communément considéré comme négatif, celui de la folie. Nier le stigma de la part de la psychologue ne sert à rien et même renforce l'angoisse de la patiente mais témoigne aussi comment le stigmaté négatif de la folie est aussi intériorisé par des professionnels.

B - AUTOSTIGMATISATION

Si cette petite vignette clinique illustre bien les trois niveaux où se déploie la stigmatisation (sociétale, interpersonnelle et personnelle), elle met aussi en avant le caractère protecteur du stigmaté. Il ne s'agit pas ici de justifier qu'il faille nécessairement stigmatiser cette femme comme « folle » pour apaiser sa souffrance psychique mais, peut-être, de dénoncer les effets induits par l'étiquetage diagnostic. A plus de 80 ans et chez une personne ayant passée la majeure partie de sa vie en institution psychiatrique il serait probablement délétère de lui signifier maintenant qu'elle aurait pu avoir une toute autre vie... mais cet exemple d'intériorisation de l'image du fou doit nous interroger sur ce processus et ses effets.

Toutes les études (Rush et al., 2005 ; Watson et al., 2007 ; Thornicroft et al., 2009) mettent en évidence les effets dévastateurs de cette intériorisation avec notamment la mise en œuvre d'attitudes de la part de ceux désignés comme malades mentaux qui visent à se conformer aux clichés, aux préjugés et aux stéréotypes communément attendus du malade mental. Il en résulte :

- une perte de confiance et de motivation
- un sentiment d'infériorité et une perte de l'estime de soi
- une perte d'espoir de guérison et d'une vie future positive
- un renoncement à prendre un rôle actif dans les domaines du travail, de la famille, des relations amicales...

Cette autostigmatisation anticipée entraîne une inhibition, voir une paralysie de l'action, qui légitime les discours disqualifiant sur la maladie mentale. C'est le moment crucial où la personne passe du « avoir une maladie » à « être malade », c'est-à-dire qu'elle ne se définit plus par ses potentialités à agir sur le monde mais par son essence même d'être malade mental. Toute sa vie elle est désormais conviée à rejoindre cette essence de l'être malade mental.

L'autostigmatisation est donc tour à tour destructrice et protectrice, péjorative et valorisée ce qui amène à penser que face au stigmaté deux attitudes sont possibles : soit l'intériorisation passive qui, à l'instar des processus de colonisation des esprits analysé par Franz Fanon, conduit à se vivre comme objet de l'autre dominateur et aboutit aux attitudes d'autostigmatisation énoncées plus haut;

soit retourner le stigmatisme contre lui-même dans un renversement qui s'apparenterait à de la discrimination positive, « inverser le stigmatisme en fierté ! » nous propose Patrice Desmons (p.708).

En schématisant à l'extrême d'un côté le processus asilaire, de l'autre celui prôné par les actuelles recommandations OMS en santé mentale. Les deux trouvant leur justification dans la volonté affichée de protéger le malade mental de lui-même et des autres.

Il ne faudrait pas voir dans le retournement du stigmatisme contre lui-même qu'une discrimination positive, c'est-à-dire un processus qui viendrait réparer la stigmatisation, c'est avant tout une affirmation de la personne en tant que sujet, et bien évidemment, comme le stigmatisme touche au fondement de l'ordre social, une affirmation de la personne en tant que citoyen à part entière. Un exemple extrême du « inverser le stigmatisme en fierté » serait les Mad Prides. Nées dans les années 1990 aux Etats-Unis, les Mad Prides (littéralement "marche des fiertés") sont des marches pour revendiquer le respect, la dignité des personnes en difficulté psychique. « Le but est de lutter contre la discrimination et les à-priori concernant les personnes ayant des problèmes de santé mentale et promouvoir l'inclusion de ces personnes sur le plan économique, social, environnemental et culturel. Il s'agit de contrer l'image négative des problèmes psychiatriques dans la société et de réclamer une meilleure protection des droits et d'accès aux soins des patients en tant que citoyens » lit-on sur le site www.lamadpride.fr/lesmadprides.php. Elles concentrent toutes ces ambiguïtés et rassemblent dans une même démonstration publique tous ceux qui se sentent dévalorisés par les stigmates du Mad tout en revendiquant haut et fort ce trait identitaire du « fou ». C'est la mise en acte volontariste d'une lutte contre la stigmatisation et surtout contre l'autostigmatisation anticipée. Les mascarades des défilés surjouent toutes les images stéréotypées et tous les clichés de la folie dans une revendication grossissant jusqu'à la déformation tous les stigmates de la folie. Pied de nez ironique aux passants pour leurs signifier qu'au final, fou et non fou, nous partageons tous les mêmes représentations stéréotypées de la folie. « La personne ayant une maladie psychique partage les mêmes représentations du « malade mental » que le grand public et elle a d'elle-même l'image que s'en fait la société » nous dit Jean-Yves Giordana (2010a, p22) dans ses conclusions sur l'étude INDIGO.

Les Mad Pride jouent sur ces représentations partagées tout en revendiquant le droit à la différence. L'exhibition de l'affirmation d'un soi souvent vécu comme péjoratif, certes permet de travailler la confiance, l'estime de soi et permet d'avoir un rôle actif, mais ne risque-t-elle pas de susciter encore plus d'effroi dans le public ? Si ce jeu de partage et de convergence des représentations met le fou et le non fou sur un pied d'égalité, qui n'a jamais été saisi d'effroi devant sa propre image dans le miroir déformant d'une baraque foraine ? Forcer, inverser, renverser les stigmates pour les positiver, est-ce là le chemin vers la déstigmatisation ?

C – LA DESTIGMATISATION

Il va de soi qu'il faille lutter contre la stigmatisation, c'est même une recommandation officielle des instances internationales de santé (« L'obstacle le plus important à surmonter dans la communauté... » OMS, V.H.O. 2001), et pourtant, le constat est unanime, malgré les campagnes, les représentations des maladies mentales en population générales n'ont pas changé, voir ont empiré. Les nombreuses études dans divers pays européens l'attestent depuis deux décennies. La remédicalisation récente des maladies mentales avec le présupposé d'une cause biologique, donc extérieure au vécu de la personne, « ne diminue pas le désir de distance sociale » (Angermeyer 2010, pXIII). La désinstitutionnalisation consécutive à la fermeture de nombreux lits dans les hôpitaux psychiatriques des dernières décennies « paraît avoir paradoxalement contribué au renforcement des attitudes de discrimination » (ibid). Et quand bien même les campagnes d'information et de sensibilisation auraient un impact positif, celui-ci ne se maintient pas au delà de quelques mois (Clément et al.).

Qu'est-ce qui peut bien faire obstacles à l'impact de ces campagnes?

Une première réponse vient du constat quasi unanime que l'information et la connaissance de la maladie mentale ne modifient pas les conduites discriminatoires. (Caria et all., 2015 p23) C'est à dire que la simple information ou tentative de compréhension des maladies mentales ne retentit pas sur les comportements discriminatoires. La connaissance n'est donc pas la cible efficace pour provoquer une déstigmatisation. Cela ne veut bien évidemment pas dire qu'il faille se priver de campagnes d'information sur les maladies mentales, mais il ne faut pas en attendre une modification des représentations rejetantes dans la population générale. Car précisément ce que vise la déstigmatisation c'est le stigmaté, c'est-à-dire un ensemble de représentations, le plus souvent inconscientes, néanmoins nécessaire comme nous l'avons vu plus haut, à la constitution et à la cohésion du vivre ensemble. « Les comportements des individus et des groupes ne sont pas influencés par la connaissance et la réalité de la situation, mais par les représentations qu'ils ont de cette situation, par leur construction commune, leur croyance commune » résume ainsi Jean-Yves Giordana (2010a, p9) les propos de la thèse de F. Feral (14). La cible d'une action de déstigmatisation devra donc être les représentations socialement partagées de la maladie mentale.

Empruntons, toujours à Jean-Yves Giordana, la définition de la représentation sociale (2010a, p8) :

« Elles sont des « élaborations groupales », des produits de la pensée qui reflètent, à un moment donné, le point de vue prévalent d'un groupe, d'une communauté. Il s'agit en quelque sorte, d'une image, d'un préjugé qui s'impose à chacun (à l'interface de l'individu et du collectif) avec une valeur prédictive ou prédictive. Ces idées reçues (ces préjugés) que chacun a pu s'approprier et qui sont partagées par toute une société servent de compréhension, de grille explicative pour une situation donnée et vont être déterminantes au niveau du comportement de cette société. Leur impact est d'autant plus fort qu'elles sont en grande partie inconscientes et véhiculées insidieusement par l'ensemble du corps social. »

Cette définition qui mêle à la fois le groupe et l'individu, l'image et son partage, la pensée et le préjugé va nous permettre d'étayer plus tard notre propos sur l'utilisation du cinéma.

Si nous reprenons l'exemple, extrême peut être, des Mad Pride qui font partie des actions affirmées de déstigmatisation, nous voyons que ce qui est mis en avant, ce qui est même exhibé, c'est la caricature populaire et partagée de l'image du fou. C'est une manière de proclamer que « nous, atteints d'une maladie mentale, nous partageons avec vous tous qui ne portez pas les stigmates de la folie, les mêmes représentations, donc que nous sommes citoyens du même monde ». Mais les représentations sociales ne sont que des images qui s'ancrent dans un imaginaire collectif et les stigmates de la folie n'ont pas de réalité propre. La démarche qui consiste à faire comprendre à une personne atteinte d'une maladie mentale que ces stigmates n'ont pas de réalité objective, donc de légitimité, permet d'ailleurs de lutter contre l'autostigmatisation. Une action comme la Mad Pride ne peut se concevoir qu'après une prise de conscience par les personnes atteintes de maladie mentale des stigmates péjoratifs et discriminatoires. Ce travail sur les préjugés, les stéréotypes et les représentations permet de surmonter les différents phénomènes de stigmatisation et serait aussi utile, voire plus, que le travail sur le diagnostic même : « Aider ou encourager les personnes à reconnaître leur maladie mentale est bien moins important que de les aider à surmonter leurs stigmates auto-attribués ou publics » (Giordana 2015b). Ce travail sur les préjugés et les représentations devient actuellement un des temps essentiel du soin et le préalable à une identification positive, c'est-à-dire une autostigmatisation assumée et non subie, à des groupes d'entraide d'usagers de la psychiatrie. Dans les Mad Pride ce qui prolonge le soin et cette prise de conscience du risque de se laisser enfermer dans une image, c'est bien l'identification au groupe qui permet ainsi à la personne atteinte d'une maladie mentale d'exister au sein de la communauté. Mais ce groupe a besoin, pour ne pas être un simple lieu de refuge, voire se ghettoïser, de proclamer justement et activement cette appartenance à la communauté des humains. La militance, si elle contribue à l'affirmation de soi et à la reconquête de sa propre estime, devient indispensable pour reconquérir la dignité d'une place de citoyen dans la communauté.

Ces types d'action et tout le travail en amont permettent aux personnes atteintes de maladies mentales de surmonter leurs stigmates auto-attribués ou publics, mais contribuent-ils vraiment à une déstigmatisation du « malade mental » auprès de grand public ? Ils ne modifient pas les représentations, au contraire ils les caricaturent. Ils ne jouent pas sur le terrain de la connaissance ou de la compréhension de la maladie ; d'ailleurs en jouant sur le mot « fou » ils balayent d'un trait toute la sémiologie psychiatrique et la question des diagnostics. En d'autres termes les actions de militance en vue de la revendication de l'égalité des droits et de l'appartenance à une même communauté contribuent-elles à la déstigmatisation ?

« Déstigmatiser ne peut être envisagé sans œuvrer à la reconnaissance et à 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 » (Caria et al., 2015 p28)

dit Aude Caria appelant à dépasser le discours victimaire sur le patient. Car effectivement un des enjeux essentiels de la déstigmatisation n'est pas de produire un discours compassionnel à l'égard de ceux qui souffrent d'exclusion sociale, mais justement de pouvoir leur donner la possibilité d'agir sur le monde. Autrement dit la déstigmatisation se situe-t-elle du côté de la bonne conscience morale ou d'une nécessité politique qui relèverait, elle, plus d'une éthique ?

Sans vouloir entrer dans un débat philosophique, la position morale, celle qui va dans le sens de la « bonne conscience », suppose une instance supérieure à l'être. « La morale, nous dit Gilles Deleuze (Deleuze, 1985b), c'est le système du jugement, double jugement, on se juge soi-même et on est jugé, cela suppose une instance supérieure à l'être, quelque chose de supérieur à une ontologie ». La morale est du côté des valeurs et d'une essence commune à l'être, l'homme est un animal raisonnable et il est convié toute sa vie à tendre vers cette essence raisonnable. Gilles Deleuze en s'appuyant sur Spinoza défend l'idée que l'éthique est du côté des potentialités :

« Spinoza ne définit jamais l'homme comme un animal raisonnable, il définit l'homme par ce qu'il peut, corps et âme. Si je dis que « raisonnable » ce n'est pas l'essence de l'homme, mais c'est quelque chose que l'homme peut, ça change tellement que déraisonnable aussi c'est quelque chose que l'homme peut. Être fou aussi ça fait partie du pouvoir de l'homme (...). Le point de vue éthique c'est : de quoi es-tu capable, qu'est-ce que tu peux ? (...) Jamais un moraliste ne définira l'homme par ce qu'il peut, un moraliste définit l'homme par ce qu'il est (Ibid) ».

Le combat pour la déstigmatisation n'est donc pas tant celui de la compréhension de la folie (qu'y a-t-il d'ailleurs à comprendre dans le non-sens ?), que celui de la reconnaissance d'être fou comme une manière d'être au monde, c'est-à-dire que tout un chacun, fou ou non fou, souffrant d'une pathologie psychiatrique ou non, a le droit de vivre sa singularité au grand jour et dans la dignité. La déstigmatisation ne peut pas être efficace si elle demeure sur le terrain de la compréhension des troubles psychiques et des représentations de la folie (« ils sont comme cela, comprenez les, ayez de la compassion... ») . Les revendications de citoyenneté c'est-à-dire la possibilité d'agir sur le monde et sur sa vie permettent de dépasser les pièges et les jeux de renversement que nous tend la stigmatisation/déstigmatisation. Les campagnes d'information et les spots de communication ne peuvent atteindre leur but que s'ils s'accompagnent de cette reconnaissance des potentialités de l'autre « déraisonnable ».

II – LE CINEMA COMME OUTIL DE DESTIGMATISATION

A – QU'EST-CE-QUE LE CINEMA ?

Nous empruntons au critique et théoricien de cinéma, André Bazin, le titre de son célèbre ouvrage (Bazin 1975, p26) afin de tenter de comprendre en quoi le cinéma dans son essence même peut amener celui qui souffre de maladie mentale sur les chemins du rétablissement. Nous utilisons ici le mot de rétablissement (recovery) dans le sens où la

santé mentale l'entend : " un processus dans lequel les personnes ayant présentées des troubles mentaux sévères se réengagent dans la vie, avec de nouvelles stratégies adaptatives, et font l'expérience d'une restauration du sens de soi et des buts de vie" (Bernard Pachoud citant Liebermann, 2008) (20).

A partir de ses études sur le cinéma néo réaliste italien de l'après deuxième guerre mondiale, et du cinéma de Roberto Rossellini en particulier, André Bazin tente de définir une ontogénèse du cinéma à partir de son impact sur le spectateur : au cinéma, « quelles que soient les objections de notre esprit critique nous sommes obligés de croire à l'existence de l'objet représenté » (Bazin 1975, p13) et il donne comme piste explicative de ce formidable potentiel de crédibilité de l'image le transfert de la réalité sur sa reproduction :

« L'image peut être floue, déformée, décolorée, sans valeur documentaire, elle procède par sa genèse de l'ontologie du modèle, elle est le modèle (...) l'existence de l'objet photographié participe de l'existence du modèle comme une empreinte digitale. Par là, elle s'ajoute réellement à la création naturelle au lieu de lui substituer une autre (Bazin 1975, p14). »

Autrement dit l'image photographique participe à part entière de l'existence de son modèle dont elle tire un supplément de réalité. A l'aire de l'image numérique il faudrait probablement tempérer cette analyse de l'époque de l'image argentique et du cinéma analogique, surtout pour les films de fiction, mais elle apparaît encore tout à fait pertinente en ce qui concerne le cinéma documentaire et un certain cinéma d'auteur qui privilégie une réflexion sur la nature même du cinéma. Il faut noter, en passant, qu'en ce qui concerne la force de l'impact sur le spectateur de l'image cinématographique les neurosciences ont démontrées qu'à la vision d'un film nos neurones miroirs reproduisent toutes les actions vues à l'image, mais c'est là une autre histoire... Ce qui nous intéresse ici c'est ce lien étroit, consubstantiel, entre le modèle et sa reproduction. Cette dernière procède de la même création et André Bazin d'ajouter « sauver l'être par l'apparence » (Ibid, p9).

Ce qui peut apparaître comme une mystique de l'image rejoint ici notre concept plus pragmatique de rétablissement. Lorsque Bernard Pachoud(20) fait une disjonction entre l'évolution de la maladie et le devenir de la personne il fait coexister deux stratégies complémentaires, et surtout non exclusives, celle toute médicale qui doit conduire à traiter la maladie et l'autre, celle qui intéresse la santé mentale, centrée sur le devenir de la personne et qui s'organise à partir de l'expérience personnelle de la maladie. Le devenir de la personne c'est le (ré)engagement dans la vie, la restauration d'un sens perdu, ou non advenu, et cette logique de restauration personnelle et sociale passe nécessairement par l'image que la personne a d'elle même ou que les autres ont d'elle. Cette image participe de la même essence que la personne elle-même. Le cinéma peut « sauver l'être par l'apparence » en proposant une image projetée du monde qui est, pour reprendre les termes d'André Bazin (Ibid, p16) « une hallucination « vraie » ».

Si de par son essence même le cinéma peut contribuer à la restauration de celui qui en fait l'expérience c'est aussi parce que toute vision d'un film permet de se réinterroger sur sa propre expérience personnelle. Cette idée, simple mais fondamentale, est au centre des ouvrages du philosophe américain Stanley Cavell consacrés au cinéma et dont les titres parlent déjà d'eux-mêmes : *La projection du monde*, *A la recherche du bonheur*, *Le cinéma nous rend-il meilleur ?* En s'appuyant essentiellement sur la

philosophie américaine de Thoreau et d'Emerson il accorde aux films la même valeur qu'à un texte de Kant ou de Wittgenstein.

« Un fait fondamental de la base photographique du cinéma : que les objets participent de leur propre présence photographique ; ils participent de leur propre re-création sur pellicule ; ils sont essentiels à la production de leur paraître. Des objets projetés sur un écran sont par essence réflexifs, ils se produisent comme auto-référentiels, réfléchissant sur leur origine physique. Leur présence renvoie à leur absence, à leur situation en un autre lieu » (Cavell 1999b, p14).

En prolongeant ainsi la réflexion d'André Bazin sur l'essence commune de l'objet, ou du modèle, et de sa reproduction il introduit cette dimension essentielle du caractère réflexif de l'expérience de la vision d'un film :

« S'intéresser à un objet, c'est s'intéresser à l'expérience que l'on a de l'objet ; si bien qu'examiner et défendre l'intérêt que je porte à ces films, c'est examiner et défendre l'intérêt que je porte à ma propre expérience, aux moments et aux passages de ma vie que j'ai partagés avec eux » (Cavell 1993a, p15).

Ainsi pour lui, la vision d'un film partagé dans une salle est constitutive de notre expérience car le film est dépendant de la réalité qui s'imprime sur la pellicule. Les images cinématographiques sont en elles-mêmes des choses projetées et filmées et non pas des représentations de choses. Il rejoint ainsi Erwin Panofsky qu'il aime à citer (Cavell 1999b, p42) : « la matière des films (médium) est la réalité physique en tant que telle ». Dans la perspective de Stanley Cavell, et c'est pourquoi nous avons recours à lui ici, le cinéma est important non pas en tant qu'art, mais en tant qu'il approche le quotidien et l'ordinaire et qu'il peut transformer nos existences de par l'expérience pleine de mystère de la vision en salle. Ordinaire car rien n'est plus partageable et évident que d'aller au cinéma et mystérieux car la force d'impact d'un film c'est le souvenir, les traces laissées dans notre mémoire, souvent incertaines, floues, transformées et qui parfois nous poursuivent tout une vie. Il insiste sur le fait qu'au cinéma les événements n'existent qu'en mouvement, en passant.

L'expérience du cinéma est donc proche de l'expérience du quotidien et de sa fugacité, c'est un instant qui passe et que nous ne pouvons pas saisir. S'il insiste sur la vision d'un film en salle c'est aussi pour ramener le cinéma à cette idée d'expérience partageable. Nous avons tous fait l'expérience que le souvenir d'un film dépend des personnes avec qui nous l'avons vu et même des événements du moment ou de l'âge que nous avons. L'impact et la signification d'un film sont sensibles au contexte et à notre état d'esprit du moment, c'est dire l'importance du contexte personnel, familial, social ou autre. C'est d'ailleurs une des raisons qui fait qu'il est si difficile de parler d'un film après sa projection tant son impact résonne dans notre intimité. Les échanges, les réactions, les brides de conversation qui suivent l'évocation d'un film font autant partie de cette expérience et du partage de celle-ci que le souvenir des images.

Néanmoins il subordonne le fait que le cinéma nous permet de nous connaître et de comprendre à quoi nous nous intéressons au « bon film ». Faut-il maintenant distinguer plusieurs cinémas ou plusieurs manières d'utiliser l'image en mouvement ?

B – CINEMA, PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

Nous ne développerons pas ici les liens étroits et fréquents entre cinéma et psychiatrie. Ils s'enracinent tous deux dans le XIX^{ème} siècle et sont l'aboutissement des recherches de la physique pour l'un et de la médecine pour l'autre. C'est le moment où la sémiologie médicale, psychiatrique en particulier, se constitue à partir de l'observation clinique et c'est le moment où pour la première fois le mouvement d'un corps peut être observé et reproduit par une machine. Rappelons aussi, mais c'est maintenant un truisme de le dire, que la psychanalyse et le cinéma se développent conjointement à partir de l'année 1895, et vont étrangement utiliser les mêmes mots pour décrire les rêves et pour analyser le montage cinématographique. Le cinéma est le moyen à la fois d'enregistrer objectivement le monde, ce qui est devant l'objectif de la caméra, et de choisir ce qui est montré, donc il va aussi dépendre de la subjectivité de celui qui décide. Les opérateurs des frères Lumière choisissent le cadre de ce qu'ils montrent et créent ainsi pour la première fois un point de vue visuel documentaire sur le monde. Le cinéma enregistre et restitue au regard du spectateur ce qui se laisse voir. L'objectif objective les particularités des comportements donc tout ce qui peut faire stigmatisé. Mais le cinéaste de par le cadre de chaque image (le choix de ses plans) puis par le montage qu'il va choisir décide du monde qu'il crée. Tout aussi décisif sera ce qu'il ne montre pas dans le champ de ces images (le hors champ) car l'art du cinéma réside essentiellement dans ce jeu entre ce qui est montré et ce qui est soustrait au regard. Si ces généralités semblent évidentes pour le cinéma de fiction, elles le sont tout autant pour le cinéma documentaire, et encore plus, pour le reportage journalistique. Face à l'écran il ne faut donc jamais oublier qu'il n'existe pas d'image neutre et que la caméra enregistre une réalité qu'elle a elle-même contribué à produire.

Le stigmatisé, comme nous l'avons vu plus haut, est ce qui se voit, et le cinéma enregistre ce qui se voit pour le donner à mater au spectateur, d'où un jeu permanent du cinéma depuis ses origines avec l'image du fou, du déviant, de l'anormal et du monstrueux. L'histoire du cinéma pourrait s'écrire à travers eux dès la mise en images par Georges Méliès des hallucinations, en passant par Abel Gance et *La Folie du Docteur Tube* (1915), en poursuivant par la parade de véritables êtres difformes dans **Freaks** de Tod Browning, l'utilisation de nains ou de déficients mentaux par Werner Herzog jusqu'au *Camille Claudel* de Bruno Dumont ou le *Jimmy P* d'Arnaud Desplechin. Tantôt repoussoir fascinant, tantôt support compassionnel. La psychiatrie, l'asile, le fou sont traités selon le projet artistique du cinéaste comme des clichés, des stéréotypes ou, au contraire, comme des singularités attachantes dont il faut approcher l'intimité pour dépasser l'énigme du sujet masquée par le stigmatisé.

Afin de compléter l'histoire de la représentation de la folie au cinéma et son utilisation dans les soins nous renvoyons à deux articles récents : *Images de la folie au cinéma* de Carole Desbarats (12) et *Quand l'image parle soins, rencontre avec le soin par l'image* de Nicolas Janaud (18).

C – COMMENT LE CINEMA PEUT SERVIR LA DESTIGMATISATION

Le cinéma est cet outil qui peut permettre de voir au-delà du stigmate et redonner la part d'humanité dissimulée derrière les déformations des caricatures. Malheureusement ce n'est que trop rarement le cas. Pour reprendre l'expression de Stanley Cavell « les bons films » ne sont pas légions. Ces films qui nous entraînent au-delà du stigmate, au-delà des symptômes répondent le plus souvent à un projet artistique et mettent nos émotions à contribution. Les reportages journalistiques avec leurs commentaires pour dire au spectateur ce qu'il doit voir et comprendre, les films à thèse qui déroulent leur démonstration au service d'un contenu qui se veut utilitaire et pragmatique, les spots publicitaires, sont autant d'utilisation des images qui a force de ne pas vouloir déranger passent justement à côté de l'énigme de la folie. Il soulève un « problème » ou traite un « thème » comme un objet d'étude et utilise l'émotion comme un arc réflexe, c'est-à-dire dont l'effet ne dure que le temps de l'instant. C'est une des raisons pour lesquelles ils n'ont pas d'efficacité durable dans la déstigmatisation. La simple connaissance ne peut mettre en mouvement les processus conatifs de choix et d'orientation des conduites envers l'autre différent et impulser des modifications perceptibles de nos représentations. Seul le véritable artiste peut ébranler le spectateur et lui faire toucher du doigt l'irrationalité et l'ambivalence de ses affects. Jean Luc Roelandt et ses collaborateurs nous disent que l'enquête SMPG montre que :

« 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? » (22 p146)

Cette impossibilité d'identification à l'autre différent est une des causes des échecs des campagnes de déstigmatisation.

Mais précisément les « bons films » travaillent cette identification. Prenons des exemples connus de tous : *Elephant Man* de David Lynch (1980) et *M. le maudit* de Fritz Lang (1931). Durant leurs projections nous ressentons et partageons toute la détresse, l'angoisse et les humiliations des personnages. Dans un cas nous nous identifions à un être difforme, dans l'autre à un sadique pervers sexuel. S'identifier c'est se reconnaître identique ou semblable à l'autre, pour Freud l'identification représente la forme primitive de l'attachement affectif et fait référence à l'établissement des premiers liens infantiles. De ces films nous ne sortons pas indemnes car ils nous ramènent à nos propres expériences souvent primitives et archaïques. Les images travaillent dans notre mémoire car elles sont liées à des affects. De très nombreux documentaires, souvent très peu connus en dehors de quelques circuits professionnels, suscitent les mêmes mouvements psychiques : portraits de patients, tranches de vie, expériences de soins... Ce sont ces films que nous voulons défendre car ce sont eux qui peuvent provoquer chez le spectateur une ouverture vers l'autre différent (autre qui peut d'ailleurs être en soi-même pour paraphraser Rimbaud). Il ne s'agit pas d'opposer un cinéma de fiction et un cinéma documentaire mais une utilisation de l'image qui se consomme, et se consume, aussi vite qu'elle est perçue et une utilisation de l'image qui va venir « travailler »,

souvent à son insu, la psyché du spectateur. Deleuze dans son chapitre « l'image cinématographique nous libère du cliché » appelle ce cinéma pouvant « rénover le regard » l'image-temps car il est subordonné au temps. Le spectateur doit alors apprendre à voir l'image pour elle-même, « l'image entière doit être « lue » non moins que vue, lisible autant que visible » (Deleuze 1985a, p34) tandis que le cinéma subordonné au mouvement et à l'action, l'image-mouvement, amène le spectateur à ne voir de l'image que ce qui la relie à l'enchaînement des causes et des effets de l'action. La première laisse des traces dans la mémoire, la deuxième le souvenir d'une bonne décharge sensori-motrice.

III - MISE EN PRATIQUE

A - L'EXISTANT : QUELQUES EXEMPLES D'UTILISATION DU CINEMA DEJA MIS EN PLACE AU CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER

Les exemples qui vont suivre résultent d'initiatives personnelles dans le cadre de mon activité de médecin psychiatre au sein du Centre Hospitalier le Vinatier. Il s'agit d'un des trois hôpitaux psychiatriques de la région lyonnaise qui couvre 46,4 % de la population du Rhône, soit un bassin de population de 807 551 habitants (INSEE 2011) répartie en 6 secteurs de psychiatrie générale, 4 de pédopsychiatrie et regroupés en 9 pôles (techniques, psychiatrie générale, pédopsychiatrie, personnes âgées, psychiatrie pénitentiaire...). Etablissement de référence de la région il comporte aussi des lignes de soin à vocation régionale : UMD, UHSA, médecine somatique, odontologie, services de recherches universitaires... L'établissement emploie près de 3000 personnes dont plus de 200 médecins.

En 2014 avec 679 lits la file active globale est de 24 256 patients dont 20,5% hors secteur. Le secteur dispose de 6,4 lits pour 10 000 habitants soit 417 lits des 679 pour une file active globale de 18 243 en psychiatrie générale et de 6215 en pédopsychiatrie. Pour la psychiatrie adulte la part de file active intrahospitalière est de 19,2% et extra hospitalière de 95,7% (21).

A-1 - Mise en place d'un fond audiovisuel à la bibliothèque médicale

En 2004, alors que Lyon est la ville qui a vu naître le cinéma, il n'y avait pas un seul document filmé ou audiovisuel répertorié dans la bibliothèque médicale pourtant très fournie de cet établissement ouvert en 1876. Rien non plus concernant la littérature sur l'image, son utilisation, les différentes pratiques de vidéothérapie, la photographie... Comparé à l'importance accordée à la photographie à la fin du XIXème à l'hôpital de la Salpêtrière (après avoir fondé la première revue photographique de la Salpêtrière Albert Londe y fonde en 1878, en collaboration avec Charcot, un Laboratoire de la

Photographie) le décalage, voir le retard, est abyssal. Pourtant nous ne pouvons douter que compte tenu de la taille de l'établissement de multiples expériences d'utilisation de la vidéo, de la photographie ou du cinéma ont existé ou existent. Il se dit que tel centre de jour ferait des vidéos avec des patients, tel autre aurait un labo photo, un célèbre professeur aurait un placard rempli de films et de cassettes vidéo qu'il utiliserait pour l'enseignement, FR3 aurait tourné un film avec des patients il y a quelques années... Donc des images comme support du soin, de la formation ou comme objet artistique sont quand même utilisées. Mais aucun travail d'archivage ni présence d'un intérêt intellectuel pour le médium image, fixe ou animé, dans les bases de la bibliothèque, pas de trace de rencontre ou de colloque sur le thème. Au préjugé bien tenace que tout ce qui touche à l'image relève de la distraction, s'ajoute la réticence de l'utilisation qu'il pourrait en être faite avec les patients et du danger qu'il pourrait y avoir pour eux à se voir. Longtemps, pour des raisons qui se veulent relever de la théorie du soin, les patients ont été privés de leur image. L'exemple le plus extrême en est l'absence délibérée de miroir dans les unités de soin jusqu'à très récemment encore. En 2012, au cours des nombreuses discussions qui ont précédé la reconstruction de l'hôpital, la question de savoir si on pouvait mettre des miroirs dans les salles de bain a encore été plusieurs fois posée et sujet à débats. Ce type de questionnement relève principalement d'un réflexe asilaire : derrière les murs de l'asile le patient est soustrait du regard de la société, il n'a pas le droit de se voir et, seuls les psychiatres et les soignants ont ce droit. Privé de son image, le patient n'existe plus que dans le regard du soignant dont il devient alors totalement dépendant. Privé l'être de son apparence, de son image, c'est lui interdire toute réflexivité qui est, comme nous l'avons vu, absolument nécessaire à tout processus de rétablissement.

Il y avait donc urgence à sortir l'image de sa marginalité et à entreprendre un travail de dédramatisation. La première cible va donc être les médecins de cet établissement via le levier la formation médicale continue. L'idée principale est d'amener l'utilisation de l'image animée comme support à formation individuelle qui pourra ensuite être partagée avec une équipe de soin et susciter des échanges entre professionnels. L'idée annexe est de progressivement susciter un intérêt pour tout ce qui concerne l'image : la photographie comme le grand cinéma de fiction, le documentaire, les films d'atelier vidéo et toutes les utilisations de l'image comme vecteur du soin.

Avec la complicité de la bibliothécaire, et après avoir convaincu le responsable de la bibliothèque médicale du bien fondé de la démarche, il a fallu saisir l'opportunité d'un reliquat de budget de formation médicale continue (FMC) en 2004 pour constituer un premier fond d'environ 70 dvd. Nous avons entrepris une démarche institutionnelle auprès du Centre National Audiovisuel en Santé Mentale (CNASM) basé à Lorquin, fondé et dirigé par le Dr Alain Bouvarel, afin d'acheter une base pertinente de films documentaire et d'interviews de figures marquantes de la psychiatrie contemporaine. Cet important achat a été complété par celui de grands classiques du cinéma concernant la psychiatrie afin de pouvoir susciter un intérêt pour les représentations de la folie auprès du grand public et un questionnement sur le cinéma.

Maintenant l'achat de documents audiovisuels est intégré au fonctionnement habituel de la bibliothèque médicale. En 2014, soit 10 ans après sa constitution ce fond comprend 337 titres et le prêt de dvd représente une part importante de l'activité (166 prêts en

2014). Les dvd sont autant empruntés pour un usage individuel que collectif comme support à des réunions dans les services.

A-2 - Cours aux étudiants en première année de médecine sur les clichés véhiculés par le cinéma.

Dans la même optique de susciter une réflexion sur l'image et de désamorcer les images négatives de la psychiatrie auprès des étudiants en première année de médecine, il m'a été demandé d'assurer une fois par an dans le cadre du module « sciences humaines » (Pr Nicolas Frank) un cours sur ce thème. L'intitulé « *Folie et Cinéma : une histoire de clichés* » permettait d'esquisser une brève histoire de la psychiatrie à partir de ses représentations et particulièrement celles véhiculées par le cinéma. Le but était clairement de prévenir auprès de futurs professionnels une stigmatisation de la discipline psychiatrique elle-même. Dans un monde où les images sont partout cet enseignement voulait aussi susciter une fonction critique concernant leurs manipulations.

Cette action a eu lieu 3 années jusqu'à la restructuration/fusion des facultés de médecine lyonnaises. Il est difficile d'en évaluer l'impact tant la préoccupation du concours en première année l'emporte sur toute autre considération et réflexion. Compte tenu du nombre important d'étudiants, peut-être a-t-elle atteint ses objectifs auprès d'une poignée d'entre eux...

A -3 - Participation active et facilitateur à un travail photographique avec des patients pour des expositions croisées à Lyon et Bamako.

En 2008 je suis sollicité, en tant que chef de service, pour accueillir en résidence (une fois par semaine sur une année) un photographe dans un espace d'activité dédié aux patients hospitalisés à temps plein. Il s'agit d'un projet artistique personnel pour le photographe, Gilles Verneret, impliquant la participation de patients volontaires mais dont la finalité est aussi de faire sortir la psychiatrie hors de ses murs. Conjointement un travail similaire se faisait à l'hôpital de Bamako au Mali dans l'unique service de psychiatrie du pays par le photographe malien Alioune Bâ. Ce travail a ensuite fait l'objet d'expositions publiques à Lyon à l'hôpital et dans une galerie en ville puis à Bamako au musée municipal et au centre culturel français. Un petit catalogue a été réalisé et distribué aux usagers, souvent pour leur plus grand bonheur (25).

Au-delà de l'intérêt artistique de ces deux projets croisés, et qui d'ailleurs n'évitent pas toujours la stigmatisation (26), ce projet a permis de faire deux constats :

1) l'introduction de l'appareil photographique dans une unité de soin a soulevé une opposition farouche de la part des infirmières en charge de l'espace d'activité. La crise institutionnelle a été jusqu'à des menaces de départ de leur part et à la consultation

d'instances juridiques et éthiques. La peur du « non respect des patients », de l'utilisation à des fins esthétiques de malades, la crainte de la « déstabilisation psychique », celle de la stigmatisation, de l'image dégradante étaient les principaux points d'inquiétudes. Nous avons tenu bon et passé outre ces résistances. Comme nous pouvions nous y attendre, du côté des patients qui avaient consenti à participer au travail du photographe et à être exposés, il n'y a eu aucun problème particulier, bien au contraire, le photographe était attendu toutes les semaines avec impatience et ses absences causes de déception. Il leurs avait appris à tenir et à utiliser l'appareil photo et chaque séance était suivie après le départ du photographe de visites auprès des secrétaires afin qu'elles leurs impriment leurs photos... Par contre le jour du vernissage auquel la plupart des patients se sont rendus, les soignants si réfractaires et si défensifs étaient aussi satisfaits que les patients eux-mêmes des résultats et de l'expérience. Durant les séances avec le photographe les patients avaient appris à reprendre un pouvoir sur leur image et les soignantes à changer leurs préjugés sur les capacités des patients.

2) À Lyon l'action dans la cité s'est limitée à la présence des usagers au vernissage mais un bon nombre se sont rendus avec leur famille ou des amis voir l'accrochage à la galerie. Leur participation prévue à la conception de l'exposition et à l'accrochage n'a finalement pas pu se faire. Le manque d'implication des soignants du fait de leurs résistances en est certainement la principale cause et le photographe n'a pas eu tout le soutien qui aurait été nécessaire à la mise en œuvre de cette phase du projet.

A la frilosité lyonnaise s'oppose l'implication des soignants de Bamako. En effet lors du vernissage au centre culturel français de Bamako les patients du service de psychiatrie sont venus en nombre donner une séance de koteba. Ce n'est pas le lieu ici de développer, mais le koteba est une représentation de théâtre improvisé qui est le principal soin médiatisé utilisé par ce service depuis des dizaines d'années à raison d'une séance hebdomadaire, séance toujours publique et ouverte aux habitants du quartier. Lors du vernissage la séance a eu lieu dans la salle de spectacle attenante à l'exposition. Le public malien, très nombreux, réagissait aux improvisations théâtrales et aux danses, la langue utilisée étant le bambara les exclus étaient plutôt du côté des quelques francophones présents. Belle leçon d'action de santé mentale dans la communauté.

A- 4 - Participation active et facilitateur dans la réalisation d'un film sur une unité d'hospitalisation « classique » de secteur.

S'il existe un très grand nombre de films sur les structures alternatives à l'hospitalisation ou tournés dans des structures extrahospitalières, les images cinématographiques sortant des unités d'hospitalisation « classique » sont extrêmement rares, voir inexistantes. En dehors des reportages télévisuels à charge contre la psychiatrie ou de quelques films documentaires sur des unités très spécialisées comme les urgences, les UMD ou les services pénitentiaires, force est de constater que des images tournées dans des unités où la grande majorité des personnes sont ou seront

hospitalisés : néant. Rien de pire pour la stigmatisation et pour favoriser un imaginaire terrifiant que la culture du secret. Philippe Borrel, le réalisateur du film *Un monde sans fou ?* (5), film qui a bénéficié de plusieurs passages télé et qui fait un état des lieux remarquable de la psychiatrie française, explique qu'il souhaitait au départ filmer à l'intérieur des services de psychiatrie mais n'a essuyé que des refus. Il n'y a donc pas que les soignants de terrain qui soient réticents à l'introduction de la caméra dans les espaces de soins. Les médecins en charge de responsabilité y contribuent très largement. Une fois encore il y a urgence à démystifier ces espaces.

L'opportunité s'est concrétisée, pour moi, suite à la rencontre avec un jeune cinéaste, Jérôme Martin, qui voulait faire un film sur la psychiatrie. Il a réussi à me convaincre et je n'ai accepté d'engager ma responsabilité (et de convaincre le directeur du Vinatier) qu'à la condition qu'il tourne son film dans une unité classique de secteur. Sa découverte que les unités étaient ouvertes, que les patients y circulaient librement même en placement, en fait qu'il n'y avait rien de vraiment spectaculaire à voir, a fait tomber chez lui un grand nombre de préjugés et de clichés. Comme dans l'exemple précédent, les résistances des équipes à l'échelle d'un service ont nécessité un travail préparatoire très important, pas question de passer en force. A la suite de nombreuses réunions où les équipes ont testé le cinéaste, interrogé ses motivations, les miennes, l'intérêt du projet et abordé encore bien d'autres questions, nous avons décidé qu'il vienne, avec son preneur de son, tourner une semaine afin de tester son dispositif, son positionnement auprès des patients et ainsi poursuivre la réflexion amorcée en réunion : qu'y a-t-il à voir en psychiatrie ?

La restitution de cette première ébauche (20 minutes de film montées) auprès des équipes, des médecins et des patients fut d'une très grande richesse. Le regard du cinéaste n'est pas celui du soignant et le discours du patient vers lui non plus. Le regard « naïf », et très respectueux, du cinéaste nous a fait découvrir différemment ce que nous voyions tous les jours et nous a convaincu collectivement qu'il fallait continuer. L'envie était là, et durant les trois années que ce cinéaste mettra pour trouver un producteur, périodiquement les équipes, et quelques patients, vous nous questionner pour savoir quand le tournage allait se faire. Résultat, le film se tournera en cinq semaines, le cinéaste prenant un logement au sein de l'hôpital il a tourné plus de 50 heures de rush, le film terminé dure 62 minutes, il n'a pas de voix off pour nous dire ce qu'il faut voir, et s'appelle *Murmures* (19).

La première projection en présence de la direction, des soignants et des patients nécessiterait un chapitre entier. Les membres de la direction semblaient toucher du doigt (des yeux !) ce que nous faisons quotidiennement. Les soignants ont acheté massivement le dvd afin de faire partager à leurs proches leur travail. Certains patients ont emmené le dvd pour le montrer à leur famille. Deux patients très chronicisés et qui vivaient à l'hôpital ont été tellement atterrés de l'image qu'ils donnaient à voir aux autres et à eux-mêmes qu'ils ont, dans les semaines qui ont suivies, participé activement au déblocage des impasses thérapeutiques dans lesquelles ils se trouvaient. Non pas que le cinéma les ait soignés, mais il a provoqué un ressaisissement de l'estime de soi qui a permis l'envie de se soigner (un des deux est en appartement aujourd'hui, quant au second, il a pu faire un essai en foyer alors que depuis plus de 10 ans il avait tout mis en échec). A l'opposé, une patiente diagnostiquée psychotique, ne s'est pas reconnue...

A- 5 – Création des journées « Cinéma et Psychiatrie » au Vinatier

Année 2011, toujours sur un reliquat de budget de formation médicale continue la commission qui gère ce budget me demande de reprendre une idée que j'avais émise quelques années auparavant : organiser des journées-rencontres autour du cinéma et de la psychiatrie. Au-delà de l'intérêt immédiat de ce type de manifestation de formation, l'idée était aussi de repérer et de fédérer les personnes qui dans cet établissement s'intéressaient à la question de l'image. Nous avons pu ainsi constituer un comité de pilotage (copil) en charge de l'organisation de ces journées. Les budgets FMC étant gérés par une sous-commission de la CME, le copil est donc institutionnellement sous la responsabilité du président de la CME de l'établissement. Néanmoins, d'emblée nous avons décidé d'élargir ces journées à l'ensemble des personnels de l'hôpital et nous avons ouvert le copil à d'autres professionnels que les médecins.

L'idée première était de créer une manifestation où l'ensemble des personnels pouvait se rencontrer, se former, et de tenter de montrer qu'un cinéma documentaire de grande qualité existait et pouvait nous en apprendre autant, si ce n'est plus, en tous les cas différemment, que des discours savants, démonstratifs ou explicitement didactiques. Nous avons donc écarté en premier lieu : les émissions et les reportages de télévision, les entretiens filmés des figures marquantes de la psychiatrie et les grands classiques du cinéma. Nous avons pris contact avec le CNASM à Lorquin afin de nous aider à choisir des films documentaires intéressants, beaux, émouvants, originaux et cinématographiquement accomplis. Ce qui n'excluait pas des petites fictions ou des films faits par des patients dans des ateliers ou à titre personnel. Une délégation des membres du copil s'est rendue avec un ordre de mission de l'établissement sur trois jours au CNASM à Lorquin où nous avons visionné de nombreux films, conçu les deux journées et réparti les films sélectionnés en sept demi journées sur deux jours donc sur deux salles. Le choix sur deux salles oblige le spectateur à choisir, donc à ne pas tout voir et les petites frustrations ainsi créées favorisent les discussions sur ce qu'ont vu les uns et les autres.

La thématique générale de la première année s'est dégagée de ce travail préparatoire : *Festival de Lorquin : 30 ans d'histoire de la psychiatrie.*

Conjointement nous voulions sortir de l'hôpital et organiser une soirée débat auprès du grand public. L'Institut Lumière dirigé par Thierry Frémeaux, a accepté notre proposition, ce qui bien évidemment permettait de conjuguer cinéphilie, psychiatrie et échange avec le public. De plus une soirée dans un lieu prestigieux, là où les frères Lumière ont tourné le premier film de l'histoire du cinéma, conférait à notre manifestation un retentissement et une couverture dans la presse locale. Nous avons choisi le film de David Cronenberg : *Spider*. L'Institut Lumière, une fois toutes les places (et toutes les marches !) vendues a été obligé de refuser du monde.

La fréquentation des deux journées par les professionnels de l'hôpital a été assez satisfaisante, avec un peu moins de 200 participants répartis sur les deux jours.

Le président de CME ainsi que la direction de l'hôpital nous ont demandé de réitérer les années suivantes. Ainsi sont nées ces journées qui en seront cette année (2015) à leur 5ème édition.

B – MISE EN PLACE D'UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE

L'objectif principal que nous voudrions atteindre c'est de faire participer les usagers aux « Journées Cinéma et Psychiatrie du Vinatier » dont nous venons d'expliquer la genèse. Mais afin d'en comprendre les enjeux et avant d'en dérouler la méthodologie et les étapes, il est nécessaire de faire un succinct bilan de l'existant.

B – 1 - L'existant

Financement

Les journées « Cinéma et Psychiatrie du Vinatier » sont au départ créées à partir de budget de formation médicale. Dès la deuxième année, et afin de pérenniser la manifestation, il a fallu repenser son financement. Etant proposées comme une formation gratuite à l'ensemble des personnels de l'établissement, la direction prendra en charge dès la deuxième année une part importante du financement sur des lignes budgétaires de formation de l'hôpital, à charge au copil de trouver des ressources supplémentaires pour atteindre l'équilibre budgétaire. Ces ressources supplémentaires proviennent des inscriptions des personnes extérieures à l'établissement et de la location de stands à l'industrie pharmaceutique dans le hall de la salle principale.

Localisation

Le montage financier n'est pas neutre dans la mesure où il s'agit au départ d'une manifestation de formation destinée à des professionnels et qui tout naturellement se déroule au sein même de l'hôpital psychiatrique. Cette localisation est importante car elle permet à un grand nombre de soignants qui ne peuvent se libérer deux journées de venir sur quelques heures. Conscients de cette difficulté pour amener un public extérieur au sein de l'hôpital nous nous sommes associés à la Ferme du Vinatier. Il s'agit d'un lieu dans le parc de l'hôpital à vocation artistique et en grande partie financé par la DRAC. Expositions, résidences d'artistes, spectacles, conférences ce lieu se veut à la croisée de l'extérieur et de l'intérieur de l'hôpital. Il développe de nombreuses actions artistiques en direction des patients et des unités de soin et collabore à des actions pédagogiques avec l'éducation nationale entre autre. Bien que totalement dépendant de la direction de l'hôpital un conseil scientifique valide ses actions. Sa salle de spectacle d'une jauge de 90 places complète celle du Centre Social d'une jauge de 450 qui est la salle principale de la manifestation. La directrice de la Ferme est membre du copil et y participe activement.

Nous verrons plus loin comment l'origine du financement et la localisation de la manifestation peuvent être des freins à l'élargissement et à l'ouverture vers d'autres publics.

Contenu

Rapidement nous nous sommes rendus compte que nous ne pouvions pas rester sur « *Festival de Lorquin : 30 ans d'histoire de la psychiatrie* » et qu'il fallait définir une

thématique générale suffisamment large pour intégrer des sujets de psychiatrie et de santé mentale très divers. Nous avons scindés les journées en deux temps : une journée thématique dont nous portons l'entière organisation et une journée relais du festival de Lorquin dont l'organisation était portée intégralement par l'équipe du CNASM. Entre ces deux journées : la soirée grand public dans un cinéma de la ville autour d'un grand film de fiction.

- Pour la 2ème année (2012) nous avons voulu nous appuyer sur le contexte institutionnel, - c'est-à-dire la démolition de plus de la moitié des bâtiments historiques de l'asile de 1876 et la construction d'un nouvel hôpital sur les mêmes lieux - pour proposer une thématique centrée sur l'hôpital du Vinatier et par extension sur l'hospitalisation et l'histoire des asiles. Pour nous c'était aussi l'idée patrimoniale de rechercher tout ce qui avait pu être fait comme film au et sur le Vinatier. Nous avons lancé des recherches afin que tout un chacun fouille dans sa mémoire et dans ses placards pour retrouver des films, des VHS, des 16mm... Cela nous a permis de présenter comme un véritable inventaire à la Prévert ces films lors des journées et d'inviter aux tables rondes quelques professeurs émérites pour évoquer ce passé et parfois le contexte de réalisation de ces films.

Dès la deuxième édition des journées (2012) il nous est apparu indispensable d'y associer les patients et les équipes. Une demi-journée est alors proposée aux films tournés avec les patients dans les différentes structures, le plus souvent extrahospitalières, des trois hôpitaux lyonnais. Nous avons d'emblé installé ces projections-rencontres dans la salle de la Ferme qui est, comme nous l'avons vu, du « dehors à l'intérieur » et aussi parce que la salle de 90 places est plus chaleureuse et plus propice aux échanges. Le succès fût immédiat et la possibilité de montrer à un public des films auxquels soignants et usagers ont donné beaucoup d'eux-mêmes et de leur temps permet une véritable reconnaissance, étape indispensable vers le rétablissement.

Le festival de Lorquin a présenté sur une journée une sélection des meilleurs films de l'année

La soirée grand public à l'Institut Lumière a été l'occasion de projeter sur grand écran *Répulsion* de Roman Polanski suivi d'un débat avec la salle.

- La 3ème année s'est organisée de la même manière. La reconstruction de notre hôpital nous a tout naturellement suggérée une thématique pour lutter contre le mouvement centripète de l'hôpital : « *Les alternatives à l'hospitalisation* »

L'après-midi consacrée aux ateliers vidéo avec les patients s'est enrichi de la venue de collègues de Bruxelles qui ont présenté des films d'animation réalisés en pâtes à modeler par les patients d'un atelier de l'hôpital de jour Paul Sivadon.

La soirée public à l'Institut Lumière s'est organisée autour de la projection de *Mary et Max* (Adam Elliot, 2008) film d'animation en pâte à modeler qui raconte les liens épistolaires entre une petite australienne et un newyorkais étiqueté Asperger. Mais le moment le plus fort fut la projection en première partie des films en pâte à modeler des

patients belges. Les productions de patients devant un public de non professionnel, sur un grand écran et dans une des salles les plus prestigieuses de la cinéphilie a constitué pour le médecin et l'ergothérapeute venus de Bruxelles un moment chargé d'une très forte émotion. Regret : ne pas avoir eu les moyens de faire venir quelques usagers, mais cette expérience leur sera restituée par le récit et les photos des deux soignants.

A l'issue de cette séance un des directeurs présent à cette soirée nous demandera s'il ne pourrait pas rejoindre notre copil comme « facilitateur ». Rôle qu'elle tient depuis.

- La 4ème année s'est aussi organisée comme les précédentes. Nous avons assez parlé du Vinatier et nous avons proposé une thématique sur « *les psychiatries ailleurs* ».

Cette édition fut surtout marquée, par une très bonne fréquentation, avec, pour la première fois, un nombre conséquent d'inscrits extérieurs à notre hôpital et plusieurs demandes spontanées d'ateliers vidéo pour venir présenter leurs films. Ainsi des équipes de soignants et d'usagers sont venues de Marseille et Roanne pour présenter leurs films dans une salle archicomble.

Une fausse note, l'Institut Lumière nous fait faux bond tardivement (un invité prestigieux venait présenter son dernier opus !), en tous cas trop tardivement pour trouver une autre salle en ville. Nous nous sommes repliés sur la grande salle du Vinatier pour une projection de *Family Life* (Ken Loach, 1971). Fréquentation quasi nulle. Qui d'ailleurs aurait envie de venir passer sa soirée à l'hôpital psychiatrique ? Plutôt rassurant finalement, mais c'est pour nous l'occasion de constater que privés d'une salle grand public nous sommes inévitablement privés d'un moyen de communication puissant en dehors des réseaux psy.

- la 5ème année, celle qui est en cours d'élaboration, va présenter des modifications pour tenir compte à la fois de la fréquentation en hausse, du manque de certitude de l'engagement de l'Institut Lumière et de la disparition quasi certaine du Festival de Lorquin. Une thématique large « *Accords d'âges, santé mentale et générations* ».

La collaboration avec le CNASM continue mais dans une proportion moindre. Des demandes spontanées de projection de film et la constitution progressive d'un réseau (Psymages à Bruxelles, le Festival International de Santé de Liège) nous permettent de construire nous même la programmation.

Nous avons décidé d'un troisième point de projection, toujours dans l'enceinte de l'hôpital, à l'IFSI où nous projetterons pour la première fois des films purement didactiques de la série du CNASM « Un entretien avec... ». Il s'agit aussi de soutenir le CNASM afin de présenter leurs nouveautés de l'année mais aussi de désengorger la petite salle de la Ferme, en espérant que cela ne se fasse pas au détriment de l'idée de projeter de vrais « bons films » ?

Nous débutons un partenariat pour la soirée grand public avec un des plus importants cinémas art et essai de Lyon Le Comoedia. C'est un cinéma de référence, en centre ville, où se déroule un grand nombre de projections-débats et qui, en terme d'audience et de repérage, devrait nous apporter autant que l'Institut Lumière et probablement un public beaucoup plus diversifié et moins uniquement tourné vers la cinéphilie.

Public et fréquentation

Conçues au départ comme des journées de formation destinées au personnel de l'hôpital du Vinatier, nous les avons ouvertes dès la deuxième année à l'ensemble des hôpitaux de la région Rhône-Alpes et Bourgogne, puis le bouche à oreille aidant, à l'ensemble des soignants d'où qu'ils viennent. Des conventions sont établies avec les établissements d'origine pour la prise en charge par leur formation continue.

Parallèlement nous diffusons l'information auprès des étudiants en cinéma de la région mais jusqu'à présent sans trop de succès. Nous essayons de faire venir chaque année pour les tables rondes des producteurs, des réalisateurs ou des universitaires de cinéma afin d'ouvrir une réflexion autour de l'image.

En ce qui concerne les usagers de la psychiatrie la frilosité est grande mais il faut noter quelques tentatives:

- dès la deuxième année la demi-journée consacrée aux ateliers vidéo a permis aux usagers de venir mais finalement dans le prolongement de leur activité de soin. Ils sont « amenés » par leur équipe soignante et leur participation devient un moment de l'aboutissement de leur activité médiatisée de soin ;
- les séances ayant lieu dans l'hôpital il arrive à quelques patients d'entrer dans les salles voir ce qu'il s'y passe, ils ne sont bien évidemment pas refoulés ;
- une information et une campagne d'affichage étant faites dans les unités de l'hôpital certains patients viennent soit accompagnés par des soignants soit sur les conseils de l'équipe. L'année passée, personnellement lors de réunions soignants/soignés d'un foyer au sein de l'hôpital, j'ai parlé de ces journées pour dire que tout le monde pouvait venir et j'ai insisté sur certains films dont les thématiques me semblaient pouvoir intéresser les patients que je connaissais bien. Nous avons pu échanger autour des films dans les réunions suivantes. A une patiente qui refusait de sortir de l'hôpital, alors qu'une place lui était réservée en résidence pour personnes âgées, j'avais suggéré d'aller voir un film sur une maison résidence au Canada. Bien sûr, rien à voir avec sa situation sauf qu'elle a vu qu'il était possible de vivre en dehors de l'hôpital, et quelques semaines après, elle acceptait notre proposition. Après 15 ans passés à l'hôpital, elle est partie vivre dans un foyer résidence où elle demeure sans rechute à ce jour.

La fréquentation augmente progressivement d'année en année, même si nous pouvons imaginer que la thématique de la 4ème année était particulièrement attractive, notre

objectif serait de poursuivre cette progression surtout envers les « extérieurs » au Vinatier.

Nombre de participants émergeant pour la formation continue :

INSCRIPTIONS FMC	2011	2012	2013	2014
Vinatier		251	328	462
Extérieurs		32	23	131
TOTAL	180	283	351	593

Composition du copil

La composition s'organise autour d'un « noyau dur » de 3 ou 4 personnes. Elle est variable d'une année à l'autre, mais l'idée serait que chaque catégorie professionnelle y soit représentée. La difficulté majeure rencontrée est qu'un grand nombre de professionnels se heurte à des problèmes de mise à disposition par leur hiérarchie. Aller à une réunion pour parler cinéma et choisir des films est encore vécue comme beaucoup moins sérieuse que la démarche qualité ou le circuit du médicament...

L'actuelle composition :

Psychiatre : 6

Pédopsychiatre : 3

Assistant et interne : 2

Infirmier : 2

Aide-soignant : 1

Psychologue : 1

Agent administratif : 3

Directeur : 1

Directrice de la Ferme

Nous pouvons constater qu'il n'y a pas de membre extérieur à l'établissement.

B - 2 - Objectifs de la démarche

Nous avons vu dans les chapitres précédents comment le cinéma, à travers les « bons films » peut « sauver l'être par l'apparence » en redonnant, et en faisant partager au spectateur, l'intimité et la part d'humanité de toute personne même la plus stigmatisée. Cet au-delà de la stigmatisation favorise les processus de rétablissement. Ce que nous proposons à travers notre démarche participative c'est d'utiliser cette manifestation « Journées Cinéma et Psychiatrie du Vinatier » comme un puissant levier au troisième concept fondamental de la santé mentale : l'empowerment.

Rappelons seulement la définition adoptée par l'OMS (28): « l'empowerment 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 suppression des barrières formelles et informelles et (...) la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements ».

Si l'objectif affiché est de faire participer les usagers de la psychiatrie à ces journées, la finalité n'est pas de se donner bonne conscience et d'être dans « les bonnes pratiques », mais bien d'aller vers l'inversion, tout au moins la transformation, des relations de pouvoir. L'originalité de notre démarche, et probablement sa principale difficulté, est d'arriver à introduire dans un lieu initialement réservé à la formation de professionnels en psychiatrie, des usagers et des aidants afin qu'ils puissent, à partir de leur savoir expérientiel, contribuer à la formation des soignants. D'une certaine manière c'est utiliser le support cinéma comme tiers entre professionnels et usagers et considérer le film comme un « pair aidant » à travers l'expérience vue à l'image. C'est une des réponses que nous pouvons apporter à la question posée par Robert W. Surber :

« Comment donner aux professionnels l'occasion de s'attaquer à leur attitude stigmatisante en ayant une relation professionnelle avec des collègues usagers, alors que c'est justement dans le cadre professionnel qu'ils ne parviennent pas à accepter et à travailler avec des usagers en tant que collègues » (Surber 2012, p70).

Cette démarche permet de nous approcher de certaines des recommandations auxquelles nous adhérons, listées dans le « Rapport sur les recommandations en faveur de l'empowerment en santé mentale » publiées par le Centre collaborateur OMS (22) et tout particulièrement les suivantes :

12. Intégrer des interventions d'usagers et d'aidants dans les modules de formation initiale et continue des professionnels du champ de la santé mentale, ainsi que dans la recherche.

21. Reconnaître et promouvoir auprès des citoyens et des professionnels de santé le savoir expérientiel des usagers et aidants.

16. Rendre disponible une information en santé mentale adaptée et utilisant différents supports : écrits, images, films, réseaux sociaux, blogs ...

14. Donner une place aux associations d'usagers et aidants dans les services de santé mentale.

Et d'une manière plus indirecte par les rencontres suscitées lors de ce type de manifestation :

3. Défendre la pleine citoyenneté des usagers et aidants.

4. Donner les moyens aux usagers et aux aidants de faire appel aux professionnels de soin et d'insertion de leur choix.
13. Favoriser la concertation des actions de prévention à l'échelle des territoires locaux avec les usagers, aidants, professionnels, travailleurs sociaux, élus, ainsi que la société civile.
15. Développer les réseaux et groupes d'entraide mutuelle

B - 3 - Etapes de la mise en œuvre

Si les étapes peuvent apparaître très progressives, voir frileuses, c'est qu'il faut tenir compte du contexte. L'hôpital du Vinatier a longtemps été très hospitalocentrique et le secteur s'est développé plus tardivement que dans les autres hôpitaux psychiatriques lyonnais. Il y a moins de 10 ans plusieurs hôpitaux de jour étaient encore situés en intrahospitalier bien souvent à plus d'une heure de transport en commun du domicile du patient. Dans de nombreux services, pas tous fort heureusement, le secteur a plus été développé pour être en règle avec les préconisations de l'époque que par suite d'une réelle adhésion à une théorie des soins. Même si elle progresse, la culture « santé mentale » est relativement peu développée voir peu connue.

Tout se passe comme si ce domaine avait été délégué à deux structures très fortement liées au Vinatier : « Santé Mentale et Communauté » fondé par Jacques Hochmann et l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP- ORSPERE) fondée par Jean Furtos sans que leurs discours imprègnent la « culture Vinatier ».

Un exemple très caractéristique de cette résistance : la première année de nos journées nous avons projeté le film *L'innocence* (Adrien Charmot, 2008). Ce film est le témoignage, plusieurs années après, de jeunes garçons qui ont été abusés sexuellement par leur éducateur. Le film est assez poignant, très sensible et ne tombe jamais dans le sordide ou dans le manichéisme. Il permet d'interroger comment ces faits ont pu apparaître presque normaux à des jeunes qui découvrent la vie et, à travers les interviews des parents, comment ces derniers n'ont rien vu. Après la projection un des psychiatres les plus influents de l'hôpital est venu nous demander avec un air de reproches en quoi ce film pouvait être de la psychiatrie et que cela relevait plus de la santé mentale...

Etape 1 : Faire venir spontanément comme spectateurs des usagers et des aidants.

Cette étape est primordiale et d'elle découlera les autres. Il s'agit de créer un mouvement et de susciter un intérêt auprès des usagers et de leur entourage pour la manifestation au-delà des projections publiques des films d'atelier où les patients sont le plus souvent amenés par les équipes, ce qui les maintient dans ce positionnement de patient. Le but aussi est de « banaliser » leurs présences.

Etape 2 : Obtenir la participation d'usagers et d'aidants aux tables rondes autour des films projetés.

La prise de parole en public est difficile et l'entreprise peut s'avérer difficile mais la restitution auprès des soignants du savoir acquis à partir de l'expérience de la maladie est essentielle.

Etape 3 : Intégrer les mots « Santé Mentale » au libellé des journées.

Etape importante afin de sortir la manifestation du tout médical psychiatrique et d'élargir son audience. Elle peut permettre aussi de favoriser les étapes 1 et 2 en mettant l'utilisateur plus à l'aise.

Etape 4 : Faire entrer des usagers et aidants dans l'organisation en leur proposant d'intégrer le copil.

Empowerment réussi : les usagers et les aidants deviennent partenaires de plein droit et devront aider à l'élaboration, la sélection, l'intendance, les tables rondes etc. au même titre que tout un chacun c'est-à-dire avec ses compétences et ses envies.

B - 4 - Difficultés et obstacles

- La localisation intrahospitalière de la manifestation peut être un frein pour certains usagers. Les projections à la Ferme, lieu souvent fréquenté par les patients et le public extérieur, peuvent atténuer cette difficulté. Les usagers et les aidants les plus militants ont l'habitude de venir fréquenter la maison de l'utilisateur située dans l'hôpital et cela ne devrait pas trop freiner leurs venues vers nos salles. D'autre part tous les anciens usagers ne sont pas passés par l'hôpital du Vinatier, loin s'en faut. Mais c'est aussi une des raisons pour lesquelles nous tenons à la soirée publique dans un cinéma bien repéré en centre ville.

- Le tarif d'entrée. Cette année 50€ les deux journées (30€ une), gratuité pour les étudiants, les patients et, de fait, pour les personnels car pris en charge par la formation continue. Le problème si nous voulons favoriser la venue des usagers et des aidants, est de pouvoir leur offrir, au moins pour les usagers, la gratuité sans les obliger à se stigmatiser eux-mêmes en s'annonçant à l'inscription comme ancien « malade mental »!

- Le financement. L'aide apportée par la vente de stand à l'industrie pharmaceutique représente plus d'un tiers du budget, mais la loi interdit formellement tout contact de l'industrie pharmaceutique avec les usagers. Jusqu'à présent la participation des usagers était vraiment à la marge et non affichée. Tout inflexionnement clairement annoncé en ce sens nous privera d'une source importante de financement. Cette année déjà un

laboratoire nous a fait faux bond car nous leur avons dit notre intention... comme si la présence des usagers nous poussait à plus d'indépendances vis-à-vis des entreprises pharmaceutiques !

- Les tables rondes. La difficulté sera de trouver des interlocuteurs variés et qui ne soient pas toujours les mêmes. Pour commencer nous ferons appel aux représentants « officiels » via les GEM et les associations de famille.

- La résistance des collègues au sein même du copil. Comme boutade en début d'année j'ai lancé l'idée d'ouvrir le copil aux usagers. Ricanements de certains, « on n'est pas arrivé au bout », « tu les veux chez toi » (nous avons l'habitude d'organiser les séances de sélection de films chez les uns et les autres)...

- Le visionnage des films. Deux soirées sont consacrées au visionnage pour sélectionner les films, surtout ceux qui nous font hésiter ou qui posent problème. Nous avons essayé de faire ces séances à l'hôpital mais elles furent peu productives. Le caractère forcé, revenir le soir à l'hôpital, l'absence de réelle convivialité nous ont fait opter pour des visionnages à nos domiciles donc sans aucune neutralité mais sommes toutes beaucoup plus efficaces.

L'autre moyen pour les membres du copil de visionner les films est la mise à disposition des films sur un site du Vinatier. Pour y avoir accès il faut être membre du copil et agent du Vinatier.

L'étape 4 nécessitera de revoir une partie du dispositif de sélection et de visionnement des films.

B - 5 - Mises en œuvre et démarches

Pour l'année 2015 les étapes 1 et 2 devraient être atteintes.

Pour les étapes 1 et 2:

Le but est de communiquer les informations et de susciter l'intérêt et l'envie de venir aux usagers et aux aidants au delà des adressages des programmes par mails.

J'ai entrepris 3 démarches principales :

1) Rencontre avec la coordinatrice de la maison des usagers du Vinatier (mars 2015).

Après l'exposé de la démarche elle propose deux temps d'information dans le mois qui précèdera nos journées prévues les 17 et 18 novembre :

- un échange autour d'un « point café » avec les usagers,
- un temps plus formalisé de présentation du déroulé des journées, des informations sur les films, sur les tables rondes...

Ces deux temps de rencontres se feront avec deux membres du copil.

Pour sortir de l'impasse de la gratuité aux usagers elle propose que tout usager qui souhaite s'inscrire le fasse auprès de la maison des usagers. Charge ensuite à cette coordinatrice de donner le listing qui sera transféré à la secrétaire qui gère les

inscriptions. Ainsi ils pourront bénéficier de la gratuité et être attendus comme tout un chacun. Cette proposition est accueillie favorablement par le copil.

De plus elle fait un affichage important à la maison des usagers et distribue les flyers.

2) Rencontre avec les représentants de l'UNAFAM (juin 2015)

Ils sont bien évidemment très intéressés par la démarche et se proposent de diffuser les informations auprès de leurs adhérents. Trois sujets sont également abordés :

- le problème du tarif des journées car il est difficile de se présenter comme « aidants ou famille d'utilisateur » à l'entrée des salles. Compte tenu du tarif assez bas des journées ils comprennent bien qu'il est préférable de venir et s'inscrire à titre individuel. Nous ne ferons pas d'invitations institutionnelles ;

- leur participation à des tables rondes. Nous convenons que dès le bouclage définitif du programme 2015 nous leur proposerons des thématiques. Nous pensons leur proposer, entre autre, la participation qui suivra une thématique sur le suicide où un film est consacré aux familles et proches des suicidants ;

- leur participation au copil d'organisation. Ces représentants accueillent ce projet très favorablement, mais ils me souhaitent bien du courage...

3) Rencontre avec un membre du GEM « Arlequin » (juillet 2015) qui va proposer aux membres du groupe l'envoi d'un film qui serait au stade du montage. Si ce projet se concrétise, ce film serait le premier envoi spontané d'utilisateurs à nos journées. Il pourrait prendre place dans l'après midi ateliers vidéo, ce qui permettrait un échange avec les patients amenés accompagnés par des équipes et susciter chez eux l'envie de rejoindre un GEM. Si le film correspond aux thématiques des journées, il pourrait prendre place dans la salle principale et des adhérents pourraient ainsi participer à la table ronde. Cet usager est très actif et a une grande habitude de l'animation et de la prise de parole en public.

Etape 3

Ma proposition cette année d'ajouter dans le sous-titre le terme « Santé Mentale » a été accueilli favorablement : « Accords d'âge : santé mentale et générations ».

Il ne s'agit que d'un sous-titre mais l'intégration de « Santé mentale » dans l'intitulé général devrait être atteinte dans les deux ans.

Etape 4

Bien évidemment la plus difficile. Elle nécessite une longue préparation et va dépendre de la réussite des étapes 1 et 2. Faire accepter l'intégration au copil de représentants officiels de l'UNAFAM devrait, je pense, être possible à l'échéance d'une année. Le positionnement concernant les familles évolue lentement mais progresse. Cette année l'UNAFAM a été invité pour la première fois à un collège médical (instance hebdomadaire et lieu d'échange informel autour de la présidence de CME, ouverte à tous les médecins de l'établissement) pour une discussion à bâtons rompus basée sur l'échange et non sur l'affrontement. L'arrivée d'utilisateurs va être plus difficile en termes d'acceptabilité et à mon sens va en grande partie dépendre des rencontres que nous allons pouvoir faire, ou ne pas faire, aux étapes 1 et 2. Il n'empêche qu'il faut préparer le terrain et rechercher des complicités au sein du copil. Je me suis ouvert de ce projet

auprès des trois collègues les plus impliqués dans l'organisation et l'accueil est globalement favorable : une des collègues, directrice de l'ORSPERE, est intéressée par le dispositif, une autre demande son inscription au DIU SMC pour l'année prochaine et le troisième est d'accord à plus de 100%. Il n'empêche que l'acceptation est loin d'être acquise pour l'ensemble du groupe. Le nombre d'inscrit via la maison des usagers va être un des premiers indicateurs qui permettra d'avoir une première idée de l'impact de cette démarche. Devant l'absence d'indicateurs du retentissement auprès des usagers je proposerai à la coordonnatrice de voir si nous pouvons envisager d'organiser à la maison des usagers une réunion concernant le retour sur ces journées et les attentes qu'elles auraient suscitées.

Pour les prochaines journées ce qui est acquis :

- l'ouverture officielle des journées aux usagers avec la gratuité de l'inscription via la maison des usagers
- la participation d'aidant via l'UNAFAM à une ou des tables rondes
- la quasi certitude de la projection d'un film fait par des membres d'un GEM

Ce qu'il reste à faire :

- Faire la même démarche auprès de la maison des usagers des deux autres hôpitaux psychiatriques lyonnais.
- Contacter plus directement certains GEM afin de voir quel type de partenariat nous pourrions développer ensemble autour de ces journées et du cinéma. Pourquoi ne pas monter un ciné club avec des usagers et des aidants si l'envie existait ? Cette démarche va peut-être se trouver simplifiée par la récente création d'un collectif inter GEM Rhône Alpes.
- Créer des liens en direction des professionnels et des associations s'occupant de l'organisation des Semaines d'Information en Santé Mentale (SISM)
- Revoir avec la direction le financement de nos journées suite au désengagement prévisible de l'industrie pharmaceutique. Il existe probablement des pistes extérieures (ARS, métropole...) car le travail avec les usagers et les aidants ne peut que recevoir qu'un accueil favorable.
- Elaborer une mini enquête de satisfaction à la fin des journées 2015, pour tester (au milieu d'autres questions) le développement de la participation des usagers. Cela pourrait servir ensuite d'appui pour la démarche globale de participation

CONCLUSIONS

Nous avons vu que le cinéma de par son essence du donner à voir est concerné par la question du stigmat. S'il est bien utilisé, il peut permettre au spectateur de dépasser les notions mêmes de stigmatisation/déstigmatisation en l'obligeant à s'identifier à l'autre différent, et, par le trouble ainsi produit, rappeler que la folie, la monstruosité, la différence, l'anormalité sont peut-être bien présents en chacun de nous. Par le biais des affects ainsi mobilisés, il peut contribuer à changer les représentations de la souffrance psychique et à restaurer le respect du malade mental en tant que personne auprès du grand public, des professionnels de la santé et des malades eux-mêmes. Il peut ainsi participer activement au rétablissement du patient.

Fort de ce constat nous avons mis en place, avec succès, dans notre établissement des journées « Cinéma et Psychiatrie » destinées aux professionnels du soin. Notre démarche est de susciter un intérêt auprès des usagers et des aidants de la psychiatrie pour cette manifestation, afin d'en faire un lieu de rencontres et d'échanges entre professionnels et usagers. Cette ouverture en direction d'un public qui n'est pas visé au départ par cette formation va débiter en novembre prochain par la possibilité pour les usagers de s'y inscrire officiellement et à des représentants des familles de co-animer des tables rondes avec des soignants et des cinéastes.

Face à la convergence des regards devant un écran nous espérons contribuer à créer :

- des convergences entre le savoir des usagers des services de santé mentale et des professionnels du soin et de l'accompagnement,
- des convergences entre des pratiques complémentaires, quelles soient artistiques, philosophiques, littéraires, en sciences humaines, afin d'infléchir les représentations de la folie tant auprès du grand public que des professionnels,
- des liens de partenariats entre les usagers et l'institution psychiatrique.

Nous faisons ainsi le pari que le film fonctionnerait comme « pair aidant », c'est-à-dire comme partage de vécu et d'expérience qui peut transmettre un savoir et infléchir les représentations liées aux désordres psychiques.

L'évaluation de cette démarche pourra se faire dans un avenir proche : nombre de participants usagers, intervention dans les débats, envoi de films réalisés dans les GEM.

La participation des usagers à l'organisation des journées, s'ils le souhaitent, peut être un bon indicateur, mais le meilleur indicateur serait que les usagers puissent devenir force de proposition au sein du copil et que ces propositions puissent être retenues. Même si cette finalité mettait du temps à se réaliser, l'essentiel est dans le processus mis en œuvre. Ainsi en utilisant le support cinéma, véritable outil en lui-même de déstigmatisation et de rétablissement, nous espérons, à partir du petit groupe de l'organisation des journées « Cinéma et Psychiatrie » favoriser un processus d'empowerment individuel et collectif.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- ANGERMEYER M. Préface in GIORDANA J.Y. et collaborateurs. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Paris : Editions Masson, 2010
- 2- BAZIN A. Qu'est-ce que le cinéma? Paris: Les Editions du Cerf, 1975
- 3- BENOIST J. Logiques de la stigmatisation, éthique de la déstigmatisation. L'Information Psychiatrique 2007 ; 83 : 649-54
- 4- BERTINI MJ. Usages épistémiques et sociaux de la stigmatisation. Pour une approche philosophique du concept de stigmatisation. L'Information Psychiatrique 2007 ; 83 : 663-5
- 5- BORREL P. Un monde sans fou ? film documentaire (53mn), Paris : Prod .Dist. Cinétévé 2010
- 6- CARIA A., ARFEUILLERE S., LOUBIERES C., JOSEPH C. Passer de l'asile à la Cité, de l'aliéné au citoyen : un défi collectif, Pratiques en santé mentale, 2015 n°1 : 22-31
- 7- CAVELL S. A la recherche du bonheur, Paris : Editions de l'Etoile/Cahiers du cinéma 1993
- 8- CAVELL S. La projection du monde, Paris : Editions Belin 1999
- 9- CLEMENT M., LASSMAN F., BARLEY E., EVANS-LACKO S., WILLIAMS P., YAMAGUCHI S., SLADE RÜSH N., THORNICROFT G., « Mass media intervention for reducing mental health-related stigma », Cochrane Database Syst Rev. 23, 7 2013
- 10- DELEUZE G. Cinéma 2 : l'Image-temps, Paris : Editions de Minuit, 1985, p : 31-35
- 11- DELEUZE G., Spinoza, ontologie, éthique, Cours du 21/12/1980, www.webdeleuze.com
- 12- DESBARAT C. Images de la folie au cinéma, Esprits 2015/3 : 11-126
- 13- DESMONS P. Stig-mater, depuis Jacques Derrida. L'Information Psychiatrique 2007 ; 83 : 708-9
- 14- FERAL F., Comment et quand sortir de l'hôpital? Etude comparative des représentations du soin psychiatrique chez des patients schizophrènes et leurs soignants, thèse de doctorat de médecine, Université de Nice-Sophia-Antipolis, 2002
- 15- GIORDANA J.Y. et collaborateurs. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Paris : Editions Masson, 2010

- 16- GIORDANA J.Y. Stigmatisation et discrimination en santé mentale : état des connaissances, Cours du DIU Psychiatrie communautaire, Marseille 2015
- 17- GIRARD R. La violence et le sacré. Paris : Editions Grasset, 1972
- 18- JANAUD N. Quand l'image parle soins, rencontre avec le soin par l'image, CinémAction n° sous presse consacré à « Cinéma et Folie », Editions Charles Corlet
- 19- MARTIN J. Murmures, film documentaire (62mn), Lyon: Prod. Z'Azimut Film 2014
- 20- PACHOUD R. Cours DIU Psychiatrie communautaire, Paris 2015
- 21 - Rapport d'activité 2014, DIM - Centre Hospitalier le Vinatier
- 22 - Rapport sur les recommandations en faveur de l'empowerment en santé mentale, www.ccomssantementalelillefrance.org
- 23- ROELANDT J.L., CARIA A., BENRADIA I., 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, vol 4,n°2 : 137-149
- 23- RUSH N., AGERMEYER M.C., CORRIGAN P.W., Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma, European Psychiatry, n°20, 2005, p.529-539
- 24- THORNICROFT G., BROHAN E., ROSE D., INDIGO Study Group., Global pattern of experienced stigma and anticipated discrimination against people with schizophrenia, Lancet. 2009 Jan 31; 373(9661):408-15. Epub 2009 Jan
- 25 - VERNERET G., BEAUSE P., VIGNOLES J.C. Puzzle of downfall children, l'unité joyeuse, Milan: Edition Silvana 2009
- 26- VIGNOLES J.C. La folie peut-elle se faire tirer le portrait? Psychopathologie africaine, 2007-2008, n°2: 227-233
- 27- WATSON A.C., CORRIGAN P.W., LARSON J.E., SELLS M., Self-stigma in people with mental illness, Schizophrenia Bulletin, 2007 nov; 33(6 1312-8
- 28- WALLERSTEIN N., Quelles sont les preuves de l'efficacité de l'« empowerment » dans l'amélioration de la santé ? Health Evidence report. OMS, 2006

RESUME

La stigmatisation des malades mentaux entraîne une “deuxième maladie” qui se surajoute au trouble primaire. Lutter contre elle doit faire partie intégrante de la stratégie de soin. Dans la mesure où le stigmatisme est ce qui est donné à voir et contribue ainsi aux représentations sociales, le cinéma, de par sa nature même, peut être un puissant outil pour faire évoluer les représentations de la maladie mentale auprès du public, des professionnels et surtout auprès des patients eux-mêmes.

A partir d’une utilisation du cinéma dans la formation de professionnels nous nous proposons d’en faire un puissant levier pour l’empowerment.

MOTS-CLES

stigmatisation – cinéma – rétablissement – empowerment - formation