




Université
de Lille

Université de Lille
Faculté des sciences juridiques, politiques et sociales

**LA PERCEPTION DES POLITIQUES PUBLIQUES EN MATIÈRE DE
SANTÉ MENTALE AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE**

Mémoire de recherche

Mémoire préparé sous la direction de Mme LEJEUNE Aude

Présenté et soutenu par Mme MIRANDA Audrey, étudiante en Master 1 science politique
parcours métiers de la recherche en science politique

Année universitaire : 2021/2022

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	p.4
INTRODUCTION	p.5
1. <i>L'appréhension progressive du caractère construit des troubles mentaux</i>	p.5
2. <i>L'interactionnisme d'Erving Goffman</i>	p.8
3. <i>Que dit la littérature ?</i>	p.11
4. <i>Démarche de recherche</i>	p.14
5. <i>Présentation des enquêtés</i>	p.16
PARTIE I : L'entrée médicale des personnes atteintes de troubles mentaux	p.18
Chapitre 1 : le diagnostic : un rite de passage obligatoire	p.18
1. <i>Du diagnostic à l'autodiagnostic</i>	p.20
2. <i>Le diagnostic est-il vraiment nécessaire ?</i>	p.21
Chapitre 2 : le suivi psychiatrique : le rapport aux professionnel·les de santé.....	p.22
1. <i>Entre doutes et désillusions : des enquêtés sur la réserve</i>	p.22
2. <i>Le phénomène de disqualification de la parole</i>	p.23
3. <i>La médication : une pratique abusive ?</i>	p.25
Chapitre 3 : le passage par les hôpitaux psychiatriques : des institutions spécialisées aux allures controversées.....	p.26
1. <i>De l'asile à l'hôpital psychiatrique : mise en contextualisation</i>	p.27
2. <i>L'hôpital psychiatrique : une institution en manque de moyens ?</i>	p.28
3. <i>Pouvoir discrétionnaire et méthodes arriérées</i>	p.31
PARTIE II : L'entrée administrative et sociale des personnes atteintes de troubles mentaux	p.33
Chapitre 1 : les aides mises en place et le rapport à l'écrit	p.33
1. <i>Les aides disponibles</i>	p.33
2. <i>La difficulté d'accès</i>	p.34
3. <i>Des démarches complexes : le rapport à l'écrit</i>	p.35
Chapitre 2 : la place du trouble dans la vie quotidienne	p.38
1. <i>Le regard porté par autrui</i>	p.38

2. <i>Logique d'invisibilisation ou de mise en exergue du trouble</i>	p.38
3. <i>La reconstruction des interactions sociales</i>	p.40
Chapitre 3 : des troubles plus ou moins acceptés : logiques de stigmatisation et de légitimation	p.41
1. <i>Des termes qui stigmatisent : l'importance des mots</i>	p. 41
2. <i>La légitimation par l'information</i>	p.43

Discussion autour des corrélations entre les entrées médicale, administrative et sociale des personnes atteintes de troubles	p.46
---	------

CONCLUSION	p. 47
-------------------------	-------

REMERCIEMENTS

Avant de commencer ce mémoire, je tenais à remercier certaines personnes sans qui la rédaction de celui-ci n'aurait pas été possible.

Premièrement, je tiens évidemment à remercier ma directrice de mémoire, Aude LEJEUNE qui m'a suivie durant toutes les étapes de la réalisation de ce dernier et qui a su me conseiller, m'aiguiller et m'aider à avancer.

Par ailleurs, je voudrais aussi tout particulièrement remercier Alexandra BRUNI-NOGIER, psychologue, qui, grâce à un de nos échanges, m'a grandement aidée à avancer dans mon mémoire.

Ensuite, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont accepté de s'entretenir avec moi et qui m'ont permis de construire mon enquête de terrain. Chaque témoignage m'a permis d'étoffer ma connaissance du sujet et d'avancer dans ma réflexion.

Outre cela, je souhaite remercier ma mère, Mireille ESCOFFIER, pour m'avoir apporté son soutien et pour s'être proposée afin d'effectuer une relecture de mon mémoire.

Enfin, j'aurais également aimé pouvoir remercier mon grand-père Yves ESCOFFIER ainsi que mon oncle Laurent ESCOFFIER, sans qui ce sujet de mémoire ne me serait jamais venu à l'idée, mémoire que je leur dédie d'ailleurs.

J'ai bien pris connaissance des dispositions concernant le plagiat et je m'engage à ce que mon travail de mémoire en soit exempt.

INTRODUCTION

Les avancées scientifiques en termes de santé mentale ainsi que notre connaissance neuropsychiatrique des troubles ne cessent d'évoluer, transformant petit à petit la vision que nous avons des problèmes mentaux. On parlait naguère de démence, de folie ou encore d'aliénation tandis qu'on parle maintenant de troubles. Il y a moins d'un siècle, la société enfermait les patients atteints de troubles mentaux dans des asiles psychiatriques. En entrant dans ces institutions, ces derniers perdaient toute humanité et devenaient aux yeux de tous des fous, des aliénés, des psychopathes, des dangereux, des humains déshumanisés. Le personnel asilaire ne faisait preuve d'aucune empathie à leur égard et la société faisait d'ailleurs de même. Après tout, à quoi bon vouloir aider des fous ? Posez cette même question, au sein de la même société mais à deux époques différentes et je suis persuadée que vous obtiendrez des réponses radicalement opposées. En moins de 100 ans, les patient·e·s atteint·e·s de troubles psychiatriques sont passé·e·s de « fous » à « malades ». Puis de « malades », à « personnes atteintes de troubles mentaux ». Ainsi, la folie devient maladie, et la maladie devient trouble. Ils ont troqué les camisoles des asiles contre des suivis psychiatriques internes dans des hôpitaux spécialisés ou externes, au sein même du domicile des patient·e·s, qui ne sont alors plus considéré·e·s comme aliéné·e·s et ne sont plus autant en marge de la société. Un·e patient·e diagnostiqué·e au début du XX^e siècle comme « fou dangereux » aurait peut-être été diagnostiqué·e à l'heure actuelle comme personne atteinte de troubles schizophréniques. La perception de la société à son égard aurait alors été totalement différente et si cette personne a pu être, à son époque, fortement stigmatisée, mise à l'écart et considérée comme dangereuse, elle n'aurait sûrement pas connu le même sort en 2022. De plus, les transformations de la perception d'un trouble ont des effets multiples, élargissant notamment le champ des troubles mentaux et donc la population atteinte de troubles.

1. L'appréhension progressive du caractère construit des troubles mentaux

Vous l'aurez compris, le champ de la santé mentale, par ses mutations fréquentes et sa relative instabilité, est très complexe à appréhender et à analyser. C'est justement pour cela que j'ai décidé de m'y intéresser.

Mais finalement, qu'est-ce que le champ de la santé mentale ? Tout ce qui est relatif aux troubles mentaux et à la façon dont on les soigne, me suis-je dit initialement. Mais alors, qu'est-ce qu'un trouble mental ? C'est en m'efforçant de répondre à cette question que j'ai commencé à appréhender la porosité des frontières séparant le normal de l'anormal. Pourtant, d'un point de vue purement scientifique, la question n'a pas l'air si complexe, ou du moins, elle n'est pas tournée sous le même angle, notamment avec la pose (ou non) du diagnostic. Théoriquement, l'ensemble des troubles mentaux est répertorié dans le DSM, aussi connu sous le nom de manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Cet ouvrage de référence publié par l'association américaine de psychiatrie a pour but de décrire et de classer les troubles mentaux. Comme me l'ont dit certain·e·s des psychiatres avec lequel·les j'ai pu m'entretenir, la psychiatrie française se fie totalement à cet ouvrage pour réaliser les diagnostics de santé mentale. Vu comme cela, la réponse à mon questionnement paraît évidente : peut être considéré comme un trouble mental tout trouble qui est notifié dans le DSM. Néanmoins, d'un point de vue un peu moins scientifique et un peu plus sociologique, voire socio-historique, le DSM n'est pas seulement scientifique, mais dépend en réalité pleinement du contexte social. Ainsi, un trouble se construit avant tout socialement. « *Il n'y a pas si longtemps dans le DSM il y avait l'homosexualité* » m'expliquait alors Arnaud Durand¹, psychiatre de 33 ans au CHU de Grenoble. Or, comment pouvons-nous nous fier à un manuel qui répertoriait l'homosexualité comme étant un trouble mental ? Les troubles mentaux évoluent tellement vite au fil du temps, les diagnostics ne sont pas figés, au contraire et la définition de ceux-ci ne cesse de muter. Je ne pourrais quantifier le nombre d'heures que j'ai passées à essayer de comprendre ce qui pouvait précisément être considéré comme un trouble mental ou non. J'ai tenté de comprendre les critères scientifiques de classification des troubles, en vain. Je me suis donc résignée et j'ai abandonné ma quête d'une définition stabilisée des troubles mentaux. Par soucis de praticité, j'ai alors décidé, lors de ce mémoire, de ne m'intéresser qu'à un certain type de troubles mentaux, à savoir les troubles psychiques de grande envergure, laissant par exemple de côté les TOC ou l'anxiété et m'intéressant plutôt à la schizophrénie, la bipolarité, les troubles borderline et les troubles dissociatifs de l'identité.

Nonobstant, ce temps passé à essayer de comprendre la classification des troubles n'a pas été vain. Il m'a permis de comprendre que la psychiatrie est extrêmement liée à la société, à l'époque, à l'opinion publique, c'est-à-dire à ce que la majorité des personnes au

¹ Nom d'emprunt dans le but de préserver l'anonymat de l'enquête

sein d'une société donnée pense. Reprenons l'exemple de l'homosexualité. Si celle-ci était dans le DSM à l'époque, c'est en partie parce qu'elle était très mal vue par l'opinion majoritaire et il était alors plausible d'expliquer cette dernière par la démence. Maintenant, grâce à l'évolution de nos mentalités et de nos opinions, l'homosexualité n'est heureusement plus aussi mal vue et ne relève donc évidemment plus de la psychiatrie. Au contraire, il serait, à l'heure actuelle, inconcevable d'interner une personne dans un hôpital psychiatrique sur la base de son orientation sexuelle. En ce sens, l'opinion publique constitue le principe de légitimation par excellence. C'est elle qui permet ou non de légitimer quelque chose, ici un trouble par exemple. Nous pourrions transposer cette même idée aux politiques en matière de santé mentale. Ainsi, une politique perçue par l'opinion publique comme répondant à ses attentes serait forcément légitime et inversement.

Cependant, pour un objet donné, n'existe-t-il pas une différence entre l'objet en lui-même et la façon dont on le perçoit ? Si l'objet est ici une politique publique, n'existe-t-il pas une différence entre la politique en elle-même et les différentes façons dont les individus vont la percevoir ? Dans certains cas, je pense que la perception et la réception par les citoyens d'une politique publique peut être bien éloignée de sa réalité objective. De plus, si une politique publique peut se traduire par un ensemble de normes objectives, il existe cependant une infinité de façon de recevoir, de ressentir, d'accueillir ces mêmes normes. En effet, si les politiques de santé mentale relèvent de mesures et de faits objectifs, la perception de ces dernières dépend de la signification subjective que les individus lui imputent, rendant son analyse bien plus complexe. En effet, comme l'explique Marx Weber avec le concept d'individualisme méthodologique, une même norme peut avoir une signification bien différente d'un individu à l'autre. Une politique publique peut alors être analysée comme étant une réalité objective, se traduisant par des éléments observables et concrets. Or, si la réception des politiques publiques est aussi objective (puisque'elle est liée aux positions des individus dans l'espace social), elle laisse une place plus importante à la subjectivité, puisque'elle dépend de l'interprétation intrinsèque que chaque individu s'en fait. Fortement influencés par l'opinion majoritaire, les individus suivent en général une tendance commune, percevant alors le domaine de la santé mentale d'une façon ou d'une autre. Cependant, cette perception n'est pour autant pas totalement homogène et les avis divergent néanmoins selon plusieurs facteurs. C'est pour toutes ces raisons que j'ai choisi d'aborder mon mémoire **sous l'angle de la réception des politiques publiques par les destinataires**. Par ailleurs, je

m'attellerai à définir plus amplement et plus distinctement ce que l'on entend par « réception des politiques publiques » lors de ma revue de littérature.

2. L'interactionnisme d'Erving Goffman

Outre cela, je m'attellerai, lors de ce mémoire, à expliciter la façon dont ces mêmes politiques publiques et leur réception vont contribuer à définir l'identité de l'individu. Pour cela, je m'appuierai tout au long de mon mémoire, sur la réflexion d'un sociologue en particulier : Erving Goffman. Pour commencer, il faut savoir que celui-ci se place selon une approche interactionniste. En son sens, tous les comportements sociaux, même les plus anodins, sont réglés et codifiés au sein de l'espace public, par des normes que les individus doivent respecter afin de passer pour des gens normaux. Par ailleurs, selon lui, chaque individu est doté d'une face. Ce concept désigne alors une valeur sociale positive qu'un individu va revendiquer. Nonobstant, la face n'est pas en adéquation totale avec l'individu. Elle reprend finalement certains attributs sociaux qui sont approuvés, ce n'est alors qu'une perception déclinée de l'individu en question et non pas son « moi » intérieur. De plus, comme la face n'est pas intrinsèque à l'individu, ce dernier est toujours susceptible de la perdre. Or, la face étant ce qui permet de rendre possible l'intégration de l'individu dans les échanges avec d'autres individus mais également dans la société en général, celle-ci doit obligatoirement être préservée. Pour cela, chaque individu va devoir faire un « facework ». Par ce terme, Goffman entend parler de tout ce que les individus vont faire dans le but de préserver leur face. De surcroît, afin de mieux comprendre la façon dont la face se préserve, ce dernier utilise la métaphore théâtrale. Selon celle-ci, chaque individu est constamment en représentation, devenant alors un interactant, c'est-à-dire une sorte d'acteur qui cherche à contrôler les interactions de son public afin d'en tirer profit. Pour cela, il va pouvoir utiliser plusieurs choses que l'on retrouve au théâtre, telles que des costumes, des masques ou encore des décors. Comme je vais le démontrer lors de ce mémoire, c'est avec cette idée de garder la face que beaucoup de personnes atteintes de troubles mentaux vont essayer de se construire socialement. Cependant, je nuancerai les propos d'Erving Goffman, en montrant notamment que perdre la face n'est pas un problème en soi pour certain·e·s enquêté·e·s.

Outre cela, pour que vous puissiez comprendre davantage mon choix de sujet, je me dois de rajouter quelques éléments de contexte relatifs à ma vie personnelle. En effet, j'ai bien conscience qu'il n'est pas forcément commun pour une étudiante en science politique

de s'intéresser au champ de la santé mentale. Pourtant, comme vous allez le comprendre, lorsque j'ai su que j'allais devoir faire un mémoire, ce sujet s'est imposé à moi comme une évidence. Celui-ci, peu importe l'angle par lequel il était abordé, a toujours fait partie de ma vie, bien que, personnellement, je n'ai aucun trouble mental diagnostiqué. Depuis l'enfance j'ai une vision de la normalité bien différente de la vision majoritaire. Pour beaucoup, quelqu'un de normal est, par définition, quelqu'un qui rentre dans la norme, qui se fond dans la masse, qui rentre dans des cases prédéfinies en amont par la société. Mais finalement, selon moi, tout n'est qu'une question de perception. Ma représentation de la normalité n'est alors pas complètement en adéquation avec la définition précédente. Au sein de mon environnement familial et amical, j'ai côtoyé depuis le début de ma vie plusieurs personnes ayant des troubles mentaux, parfois sans jamais m'en apercevoir.

À titre d'exemples non exhaustifs, mon grand-père était diagnostiqué schizophrène et mon oncle connaissait des phases de démence sûrement liées à des troubles psychotiques. Et pourtant, je n'ai eu vent de leurs troubles seulement après leur décès. Je les ai donc côtoyés pendant plus d'une quinzaine d'années sans même avoir connaissance de cela. Pourquoi ? Non pas parce que je n'étais pas proche d'eux et que mon entourage ne trouvait donc pas nécessaire de me préciser ce point-là, mais plutôt parce qu'ils craignaient qu'en ayant conscience des troubles de mon grand-père et de mon oncle, je vois ces derniers différemment. Finalement, ils avaient peur que je me mette à moins les aimer, à les juger, mais personnellement, cela n'aurait rien changé à ma relation avec eux en sachant ça. J'ai alors compris que pour certaines personnes, ça aurait pu être le cas. J'ai compris que certaines personnes ne perçoivent pas les troubles mentaux comme je les perçois, que pour certain·e·s, une fois qu'une personne souffre d'un trouble mental, elle n'est plus celle que l'on a connue avant l'apparition de ce dernier, que maintenant, elle est anormale. Je me suis donc demandé pourquoi la vision des troubles mentaux peut différer à ce point d'une personne à l'autre, et j'essaierai d'ailleurs, à mon échelle, d'y apporter quelques éléments de réponse dans mon mémoire.

Pour moi la normalité fait référence à ce que je côtoie, ce que je connais, ce qui m'est familier. En l'occurrence, ma perception des troubles mentaux me pousse à voir ces derniers comme normaux. De surcroît, en changeant de point de vue et en nous plaçant du côté des personnes atteintes de troubles mentaux, nous pouvons nous demander si pour eux, les fous, les clivants, les anormaux, ce n'est pas nous.

Par ailleurs, la dissemblance entre certains discours que j'ai pu entendre au sujet des personnes atteintes de troubles mentaux et la façon dont je caractérise les membres de mon entourage qui en sont atteints m'a poussée à m'intéresser davantage à la question de la perception des troubles. Effectivement, il n'est pas rare d'entendre certaines personnes parler d'un schizophrène comme d'une personne totalement démente, tenant alors des propos tels que : « *Non mais, ce n'est pas méchant, mais les schizo faut les faire interner, si t'entends des voix c'est que t'es taré c'est tout* ». Ou encore d'entendre des personnes se servant des maladies psychiatriques comme d'insultes, tenant alors des propos tels que « *t'es bipolaire ou quoi ?* » à la moindre saute d'humeur. Cependant, je ne prétends en aucun cas pouvoir affirmer que cette vision est complètement ridicule, illogique, erronée ou encore caricaturale, puisque dire cela résulterait d'un jugement de valeur, de facto intrinsèque à ma propre personne. Néanmoins, je peux affirmer que ma perception des troubles mentaux est complètement différente, puisque je ne reconnais par exemple en rien mon grand-père et mon oncle dans les propos ci-dessus.

C'est d'ailleurs peut-être aussi un peu, voire complètement, pour leur rendre hommage que j'effectue mon mémoire sur ce sujet, pour montrer qu'ils n'étaient pas forcément fous et que tout n'est qu'une question de perception. Lors de mon mémoire, **je vais alors m'intéresser aux politiques publiques de santé mentale au sein de la société française, mais aussi et surtout à la façon dont les individus perçoivent ces dernières ainsi qu'à la façon dont elles forgent leur identité.** Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresserai particulièrement aux personnes se considérant comme atteintes de troubles ainsi qu'aux professionnel·les de santé. Par ailleurs, en parlant de troubles mentaux, même si ceux-ci, dans une vision large, englobent une large gamme de maladies mentales, notamment les TOC, je désigne pour ma part des troubles plus conséquents tels que les troubles de l'humeur comme la bipolarité mais aussi les troubles psychotiques tels que la schizophrénie ou le trouble dissociatif de l'identité.

De surcroît, pour dégager une problématique, je suis partie de deux hypothèses personnelles, la première selon laquelle **les troubles mentaux sont de plus en plus acceptés dans notre société** et la deuxième selon laquelle **les identités sociales des personnes atteintes de troubles mentaux dépendent en partie de la façon dont elles perçoivent les politiques publiques en matière de santé mentale.** Ceux-ci sont de moins en moins vus comme « anormaux » et nous commençons à en entendre de plus en plus parler. Or, nous

pouvons nous demander comment expliquer le passage de la libération de la parole sur les troubles mentaux à l'acceptation de ces derniers. Nous pourrions alors nous intéresser au lien de cause à effet entre les deux phénomènes. Pour pousser le sujet encore plus loin, nous pourrions essayer de comprendre et d'analyser la place de la perception dans ces derniers, en regardant notamment comment les troubles mentaux, ou les politiques publiques en la matière, sont perçus par les individus. Au final, nous pourrions nous demander **comment la perception des politiques publiques en matière de troubles mentaux influe-t-elle sur l'intégration des personnes atteintes de troubles au sein de la société française ? Mais aussi, comment les politiques publiques forment-elles les identités sociales ?**

3. Que dit la littérature?

Si la littérature sur la question de la santé mentale est riche en termes de description et d'analyse des politiques publiques en matière de santé mentale, elle ne s'intéresse néanmoins pas, ou seulement de façon très succincte, à la façon dont ces politiques sont reçues par les individus. C'est alors cela que je vais essayer de combler durant ce mémoire. Cependant, avant de vouloir s'intéresser à cette dimension perceptive, il convient d'en définir les enjeux principaux. Selon un article de la sociologue A. Revillard paru en 2017², la réception de l'action publique peut être définie comme « *l'ensemble des processus par lesquels une politique publique est appropriée et co-construite par ses ressortissants, et par lesquels elle produit ses effets sur ceux-ci* ». Finalement, la réception des politiques publiques nous permet de nous intéresser aux conséquences de ces dernières. Comme l'explique A.Revillard, cet aspect, qui était pourtant prédominant lors de l'étude des politiques publiques dans la science politique contemporaine, est de plus en plus laissé pour compte. De plus, lorsque l'auteur parle de « ressortissant », elle entend parler des destinataires de la politique publique en question, c'est-à-dire des personnes auxquelles elle s'adresse. S'il peut s'agir de groupes de personnes, à l'instar d'A.Revillard, je m'intéresserai plutôt aux ressortissants individuels.

Par ailleurs, selon D.Dayan³, la réception peut également être définie comme « *le lieu d'une production de sens* ». En ce sens, celle-ci peut être envisagée, dans une dimension

² REVILLARD, Anne. « La réception des politiques du handicap : une approche par entretiens biographiques ». *Revue française de sociologie*, n°58, 2017, pp. 71 à 95.

³ DAYAN, Daniel. « Les mystères de la réception ». *Le débat*, n°71, 1992, pp. 141 à 157

temporelle, comme un moment précis « *du processus de production dans son sens le plus large* », comme l'explique S.Hall⁴.

Mais avant de pouvoir user d'une approche compréhensive comme celle-ci, il convient d'étudier l'évolution des politiques de santé mentale au sein de la société française. Comme le sociologue J-F Dortier⁵ l'explique, depuis l'antiquité les maladies mentales sont classifiées. Hippocrate et Claude Gallen, considérés comme les pères de la médecine, décrivaient alors déjà certains troubles tels que l'épilepsie, la démence ou encore l'hystérie. De plus, la littérature sur le sujet converge, explicitant que l'évolution des politiques de santé mentale est plus que flagrante, menant celles-ci vers une approche plus éthique, prenant plus en compte les patients et luttant peu à peu pour ce que S. Biarez⁶ appelle la « *désaliénation de la psychiatrie* », s'efforçant alors de rendre les troubles mentaux plus « normaux » ou du moins d'essayer de les faire rentrer davantage dans la norme. Rejoignant cette vision, J-F. Dortier explique dans un article que lors de la naissance de la psychiatrie dans les années 1750, on ne distinguait que 4 catégories de malades mentaux. : les maniaques, les mélancoliques, les idiots et les déments.

Cette catégorisation témoigne d'une vision très limitée mise en exergue par une classification pauvre et extrêmement stigmatisante, notamment via les termes choisis pour classer les personnes atteintes de troubles. Par ailleurs, L. Demailly et M. Autes⁷ s'accordent avec S. Biarez pour mettre en lumière une évolution majeure des politiques de santé mentale : la sectorisation. À partir des années 1960, chaque département est alors divisé en secteurs géographiques d'environ 60 000 habitants, dans lesquels une même équipe médico-sociale se doit d'assurer pour tous les malades le dépistage et le suivi des troubles.

De plus, dans les différentes lectures que j'ai effectuées, les auteurs sont tous unanimes quant à la deuxième évolution majeure des politiques de santé mentale : l'extension de la psychiatrie à la santé mentale. À ce sujet, J-F Dortier explique alors : « On

⁴ HALL, Stuart. « Codage/décodage ». *Réseaux*, n°68, 1994, pp . 27 à 39

⁵DORTIER, Jean-François, « Qu'est-ce qu'un trouble mental ? ». *Les grands dossiers de la science humaine*, n°20, 2009, pp 1-3.

⁶BIAREZ, Sylvie. « Une politique publique : la santé mentale (1970-2002) ». *Revue française d'administration publique*, n°111, 2004, pp. 517-531.

⁷DEMAILLY, Lise et AUTES Michel. *La politique de santé mentale en France*. Paris : Armand Colin, 2012. Chap 1 : « Continuités et inflexions de la politique du soin psychique 1950-2011 »

disait naguère « folie », « démence », ou encore « aliénation ». On parle aujourd'hui de « maladies mentales », témoignant ainsi d'une certaine évolution dans l'appellation des troubles. L. Demailly et M. Autes s'accordent aussi pour expliquer l'institutionnalisation progressive depuis les années 2000 de la « santé mentale » comme objet d'une politique publique, venant inclure ou remplacer la psychiatrie. La politique de santé mentale, en plus d'étendre le nombre de troubles pris en compte, ouvre la prévention et se veut plus proche des besoins de la population. La santé mentale devient alors, selon moi, un véritable champ au sens bourdieusien du terme. En ce sens, la santé mentale est un champ social dans lequel s'articulent des rapports entre dominants et dominés. Ainsi, ce domaine serait alors un champ de domination légitimé où s'exercent des violences symboliques. La santé mentale serait donc un lieu de prises de positions conflictuelles autour d'enjeux spécifiques, allant de la définition des troubles à la façon de les traiter, en passant par l'organisation des hôpitaux psychiatriques. De plus, la société se dirige vers une certaine banalisation des troubles et vers une montée en puissance de la figure juridique de l'usager, témoignant alors de l'émergence d'une approche et d'une prise en charge plus compréhensives.

Cependant, S. Biarez ne manque pas de relever la certaine inadéquation entre les politiques de santé mentale en théorie et en pratique, mettant en avant la difficulté d'application de celles-ci. Cette approche nous invite alors à réfléchir à la façon dont ces politiques sont perçues par les individus. Sur ce sujet, A. Revillard rejoint cette dernière en expliquant que les effets directs d'une politique sont parfois très éloignés de ceux perçus. Ainsi, il y aurait un décalage entre les effets de ces politiques et la façon dont ces dernières sont perçues par les individus. La réception peut donc être envisagée comme « *le lieu d'une production de sens* »⁸ mais aussi comme « *un moment du processus de production dans son sens le plus large* ». Par ailleurs, selon l'auteur, la meilleure façon d'étudier la perception des politiques publiques est d'avoir recours à des entretiens biographiques. Il s'agit alors de retracer les grandes lignes de la vie des enquêtés afin de permettre une meilleure compréhension de leur perception des politiques.

Afin d'étudier la perception des politiques publiques en matière de santé mentale au sein de la société française, j'ai alors mené une enquête de terrain en ayant recours à des entretiens semi-directifs biographiques.

⁸DAYAN, Daniel. « Les mystères de la réception ». *Le Débat*, n°71 1992, pp. 141-157

4. Démarche de recherche

Comme je l'ai dit précédemment, j'ai décidé de **réaliser plusieurs entretiens semi-directifs que j'essaierai de rendre les plus biographiques possible**, en tentant de retracer les grandes lignes de la vie des enquêtés pour permettre une meilleure compréhension de leur perception des politiques. J'ai alors réalisé mon enquête de terrain sur la base de méthodes qualitatives. Par ailleurs, je dois avouer qu'avant de commencer mon enquête, celle-ci constituait pour moi une grande source d'angoisse. En effet, pour qu'elle soit la plus complète possible, j'avais décidé de m'entretenir avec au moins 5 patients atteints de troubles mentaux et 2 psychiatres. Mais comment allais-je réussir à infiltrer le milieu de la santé mentale afin de m'entretenir avec eux ? C'était précisément la question à laquelle je devais répondre. Début octobre, j'ai commencé par appliquer la stratégie qui me semblait la plus simple : démarcher tous les hôpitaux psychiatriques, les associations dédiées aux personnes atteintes de troubles mentaux et les GEMs (groupes d'entraide mutuelle) de la métropole lilloise. Je voulais alors, à ce stade-là, réaliser mon enquête uniquement sur le territoire lillois par soucis d'accessibilité au terrain. Sans exagération de ma part, je peux dire que j'ai envoyé plus d'une cinquantaine de mails, et démarché au téléphone une dizaine de cabinets de psychiatrie et de GEMs, sans aucune réponse positive.

À partir de là, mes angoisses n'ont fait que s'accroître, mon enquête de terrain était indispensable au bon déroulement de mon mémoire et je ne pouvais pas me permettre d'échouer. J'avais choisi un sujet avec un terrain difficilement accessible, certes, mais de mon plein gré. Ce sujet me tenait à cœur et je ne pouvais m'avouer vaincue dès les premiers refus.

De la façon dont j'écris ces mots, on pourrait croire que j'ai fait preuve d'une détermination sans faille, sans jamais baisser les bras ou montrer le moindre signe de faiblesse, mais je me dois de nuancer cela. Pendant le mois d'octobre jusqu'à début novembre, je commençais vraiment à me décourager, je me souviens même m'être dit qu'après tout, le travail d'archive ça ne devait pas être si terrible que ça, tellement l'enquête de terrain me paraissait insurmontable. Et puis, fin novembre, j'ai décidé de tenter le tout

pour le tout, d'essayer une dernière fois, par tous les moyens, de trouver des enquêté·e·s. Je me suis alors servie de mon réseau LinkedIn pour démarcher tous les psychiatres que j'ai pu y trouver, étendant donc mon enquête de terrain à l'ensemble de la France métropolitaine. Parallèlement à cela, j'ai démarché des personnes atteintes de troubles mentaux sur les réseaux sociaux, notamment sur Instagram. De fil en aiguille, je me suis créée un réseau de personnes acceptant de s'entretenir avec moi ou m'aidant en me donnant des contacts qui seraient potentiellement intéressés. Et, c'est comme cela que, début décembre, j'ai réussi à avoir une dizaine d'entretiens planifiés. 6 avec des personnes atteintes de troubles, 2 avec des psychiatres, et 1 avec une psychopraticienne.

Au total, j'ai pu réaliser 8 entretiens entre Noël et fin janvier. À ce moment-là, je pensais que mon enquête de terrain était officiellement terminée. Mais finalement, le plus long n'était pas la réalisation des entretiens en soi, mais la retranscription et l'analyse de ces derniers. Même si mes entretiens n'étaient pas forcément très courts (entre 50 minutes et 1h30), j'ai pris la décision de retranscrire intégralement chaque entretien, ce qui m'a occupée quand même quelques journées entières.

De surcroît, avant de décrire individuellement mes enquêté·e·s, laissez-moi vous expliquer comment se sont déroulés, en général, mes entretiens. Tout d'abord, à cause de la distance géographique qui me séparait de mes enquêté·e·s, mes entretiens se sont déroulés à distance via le logiciel zoom, donc sous forme de visio pour la plupart, mais également par écrit pour deux d'entre eux. Outre cela, les entretiens ont pris quasiment tous la même forme : je commençais par me présenter, je présentais ensuite mon objet d'étude, s'en suivait ensuite une longue période d'échange avec mes enquêté·e·s, impulsée par des questions que je posais, et ensuite, je concluais l'entretien en remerciant ces derniers et en répondant à leurs possibles questions et interrogations au sujet de mon mémoire.

D'un point de vue émotionnel, ces entretiens n'étaient pas toujours de tout repos, surtout ceux réalisés avec des personnes atteintes de troubles. En effet, je suis le genre de personne que l'on qualifie souvent d'éponge à émotions. En général, ma grande empathie est une force, mais en l'occurrence, dans le cas présent, je l'ai plutôt ressentie comme une faiblesse, une faille. Lors de mes entretiens, il n'était pas rare que les enquêté·e·s se confient à moi, exprimant leur mal-être profond pour certains, leur isolement et leur solitude pour d'autres. Et moi, jeune étudiante en master de science politique, j'étais là, totalement impuissante. Je ressentais leur douleur mais je ne pouvais rien faire de plus pour eux

qu'écouter. Pour tout vous dire, il arrivait même qu'un sentiment de culpabilité s'empare de moi, m'empêchant de temps en temps de trouver le sommeil. Ces êtres humains comme vous et moi, étaient pour la plupart dans un état dépressif, voire suicidaire pour un enquêté en particulier dont je vous parlerai plus tard ; et malgré cela, ils prenaient le temps de s'entretenir avec moi afin de m'aider à réaliser ce mémoire. À vrai dire, en me lançant dans ce mémoire, je ne pensais pas que l'enquête de terrain allait générer chez moi de telles émotions.

5. *Présentation des enquêté·e·s*

Maintenant que j'ai pu poser sur papier mes ressentis, laissez-moi vous présenter, plus en détail mes enquêté·e·s. Par soucis de praticité, j'ai réalisé deux tableaux récapitulants mes entretiens que vous trouverez juste ci-dessous, ainsi qu'en annexe. Un est dédié aux personnes atteintes de troubles et l'autre aux professionnels de santé que j'ai interrogés. Ceux-ci vous permettront, lorsque je parle d'un·e enquêté·e plus loin dans ce mémoire, d'avoir en un coup d'œil les informations primordiales à son sujet.

Tableau 1 : récapitulatif des enquêté·e·s atteint·e·s de troubles mentaux

Nom	Pré-nom	Age	Sexe	Troubles mentaux	Etat du diagnostic	Profession
Martinez	Magalie	29 ans	Femme	Bipolarité et trouble border-line	Diagnostiquée	Graphiste
Colin	Lucas	17 ans	Homme	Autisme	Auto-diagnostiqué	Étudiant
Dupuy	Camille	24 ans	Femme	Trouble dissociatif de l'identité (TDI)	Diagnostiquée	Développeuse web
Poirier	Victor	28 ans	Homme	Bipolarité	Diagnostiqué	Auto-entrepreneur
Abdi	Rayan	20 ans	Homme	Schizophrénie	Diagnostiqué	Étudiant infirmier

Tableau 2 : récapitulatif des enquêté·e·s professionnels de santé

Nom	Prénom	Age	Sexe	Profession
Lecompte	Michelle	64 ans	Femme	Psychiatre en cabinet
Durand	Arnaud	33 ans	Homme	Psychiatre chef de clinique

Alvarez	Rachelle	30 ans	Femme	Psychopraticienne
---------	----------	--------	-------	-------------------

Par ailleurs, afin d'approfondir la présentation de chaque enquêté·e, vous trouverez en annexe une fiche récapitulative revenant sur chaque enquêté·e. À titre informatif, j'ai d'abord commencé mon enquête de terrain en m'entretenant avec les personnes atteintes de troubles mentaux avant de m'entretenir avec les professionnels de santé. De surcroît, j'ai fait le choix personnel de ne prendre, pour les personnes atteintes de troubles mentaux, que des personnes relativement jeunes, afin qu'en cas de divergences entre les opinions de celles-ci, la variable de l'âge ne puisse pas être significative. Au contraire, pour les professionnel·les de santé, j'ai fait le choix d'interroger un psychiatre jeune et une autre plus ancienne, afin de pouvoir appréhender les différences de point de vue selon la génération.

Outre cela, comme explicité précédemment, j'essaierai, lors de ce mémoire, d'analyser la façon dont les politiques publiques en matière de santé mentale sont perçues par la société française. Je m'intéresserai également à la façon dont les personnes atteintes de troubles se construisent socialement, m'intéressant aussi bien aux aides mises en place, qu'à la façon dont le secteur de la psychiatrie se construit en France (institutions spécialisées, psychiatres, psychologues, processus de diagnostic des troubles etc.). De plus, grâce à cela, j'essaierai de valider ou d'infirmer l'hypothèse selon laquelle les troubles mentaux sont de plus en plus acceptés au sein de la société. Je m'attellerai alors à montrer le rôle que joue (ou non) la perception des politiques publiques de santé mentale dans ce processus d'acceptation.

Pour cela, je commencerai, dans une première partie, par m'intéresser à l'entrée médicale des personnes atteintes de troubles. Ensuite, je poursuivrai mon mémoire en plaçant mon regard du côté de l'entrée administrative et sociale des personnes atteintes de troubles.

Partie I : L'entrée médicale des personnes atteintes de troubles.

Pour qu'un individu atteint ou pensant être atteint d'un trouble mental voit son trouble reconnu et dispose d'un suivi, d'aides et d'accompagnements, ce dernier doit forcément se confronter au domaine médical ; passant souvent dans un premier temps par l'étape du diagnostic, rite de passage obligatoire, s'accompagnant ensuite dans la plupart des cas d'un suivi psychiatrique adapté, pouvant également dans certains cas, se ponctuer par des internements au sein d'hôpitaux psychiatriques ou d'institutions spécialisées, institutions aux allures plutôt controversées.

Chapitre 1 : Le diagnostic : un rite de passage obligatoire

Qu'il soit formel ou informel, prodigué par un tiers ou par l'individu atteint de trouble lui-même, le diagnostic est un véritable rite de passage au sein de notre société. Ainsi, ce dernier se présente comme une institution à part entière, relevant alors d'une pratique instituée, s'imposant donc aux individus comme du déjà-là, comme étant « taken-for-granted ». Cette notion empruntée à la sociologie des institutions permet de mettre en avant la façon dont les individus atteints de troubles mentaux vont prendre comme allant de soi le processus de diagnostic, lui imputant alors souvent un caractère routinier, comme si le recours à ce dernier était obligatoire, non pas dans le sens où il s'impose aux individus sans leur consentement, mais dans le sens où son utilisation paraît tellement naturelle et ancrée dans la conscience sociale,⁹ que les individus ne peuvent s'y opposer et n'ont d'autre choix que celui de s'y soumettre.

D'une certaine façon, le diagnostic pourrait être comparé aux cérémonies d'admission propres aux institutions totales, décrites par Goffman¹⁰, dans le sens où celui-ci est une sorte de porte d'entrée dans le milieu médical pour les personnes atteintes de troubles. En effet, selon l'auteur, les institutions totales - lieu de résidence et de travail où un grand nombre

⁹ Notion notamment développée par Léon Duguit, juriste français, explicitant ainsi que les actes des gouvernants s'imposent aux gouvernés non pas parce qu'ils sont la traduction de la puissance de l'État mais dans la mesure où ils sont conformes aux impératifs du « *droit objectif* », aux normes juridiques que les individus jugent comme « normales », appartenant donc à cette conscience sociale.

¹⁰ GOFFMAN, Erving. *Asiles : étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Les Éditions de minuit, 1961, 447p.

d'individus sont coupés du monde extérieur pour une période relativement longue – sont caractérisées par leur cérémonie d'admission, ayant notamment pour but de façonner l'identité des reclus – personnes qui se trouvent enfermées, isolées, dans les institutions totales -. Et pour cause, le diagnostic, à l'instar des cérémonies d'admission des institutions totales, comme nous allons le voir, façonne d'une certaine façon l'identité de l'individu.

En effet, Rachelle Alvarez, psychopraticienne, m'explique alors :

« Le diagnostic ça peut être très stigmatisant pour certains, et puis ça peut en quelque sorte les enfermer dans leurs troubles vous voyez ? (...) ils peuvent même finir par ne plus arriver à se voir autrement que par ce trouble, alors que bon, ils sont beaucoup d'autres choses ».

Rachelle Alvarez, est l'une des enquêtées avec laquelle j'ai pu le plus discuter. Cette jeune femme de 30 ans, originaire de Colombie, est devenue psychopraticienne à l'âge de 26 ans, suite à une reconversion professionnelle. Celle-ci a fait preuve d'un avis très tranché par rapport au diagnostic, considérant ce dernier comme un processus qui enferme l'individu, qui le stigmatise et qui le pousse à devenir l'identité qu'on lui impose. Selon elle, le diagnostic n'apporte rien de bon à celui qui le subit. Au contraire, il lui impose une identité, le pousse à se définir d'une certaine façon.

Outre cela, dans un de ses ouvrages, Murielle Darmon¹¹ définit justement le diagnostic comme une étape cruciale dans la construction sociologique du trouble. En ce sens, un trouble mental serait également construit socialement, c'est-à-dire qu'il ne dépendrait pas uniquement de facteurs intrinsèques à l'individu mais également du contexte social qui l'entoure. Le diagnostic contribuerait donc, chez certaines personnes, au développement du trouble diagnostiqué. C'est d'ailleurs le cas de Magalie Martinez, 29 ans, diagnostiquée depuis 1 an bipolaire et borderline. Cette jeune graphiste fut la première personne avec laquelle je me suis entretenue. Si son diagnostic est très récent, elle m'a expliqué avoir cependant toujours senti que *« quelque chose n'était pas normal »* chez elle. Pourtant, depuis qu'elle est reconnue comme étant bipolaire, elle assure que ses symptômes, alors stables jusque-là, se sont développés.

¹¹ DARMON, Muriel. *« Devenir anorexique : une approche sociologique »*, La découverte, 2008, 350p.

« En vrai, quand on m'a dit que j'étais bipolaire j'étais choquée, et genre juste après je suis allée voir les symptômes de la bipolarité sur internet et y en avait plein que j'avais pas forcément et que maintenant j'ai. Donc bon, après je sais pas si c'est parce que je sais que je suis bipolaire que ça s'est déclaré ou pas, mais en fait je... je m'identifie beaucoup plus comme bipo¹² depuis que je sais que je le suis qu'avant, je sais pas si c'est hyper clair ahah ».

Si nous en croyons son témoignage, il serait alors possible qu'une personne, une fois qu'elle se définit comme ayant un trouble mental précis, commence à développer des symptômes de ce trouble qu'elle n'avait pas forcément auparavant. En ce sens, le diagnostic jouerait alors un rôle important dans le développement du trouble chez l'individu et serait un élément important à prendre en compte lorsque l'on s'intéresse à la construction sociale de ce dernier.

1. Du diagnostic à l'autodiagnostic

Conventionnellement, le diagnostic est prodigué par un tiers, dans la plupart des cas il s'agit d'ailleurs d'un professionnel de santé et plus précisément d'un psychiatre. Cependant, il est possible d'observer de plus en plus fréquemment des individus s'autodiagnostiquant eux-mêmes, sans passer par l'étape du diagnostic formel. C'est d'ailleurs le cas de Lucas Colin, 17 ans, qui s'est autodiagnostiqué autiste. Ce jeune lycéen a accepté de répondre à mes questions de manière manuscrite, il s'est beaucoup confié à moi au sujet de son autisme et de la façon dont il s'était diagnostiqué.

« Mes troubles n'ont jamais été officiellement diag¹³, enfin, de nombreux spécialistes, ou qui s'en rapprochent, en étaient persuadés tout comme l'était et l'est toujours ma mère, mais je n'ai pas de papier, de certificat si tu préfères, tout cela s'est fait tout le long de mon enfance et de ma scolarité, lorsque mes professeurs et autres professionnels ont constaté que de nombreuses choses clochaient ».

Pour s'auto-diagnostiquer, Lucas s'est alors appuyé sur l'avis de spécialistes et de son

¹² Abréviation de « bipolaire »

¹³ Abréviation de « diagnostiqués »

entourage mais n'a pas de justificatif formel comme il l'explique. Il n'a donc pas construit son diagnostic totalement seul puisqu'il s'est notamment appuyé sur l'avis de professionnel·les. Cependant, de plus en plus de personnes s'auto-diagnostiquent sans l'aide de professionnel·les, notamment via les informations qu'elles trouvent sur internet. Or, comme me l'a expliqué Arnaud Durand, jeune psychiatre de 33 ans, l'autodiagnostic, s'il peut permettre d'être plus informés sur les troubles, ne peut remplacer un vrai diagnostic. Ce chef de clinique au CHU de Grenoble m'a accordé un entretien d'une heure afin de répondre à certaines de mes questions. Étant encore dans les études, celui-ci se décrit lui-même comme un psychiatre « nouvelle génération ». Pendant toute la durée de l'entretien, même si M.Durand n'était pas sur son lieu de travail, celui-ci portait fièrement sa blouse blanche, me rappelant alors sa position de psychiatre, témoignant même de temps en temps d'une certaine forme de supériorité et de condescendance à mon égard, se plaçant comme un véritable médecin, professionnel de ce sujet. À la question « que pensez-vous de l'autodiagnostic ? », ce dernier m'a alors rétorqué :

« Alors, ce qui est une bonne chose là-dedans c'est l'information, nos connaissances on se doit de les diffuser et heureusement on le fait beaucoup plus facilement avec internet et c'est très bien quand c'est bien fait, le problème c'est que souvent c'est très mal fait, l'information passe par des influenceurs, les réseaux sociaux, c'est vulgarisé mais pas par des pro¹⁴, un peu par n'importe qui (...) un autodiagnostic ne remplacera jamais un psychiatre, encore plus du fait que nos diagnostics sont cliniques ».

2. Le diagnostic est-il vraiment nécessaire ?

S'il paraît alors que le recours à l'autodiagnostic peut être positif, il serait néanmoins nécessaire de le coupler à un diagnostic réalisé par un·e professionnel·le. Cependant, le diagnostic est-il vraiment indispensable ? Vraisemblablement, il paraîtrait que oui. Nonobstant, la question ne fait pas consensus au sein du corps médical. Et ainsi, cela s'est reflété au cours de mon enquête de terrain. Si M. Durand plaçait en faveur de l'utilisation du diagnostic, Michelle Lecompte, psychiatre de 64 ans, exprimait un avis bien opposé. En activité depuis 34 ans, Mme Lecompte a pu appréhender différentes facettes de la psychiatrie au fil des années. Si elle dispose maintenant de son propre cabinet, elle a eu l'occasion,

¹⁴ Abréviation de « professionnel·les »

durant sa carrière, de travailler au sein de cliniques et d'hôpitaux psychiatriques. Lors de l'entretien, nous avons beaucoup discuté des scissions et des divergences entre ce qu'elle qualifie d'ancienne génération de psychiatres et de nouvelle génération de psychiatres. Au sujet du diagnostic, elle m'a alors expliqué ceci :

« Les diagnostics pour moi ils sont mourants, vous savez on fait dire ce qu'on veut aux symptômes. Globalement, on utilise les mêmes psychotropes pour soigner presque toutes les pathologies. On traite des symptômes en réalité, on ne traite pas des maladies, on ne sait pas ce que c'est la cause de la maladie, on connaît juste les intermédiaires, en fait le diagnostic c'est surtout une question de mode. »

Si nous suivons sa réflexion, le diagnostic n'aurait alors pas de plus-value sur le plan médical et n'aurait ainsi qu'une utilité sociale, celle de permettre à l'individu de s'identifier comme ayant tel ou tel trouble.

Chapitre 2 : Le suivi psychiatrique : le rapport aux professionnel·les de santé

Qu'il soit ponctuel ou régulier, effectué uniquement par un·e professionnel·le ou réunissant plusieurs professionnel·les de santé, dans la plupart des cas le suivi psychiatrique est de rigueur pour les personnes atteintes de troubles mentaux. En effet, lors de mon enquête de terrain, j'ai pu m'apercevoir que tous mes enquêté·e·s atteint·e·s de troubles mentaux étaient suivi·e·s. Souvent, ce suivi est effectué conjointement par un·e psychiatre et un·e psychologue. Cependant, je me suis également rendu compte que mes enquêté·e·s envisageaient ces suivis ainsi que les professionnel·les qui les effectuent de manières assez différenciées. Je vais alors tenter ici de comprendre le rapport de mes enquêté·e·s aux professionnel·les de santé.

1. Entre doutes et désillusions : des enquêté·e·s sur la réserve

Malgré cette diversité de points de vue, la majorité des personnes que j'ai eu l'occasion d'interroger semblait témoigner d'une vision assez négative à l'égard des psychiatres et des psychologues pour diverses raisons.

Premièrement, certain·e·s percevaient la compétence de ces professionnel·les comme fortement aléatoire, variant d'un·e professionnel·le à l'autre. Pour expliciter ce

propos, l'exemple de Mme Martinez¹⁵ me paraît frappant.

« Bah en fait j'ai un peu l'impression que les psys¹⁶ c'est aléatoire, tu peux tomber sur des bons ou sur des mauvais, soit tu fais la bonne pioche soit la mauvaise, c'est une sorte de pile ou face en gros quoi »

En utilisant la métaphore du pile ou face, Mme Martinez essaie de mettre l'accent sur l'incertitude que peuvent ressentir les patient·e·s quant au choix de leur psychologue et/ou de leur psychiatre. De surcroît, l'enquêtée ajoute :

« J'avoue que du peu que j'ai vu lors de mes rendez-vous psy¹⁷ je me suis dit qu'ils (les psychologues) n'avaient pas l'air très informés pour des gens de la santé, ça m'a même donné vraiment l'impression que ma psy¹⁸ actuelle c'est un peu mon île et que quand elle est pas là j'suis un peu toute seule dans l'eau à chercher d'autres îles mais en fait y en a pas d'autres qui me conviennent ».

Une fois encore, l'utilisation d'une métaphore me paraît très significative. Pour Mme Martinez, la compétence des psychologues est tellement incertaine et aléatoire que lorsqu'elle a réussi à trouver une psychologue compétente (selon sa définition de la compétence), elle s'est directement rattachée à elle, pensant alors qu'elle seule est capable de la comprendre et de lui apporter le suivi dont elle a besoin, créant donc une sorte de dépendance envers cette dernière.

2. Le phénomène de disqualification de la parole

Outre cela, certain·e·s enquêté·e·s m'ont expliqué ne pas avoir été assez pris·e·s au sérieux par les professionnel·les de santé, ces dernier·e·s minimisant souvent leurs problèmes. Par exemple, Victor Poirier, bipolaire, ancien alcoolique et ancien cocaïnoman de 28 ans, n'a commencé à ressentir qu'il était écouté et pris au sérieux par ses médecins seulement après sa 3^{ème} tentative de suicide : *« Avant ma 3^{ème} TS¹⁹ j'avais l'impression que*

¹⁵ Jeune femme de 29 ans diagnostiquée il y a un an bipolaire et borderline

¹⁶ Ici, abréviation de « psychologues »

¹⁷ Ici abréviation de « psychologues »

¹⁸ Ici, abréviation de « psychologue »

¹⁹ Abréviations de « tentative de suicide »

je parlais dans le vent ». Par ailleurs, il n'est pas le seul à partager ce ressenti. En effet, en me faisant part de la façon dont elle s'est faite diagnostiquée, Mme Martinez m'a expliqué être passée par un premier psychiatre qui minimisait fortement son trouble.

« J'ai eu un rdv avec un psychiatre mais c'était un vieux psychiatre, je pense qu'il avait genre au moins la cinquantaine voire la soixantaine et quand je lui ai parlé du trouble borderline, il m'a dit que ça voulait dire juste que j'étais dans un entre deux, il ne m'a pas pris au sérieux ».

Ce phénomène de disqualification de la parole des personnes atteintes de troubles mentaux par les professionnel·les de santé est notamment mis en avant par Sylvie Biarez. En effet, dans un de ses articles²⁰, cette dernière dresse un bilan de l'évolution des politiques publiques de santé mentale, des années 1900 à l'aube de l'année 2003. Elle explique ainsi qu'historiquement parlant, dans le champ de la santé mentale, le phénomène de disqualification de la parole des personnes ayant des troubles est récurrent, témoignant alors certaines fois d'une forme de supériorité de l'autorité médicale sur le/la patient·e, discréditant alors ce/cette dernier·e comme s'il/elle n'était pas qualifié·e pour parler de ses propres symptômes, symptômes qui lui sont pourtant intrinsèques.

Par ailleurs, comme l'expliquent Lise Demailly et Michel Autes dans leur ouvrage²¹, il a fallu attendre le 28 novembre 1983 pour que les patient·e·s ayant des troubles mentaux soient doté·e·s d'une figure juridique leur permettant, selon l'arrêté de la même date, d'être égaux devant la loi et de voir les erreurs potentielles des professionnel·les de santé réparées sans avoir besoin d'une procédure contentieuse. Ainsi, durant cette période, la société commence à peine à admettre et à banaliser le fait que le corps médical puisse commettre des erreurs et, de facto, que les patient·e·s puissent avoir raison. De plus, ce n'est que dans une circulaire de février 1989 que l'on comprend que *« l'usager doit devenir un partenaire qui fait des suggestions et des propositions »*²². Cette entrée tardive du/de la patient·e atteint·e de troubles comme personne pouvant exprimer une opinion tout aussi égale à celle des médecins pourrait alors expliquer l'impression, encore maintenant, de certain·e·s patient·e·s de ne pas être pris·e·s au sérieux par leur psychiatre ou leur psychologue.

²⁰ BIAREZ, Sylvie. « Une politique publique : la santé mentale (1970-2002) ». *Revue française d'administration publique*, n°111, 2004, pp. 517-531.

²¹ DEMAILLY, Lise et AUTES Michel. *La politique de santé mentale en France*. Paris : Armand Colin, 2012. Chap 1 : « Continuités et inflexions de la politique du soin psychique 1950-2011 »

²² Extrait tiré de l'ouvrage de Lise Demailly et Michel Autes

3. La médication : une pratique abusive ?

Ensuite, une autre tendance commune s'est également dégagée des entretiens que j'ai pu réaliser. En effet, pour la grande majorité, les psychiatres témoignent d'un recours abusif aux médicaments. C'est d'ailleurs l'avis de M. Poirier²³.

« C'est vrai que l'effet de « je vous mets direct sous traitement et ça ira » c'est hyper récurrent, je trouve que ça arrive de plus en plus ces dernières années, le travail a été simplifié avec les ordonnances de traitement alors que ce n'est pas comme ça qu'on soigne les personnes atteintes de troubles mentaux ».

Si ce phénomène semble, comme l'explique l'enquête « *de plus en plus récurrent* », je me suis alors demandé la raison de cette récurrence, essayant ainsi de comprendre les facteurs ayant pu favoriser le développement de cela. Pour chercher des réponses à mes interrogations, j'ai alors abordé ce sujet avec les deux psychiatres que j'ai pu rencontrer : Mme Lecompte²⁴ et M. Durand²⁵. De prime abord, je dois avouer que j'avais déjà une hypothèse. De mon point de vue, l'augmentation des soins par traitements pourrait s'expliquer de deux façons. Premièrement, elle pourrait être due à la façon dont les psychiatres sont formé·e·s. En effet, iels partagent, depuis quelques années, le début de leur cursus universitaire avec les autres étudiant·e·s en médecine et se placent alors comme de véritables médecins, se voyant dispenser des formations médicales et scientifiques au même titre que les autres étudiant·e·s en médecine. En ce sens, il paraîtrait alors logique que ceux-ci/celles-ci développent une tendance à soigner de plus en plus par médicaments du fait de leur formation initiale. Deuxièmement, cela pourrait s'expliquer par la recherche du meilleur rendement. Soigner le symptôme plutôt que la cause serait, à court terme, tout aussi efficace et permettrait un gain de temps considérable, permettant alors d'augmenter le rendement des psychiatres – puisque nous pourrions nous dire qu'une ordonnance est beaucoup plus rapide à faire qu'une thérapie –.

Par ailleurs, Mme Lecompte semble suivre le même raisonnement que moi.

²³ Atteint de bipolarité, ancien alcoolique et cocaïnomane

²⁴ Psychiatre de 64 ans exerçant dans son propre cabinet à Aix-en-Provence

²⁵ Psychiatre âgé de 33 ans, chef de service au CHU de Grenoble

Effectivement, en ayant plus de 30 années en tant que psychiatre à son actif, elle estime avoir du recul sur la situation.

« Oui maintenant on traite beaucoup plus par traitement que par thérapie mais bon c'est tout un changement du monde de la psychiatrie qui je pense est relié aux questions financières mais bon, nous avant on faisait un internat en psychiatrie, maintenant c'est le même que pour les autres étudiants en médecine. ».

Cependant, ce n'est pas le cas de M. Durand, qui ne nie pas pour autant le fait que l'usage de traitements est de plus en plus de rigueur, mais qui en justifie la cause de manière bien différente.

« C'est sûr, nos traitements sont plus pharmacologiques mais c'est parce que la médecine nous prouve que c'est ce dont les patients ont besoin. Alors oui on soigne plus par médicaments si vous voulez, c'est un fait ».

En suivant sa réflexion, les psychiatres auraient de plus en plus souvent recours à des médicaments simplement parce que le recours à des traitements médicamenteux serait la forme de traitement la plus adaptée aux besoins des patient·e·s. Jugeant alors que les thérapies longues sont une perte de temps, n'apportant pas d'assez bon rendement. Nous pourrions alors nous dire qu'il s'agit là de deux visions différentes correspondant à deux générations de psychiatres distinctes.

Finalement, il semble difficile d'arriver à percevoir clairement le rapport des personnes atteintes de troubles que j'ai pu interroger aux professionnel·les de santé. Si ce rapport semble pour le moins négatif, il ne l'est alors pas pour les mêmes raisons.

Chapitre 3 : le passage par les hôpitaux psychiatriques : des institutions spécialisées aux allures controversées

Avant ou après le diagnostic, accompagné d'un suivi régulier ou non, de façon ponctuelle ou régulière, le séjour en hôpital psychiatrique est pour bon nombre de personnes atteintes de troubles un passage obligatoire. Maintenant vu comme une institution spécialisée et

médicalisée ayant pour but d'aider et d'accompagner les personnes atteintes de troubles, l'hôpital psychiatrique, dans son contexte historique, laisse paraître une toute autre image. Ainsi, je vais essayer de comprendre la façon dont cette institution est perçue par l'ensemble de mes enquêtés.

1. De l'asile à l'hôpital psychiatrique : mise en contextualisation

Pour commencer, revenons sur l'histoire des hôpitaux psychiatriques, ou plutôt sur celle de leurs prédécesseurs : les asiles. C'est en 1838, via la « loi des aliénés »²⁶, que les premiers asiles ont vu le jour en France, devenant, suite à un arrêté de 1839, des établissements publics placés sous l'autorité étatique. Dans ces asiles étaient alors enfermées les personnes dites « aliénées », classifiées à l'époque, comme nous l'explique le sociologue Jean-François Dortier²⁷, en 5 sous-catégories : les fous furieux, les fous tranquilles, les extravagants, les insensés et les fous en démence. Cette classification, extrêmement pauvre et stigmatisante, notamment à cause des termes choisis, témoigne d'une vision très limitée et particulièrement péjorative des troubles. Nous y retrouvons alors beaucoup de termes appartenant au champ lexical de la folie (fou, dément...) mais également d'autres, d'ailleurs tout aussi péjoratifs, nous permettant de comprendre la vision de la société d'antan au sujet des personnes atteintes de troubles (insensés, extravagants...). À cette époque-là, les asiles enfermaient donc des personnes jugées folles par la société, sans avoir pour objectif principal de soigner ces individus mais plutôt, au contraire, de les isoler de la société pour protéger cette dernière de ce qu'on appelait alors « les aliénés ».

C'est d'ailleurs ce que décrit Goffman lors de son travail sur les institutions totales²⁸ (cf. partie I, chapitre 1). En effet, ce dernier divise les institutions totales en 5 sous-catégories dont l'une d'elles rassemble les établissements ayant pour but d'isoler et d'enfermer malgré eux les individus jugés dangereux pour la société, c'est à dire les asiles. Ainsi, le but premier de l'asile est clair : enfermer et isoler plutôt que soigner.

²⁶ Loi promulguée le 30 juin 1838 sous le règne de Louis-Philippe. Celle-ci encadre et définit les institutions prenant en charge les personnes atteintes de troubles mentaux.

²⁷ DORTIER, Jean-François, « Qu'est-ce qu'un trouble mental ? ». *Les grands dossiers de la science humaine*, n°20, 2009, pp 1-3.

²⁸ GOFFMAN, Erving. *Asiles : étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Les Éditions de minuit, 1961, 447p.

Outre cela, il faudra attendre 1937 pour que ces institutions changent d'appellation afin de devenir des hôpitaux psychiatriques. De surcroît, comme nous l'explique Sylvie Biarez, chercheuse en science politique ²⁹, le développement du mouvement antipsychiatrique³⁰ en 1968 et l'essor de la sectorisation dans les années 1970 vont tous deux s'opposer à l'enfermement asilaire et vont lutter pour la désaliénation de la psychiatrie. Dans les mêmes années, une loi donnera aux hôpitaux psychiatriques le statut général d'hôpital, marquant alors le passage de la lutte contre les maladies mentales à la protection de la santé mentale.

C'est donc avec cette contextualisation en tête que je vous invite à analyser les propos suivants, relatant la vision de mes enquêtés·e·s concernant les hôpitaux psychiatriques.

2. L'hôpital psychiatrique, une institution en manque de moyens ?

Pour commencer, sur l'ensemble des personnes que j'ai interrogées, deux ont connu l'expérience des hôpitaux psychiatriques : Victor Poirier et Rayan Abdi. M.Poirier a 28 ans et est atteint de bipolarité, il a notamment fait plusieurs tentatives de suicide, également dues à son passif de cocaïnomane et d'alcoolique, qui l'ont contraint à faire 3 séjours en hôpitaux psychiatriques. M Abdi, quant à lui, est étudiant infirmier et est atteint de schizophrénie. Il a alors fait, lors de crises, des séjours aux urgences psychiatriques, mais a également pu côtoyer les hôpitaux psychiatriques en tant qu'étudiant infirmier lors de ses stages.

Pour ces deux enquêtés, la vision de cette institution est pratiquement similaire : les hôpitaux psychiatriques délaissent les patient·e·s, souvent par manque de personnel. De plus, pour les deux jeunes hommes, les séjours en hôpitaux psychiatriques font l'objet de souvenirs mitigés mais ne reflètent, dans l'ensemble, qu'une vision négative de l'institution. M.Poirier a alors tenu ces propos :

²⁹ BIAREZ, Sylvie. « Une politique publique : la santé mentale (1970-2002) ». *Revue française d'administration publique*, n°111, 2004, pp. 517-531.

³⁰ FOUCAULT, Michel. « Histoire de la folie à l'âge classique ». Paris : Gallimard, 1976, pp. 772.

« J'ai été deux semaines en hôpital psychiatrique dans le nord de l'Alsace, ce qui a été une très mauvaise expérience (...) à la 3^{ème}, où j'ai choisi cette fois d'être dans une clinique privée, j'ai redécouvert un monde psychiatrique magnifique ».

L'enquête met alors vivement l'accent sur l'opposition entre hôpital public où il a vécu une expérience désastreuse et clinique privée dont il tire de très bons souvenirs. Pourtant, les deux établissements agissent sous le même fonctionnement, à la différence près que l'un dépend de l'Etat et l'autre non. En ce sens, si les hôpitaux psychiatriques semblent alors inadaptés, cela pourrait être grandement dû à leur manque de moyens et donc au manque de personnel qui en découle. Ainsi, ça ne serait pas l'institution en soi qui poserait problème mais le fonctionnement de cette dernière, qui est obligée d'être en sous-régime à cause d'un manque croissant de personnel, ce qui ne permet pas à l'institution de fonctionner de manière optimale.

Par ailleurs, les témoignages de M.Poirier et M.Abdi sur la question pourraient justifier ce fait. En effet, M.Poirier, lorsque nous échangeons au sujet de ses deux premiers séjours en hôpital psychiatrique, m'a alors expliqué ceci :

« Il y a un manque de personnel ouais, à fond, surtout là sur la dernière hospitalisation c'était une catastrophe il y avait trois psychiatres, il en manquait toujours 1 sur les 2 mois où j'y étais. Et puis tu sentais que les gens étaient dépassés, que le personnel était au bout du rouleau ».

De plus, M.Abdi, qui a préféré réaliser l'entretien par écrit, n'a fait que confirmer ce fait en m'expliquant alors :

« Le système psychiatrique en France est totalement inadapté : manque de personnel, et là c'est mon côté soignant qui parle, mais quand y a 2 psychiatres plus 1 interne pour 26 patients je trouve ça trop peu... Les patients hospitalisés peuvent même pas avoir un entretien avec le psychiatre par jour. »

Le témoignage de ce jeune homme est d'autant plus intéressant puisque ce dernier appréhende les hôpitaux psychiatriques sous deux angles différents : celui du jeune étudiant infirmier et celui du patient atteint de schizophrénie. Il a alors eu l'occasion de faire partie des deux catégories de personnes que nous pouvons retrouver dans ces institutions, nommées

par Goffman³¹, à l'époque des asiles, les reclus - les personnes isolées et bloquées dans l'institution - et le personnel, que nous aurons plutôt tendance à appeler de nos jours : les patient·e·s et le personnel.

De surcroît, les propos d'Arnaud Durand, psychiatre et chef de service au CHU de Grenoble, viennent conforter cette idée. En effet, lors d'une question relative aux hôpitaux psychiatriques et à leur fonctionnement, M. Durand m'explique alors :

« Il y a un gros problème en ce moment, il y a eu pendant des années une mauvaise gestion des postes d'internes en psychiatrie, ce qui fait qu'aujourd'hui les départs en retraite ne sont absolument pas compensés et qu'il y a un manque de psychiatres qui est considérable (...) et je ne parle même pas du manque de moyens ».

Par ailleurs, M. Durand n'est pas le seul psychiatre à penser cela, puisque Mme Lecompte³², lors de notre entretien, a exprimé un point de vue relativement similaire, tenant les propos suivants au sujet des hôpitaux psychiatriques:

« Alors déjà il y a un gros manque de personnel, ça c'est sûr, mais bon, vous savez, forcément à chaque fois qu'on cherche la rentabilité, la profondeur et la qualité des soins en pâtissent un peu »

Ici, Mme Lecompte soulève un autre problème : la recherche croissante de rentabilité.

Toutefois, si le manque de personnel au sein de ces institutions est indéniable, j'ai voulu m'intéresser aux répercussions de celui-ci sur la qualité des prestations proposées par les hôpitaux psychiatriques. Selon moi, ce manque de moyens se traduit par un manque de suivi au sein de l'institution mais aussi lors de la sortie des patient·e·s de cette dernière. Cela peut, je pense, également entraîner un contrôle et une surveillance moins réguliers pour les patient·e·s considéré·e·s comme à risque. Ainsi, le témoignage de M.Poirier permet encore

³¹ GOFFMAN, Erving. *Asiles : étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Les Éditions de minuit, 1961, 447p.

³² Psychiatre exerçant depuis 34 ans. Elle a maintenant un cabinet de psychiatrie à Aix-en-Provence.

une fois de justifier mes propos, ce dernier affirmant alors concernant son premier séjour en hôpital psychiatrique :

«ils (le personnel de l'hôpital psychiatrique) disent pas d'objets dangereux ou autres mais on avait tous des couteaux sur nous parce que ouais ils ne fouillent pas les valises et je trouve ça bizarre ».

Pour rappel, M.Poirier était alors interné pour tentative de suicide, et pourtant, malgré ses idées suicidaires, il a pu rentrer dans l'hôpital avec un couteau sur lui, témoignant alors d'une faille dans la surveillance des patient·e·s suicidaires qui n'aurait peut-être pas existé s'il y avait eu plus de personnel.

De surcroît, concernant le manque de suivi pendant et après l'hospitalisation, M.Adbi, du point de vue cette fois-ci de l'étudiant infirmier, m'expliquait alors que *« beaucoup de patients une fois sortis d'hospitalisation n'ont pas de suivi car il n'y a pas assez de psychiatres »*. Ici, l'enquête insiste bien sur l'aspect anormal de ce manque de suivi, découlant, non pas du fait que ce suivi ne fait pas partie des prérogatives de l'hôpital psychiatrique, mais que ce dernier n'est pas en mesure de le dispenser à cause du manque de psychiatres.

3. Pouvoir discrétionnaire et méthodes arriérées

Pour finir, je pense néanmoins que les controverses liées aux hôpitaux psychiatriques ne sont pas seulement corrélées à des enjeux strictement structurels, concernant uniquement l'organisation de l'institution et son manque de moyens, mais que celles-ci peuvent également être liées à certains aspects et pratiques intrinsèques à l'institution. En outre, les chambres d'isolement et les techniques de contentions peuvent notamment être sujettes à controverse. Par exemple, M.Adbi, qui a fait l'expérience des chambres d'isolement, a tenu les propos suivants:

« Les chambres d'isolement franchement c'est pire que la prison, c'était un enfer d'être enfermé voire contenu dans une pièce où tu ne peux pas fuir ».

La chambre d'isolement semble alors extrêmement traumatisante pour beaucoup de patient·e·s. Cette pratique datant en réalité de l'époque des asiles est pourtant encore utilisée

actuellement, mais cette fois-ci pour des fins médicales dans l'objectif de protéger l'individu de lui-même. Si le but de cette intervention a certes changé, son utilisation reste néanmoins en vigueur.

De surcroît, je ne puis m'empêcher de penser également que les hôpitaux psychiatriques sont parfois dotés d'une sorte de pouvoir discrétionnaire leur permettant de commettre certains abus de pouvoir/ d'autorité sur les patient·e·s. Sur ce sujet-là, M .Abdi m'a raconté avoir été témoin d'une scène choquante lors d'un stage au sein d'un hôpital psychiatrique, il m'a alors expliqué ceci au sujet d'une intervention sur une patiente délirante :

« Au total il y avait plus d'une dizaine de personnes autour d'une patiente qui se sentait persécutée. Au terme d'un entretien de 5 minutes avec la patiente (oui, 5 minutes, montre en main), le psychiatre décide d'une injection d'un sédatif. La patiente qui n'était pas violente se retrouve contenue par la sécurité pendant qu'une infirmière lui injecte le médicament en question, alors que le sédatif est censé être administré en cas de dernier recours, ce qui n'était pas le cas ».

Ici, l'institution est alors en plein abus de pouvoir puisque, le sédatif n'étant normalement administré qu'en cas d'extrême nécessité, celle-ci n'avait alors pas à l'injecter à la patiente.

En somme, mes enquêté·e·s semblent témoigner d'une vision à connotation fortement négative des hôpitaux psychiatriques, vus comme des institutions manquant de personnel et de moyens, entraînant ainsi de nombreux problèmes sous-jacents.

Pour conclure la première partie de ce mémoire, l'entrée des personnes atteintes d'un trouble mental dans le milieu médical est cruciale et hautement symbolique pour la suite de leur vie. De plus, le diagnostic, le suivi psychiatrique et, dans certains cas, le passage dans les hôpitaux psychiatriques sont trois étapes souvent décisives et marquantes lors de cette entrée, appréhendées toutes trois avec des points de vue assez divergents selon les individus. De plus, l'entrée médicale n'est pas la seule forme d'entrée à laquelle les personnes atteintes de troubles vont devoir se confronter. En effet, l'entrée administrative et sociale est également déterminante.

PARTIE II : L'entrée administrative et sociale des personnes atteintes de troubles

Une fois reconnues au niveau médical comme ayant un trouble mental, les personnes atteintes de troubles pourront décider de faire reconnaître ce statut au niveau administratif. Quant à leur vie sociale, ces dernières pourront également décider de mettre en avant leur trouble, ou au contraire de l'occulter. Ainsi, cette 2^{ème} partie sera l'occasion de s'intéresser, dans un premier chapitre, aux aides proposées par l'État pour les personnes atteintes de troubles mentaux ainsi qu'au rapport à l'écrit de mes enquêté·e·s, avant de s'intéresser, dans un second chapitre, à la place des troubles mentaux dans la vie quotidienne. Enfin, dans un dernier chapitre, je porterai mon regard sur la façon dont l'accès à l'information, concernant les troubles mentaux, s'articule.

Chapitre 1 : Les aides mises en place et le rapport à l'écrit

Au sein de la société française, les personnes atteintes de troubles mentaux, une fois leur trouble reconnu, ont la possibilité de faire valoir leurs droits afin de bénéficier d'aides dans le but de pouvoir vivre de la façon la moins contraignante possible. Je me suis donc intéressée aux rapports de mes enquêté·e·s à ces dispositifs d'aide. Mais avant d'entrer dans le vif du sujet, il serait intéressant de faire un bref état des lieux des principales aides disponibles.

1. Les aides disponibles

Depuis sa création avec la loi du 11 février 2005, la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) est définie, par le ministère de l'intérieur, comme le « *lieu unique destiné à faciliter les démarches des personnes handicapées* ». Celle-ci a alors eu pour objectif, lors de sa création, de permettre aux usagers de rassembler les différentes démarches relatives à leurs troubles en son sein. La MDPH propose alors plusieurs aides dont voici les principales : l'AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé), l'AAH (Allocation aux adultes handicapés), l'ESMS (Orientation vers un établissement ou service médico-social), la PCH (prestation de compensation du handicap), la RQTH (Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) et l'ACTP (Renouvellement d'allocation compensatrice). Au vu de cette liste, les dispositifs d'aides mis en place par l'État semblent être nombreux et variés. Cependant, beaucoup d'enquêté·e·s ont témoigné

d'une certaine difficulté à percevoir ces aides, pour plusieurs raisons. Mme Martinez, atteinte de bipolarité et diagnostiquée depuis peu, a lors de notre échange, parfaitement bien résumé la situation en tenant les propos suivants : « *Au final oui y a des aides, beaucoup même hein, mais elles sont pas très accessibles quoi* ». Par ailleurs, ce phénomène d'inaccessibilité peut s'expliquer par plusieurs raisons.

2. Un accès difficile

Premièrement, il semblerait que beaucoup de personnes n'ont simplement pas connaissance des aides mises en place par l'État. En effet, malgré les nombreux dispositifs proposés, beaucoup de personnes atteintes de troubles n'en bénéficient d'aucun, non pas parce qu'elles ne le veulent pas, mais parce qu'elles n'ont pas connaissance de ces derniers. Le problème viendrait alors du manque d'informations disponibles au sujet de ces aides. Dans la plupart des cas, les personnes atteintes de troubles doivent s'informer par elles-mêmes, passant alors souvent par internet comme l'explique M. Poirier, atteint de troubles bipolaires.

« Le point négatif c'est que là-dessus (au sujet des aides) je n'ai pas eu les réponses attendues donc merci internet, ça aurait été un plus que les spécialistes informent de ce qui peut être mis en place ou autre, c'est vrai que ça manque cette communication là-dessus ».

Au vu de ses dires, il paraît que les psychiatres n'informent pas leurs patient·e·s, ceux-ci/celles-ci devant alors se débrouiller seul·e·s. Pourtant, en parlant de cela avec M. Durand, psychiatre au CHU de Grenoble, celui-ci m'explique :

« Alors déjà il faut savoir que c'est le rôle du psychiatre de parler des aides dont peuvent disposer les patients. Après ce n'était pas forcément le cas avant, c'est vrai que certains patients nous disent que les vieux psychiatres ne les informent pas là-dessus quoi ».

Ainsi, les psychiatres ont donc bien pour prérogative d'informer ces dernier·e·s sur ces sujets-là. Cependant, comme le notifie M. Durand, cette prérogative est relativement nouvelle et ne s'inscrit pas dans les rôles et enjeux principaux de ce métier.

Par ailleurs, pour appréhender cette évolution du rôle des psychiatres et comprendre pourquoi ceux-ci/celles-ci ne respectent pas forcément ces nouvelles prérogatives, nous pouvons nous rapprocher de la sociologie des institutions en étudiant ici le concept de fonctionnalisation. Développé par Bertrand Lacroix et Jacques Lagroye³³ dans un ouvrage commun, ce concept désigne le fait d'attribuer à une institution des fonctions ou des rôles qui ne sont pas ceux qu'on lui avait initialement attribué. Ainsi, dans chaque institution, en fonction de l'usage qui est fait de cette dernière, un processus de fonctionnalisation est susceptible de se mettre en place et de modifier son rôle. Dans le cas énoncé ci-dessus, le métier de psychiatre est l'institution en question, qui, au fur et à mesure que le secteur de la psychiatrie s'est inscrit dans une démarche de soin envers les patient·e·s et non plus d'enfermement et de contrainte, s'est fonctionnalisée pour développer un nouveau rôle, loin de celui initialement prévu : informer les patient·e·s des aides dont ils peuvent bénéficier. Ce changement étant récent et ce nouveau rôle n'étant pas explicite, beaucoup de psychiatres n'en ont pas conscience et ne remplissent donc pas cette fonction, expliquant alors pourquoi la plupart des personnes atteintes de troubles doivent s'informer elles-mêmes concernant ce sujet.

Cependant, le manque d'information n'est pas le seul facteur contribuant à la difficulté d'accès aux aides. En effet, pour bénéficier de ces dernières, les démarches sont souvent très longues, redondantes et complexes.

3. Des démarches complexes : le rapport à l'écrit

Comme l'explique Clara Deville³⁴, sociologue de l'action publique étudiant les parcours d'accès au RSA en milieu rural, « *les demandeurs suivent des « chemins du droit » comprenant plusieurs obstacles qui sont configurés par les dimensions spatiales des administrations* ». Ainsi, les personnes atteintes de troubles mentaux voulant bénéficier d'aides vont devoir se conformer aux attentes de l'administration. Cependant, cette mise en conformité requiert parfois le développement, chez elles, de compétences qu'elles n'avaient

³³ LACROIX, Bertrand et LAGROYE, Jacques. Le président de la République. Usages et genèses d'une institution. Paris : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1992, 402p.

³⁴ DEVILLE, Clara ; « Les chemins du droit : ethnographie des parcours d'accès au RSA en milieu rural » ; *Gouvernement et action publique*, n°7, 2018, pp. 83-112.

pas forcément à la base, ce qui va donc créer des « *chemins du droit inégalitaires* ». Ainsi, certaines personnes atteintes de troubles mentaux, à cause de leur trouble ou non, peuvent avoir plus de difficultés que d'autres lors des démarches à réaliser, notamment à cause du nombre de documents à remplir par exemple.

C'est d'ailleurs le cas pour Camille Dupuy, atteinte du Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI), qui, alors qu'elle n'a que 24 ans, se retrouve à devoir gérer seule des démarches administratives afin de disposer d'aides.

« Ça fait depuis octobre que j'ai commencé mon dossier d'AAH, là j'ai fait 26 pages et je suis à la dernière étape où je dois l'envoyer en courrier recommandé et j'y suis toujours pas allée parce que...parce que au bout d'un moment j'en peux plus quoi (...) la paperasse pour quelqu'un de valide, bah déjà ça peut être chiant mais c'est pas si insurmontable en fait, et pour moi perso³⁵ ça prend vraiment beaucoup beaucoup de place. Et moins tu es valide plus tu as de paperasse à faire, juste au secours ».

Par ailleurs, Mme Martinez, 29 ans, atteinte de trouble bipolaire, rejoint Mme Dupuy sur la question.

« Pour le coup je trouve les démarches extrêmement difficiles et j'avoue que j'ai pas terminé le dossier, il est immense, il donne pas envie, c'est rébarbatif au possible, et c'est vraiment un pavé, c'est un pavé quand tu le vois... enfin vraiment je me dis, pour un truc qui est fait pour des gens qui sont pas bien c'est pas, c'est pas adapté quoi ».

Toutes deux partagent une réflexion similaire selon laquelle les démarches administratives ne sont effectivement pas adaptées à tous, ce qui crée donc des inégalités d'accès aux aides. Sur ce sujet, Mme Lecompte, psychiatre, rejoint le même point de vue, expliquant alors :

« J'ai l'impression qu'il y a une certaine lourdeur administrative pour tout maintenant donc oui effectivement sur le plan psy³⁶ on voit vraiment la différence entre ceux qui sont entourés, qui sont aidés par exemple ceux qui vont avoir une assistante sociale et bien ceux-là vont obtenir beaucoup plus d'aides alors qu'il y a en a d'autres

³⁵ Abréviation de « personnellement »

³⁶ Abréviation de « psychologique »

qui sont tout seuls dans leur coin là et ils ont quasiment aucune ressource du coup ils n'obtiennent rien. »

De surcroît, comme nous pouvons le comprendre avec les témoignages de Mme Martinez et Mme Dupuy, et comme l'explique Clara Deville³⁷ dans son ouvrage, l'utilisateur est de plus en plus considéré, dans le cadre des démarches administratives, comme le « coproducteur ». En ce sens, l'administration va avoir de plus en plus tendance à lui confier, lui déléguer certaines tâches qu'elle réalisait elle-même avant. Ainsi, il y a de plus en plus de « paperasse » pour les usagers et ces derniers sont de plus en plus susceptibles de ressentir une certaine lourdeur administrative lors des démarches. Par ailleurs, cela s'explique notamment par l'arrivée des démarches en ligne, qui autonomisent beaucoup plus l'utilisateur et qui l'obligent à faire lui-même lesdites démarches étape par étape, tandis qu'avant, celles-ci se faisaient directement avec l'administration. Nous pouvons alors dire que l'utilisateur entre dans « *la division du travail administratif* ».

Outre cela, la sociologue Yasmine Siblot, lors de son travail d'analyse des rapports des classes populaires envers les administrations³⁸, oppose deux formes d'administrations différentes : celle où l'utilisateur peut « *faire valoir ses droits* » et celle où il a plutôt le sentiment de devoir « *demander l'aumône* ». Or, selon que les personnes atteintes de troubles mentaux, en faisant des démarches pour bénéficier d'aides (telles que la création d'un dossier à la MDPH par exemple), ont l'impression d'être face au premier ou au deuxième cas, ces dernières n'auront pas le même point de vue concernant les démarches qu'elles effectuent et pourront être plus facilement découragées comme en témoigne Mme Dupuy.

« En fait j'ai juste l'impression d'être complètement dépassée, délaissée, que genre je dois me débrouiller seule pour avoir un truc³⁹ que je suis censée avoir le droit d'avoir ».

Finalement, si les enquêtés témoignent d'une certaine difficulté lors de l'accès aux aides, cela peut s'expliquer par le déficit informationnel au niveau desdites aides ainsi que

³⁷ DEVILLE, Clara ; « Les chemins du droit : ethnographie des parcours d'accès au RSA en milieu rural » ; *Gouvernement et action publique*, n°7, 2018, pp. 83-112.

³⁸ SIBLOT, Yasmine. « Les rapports quotidiens des classes populaires aux administrations : analyse d'un sens pratique du service public », *sociétés contemporaines*, n°58, 2005, pp.85-103.

³⁹ En l'occurrence, Mme Dupuy parle de la RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé)

par la complexité, la lourdeur ainsi que la longueur des démarches administratives nécessaires afin de les obtenir.

Chapitre 2 : les troubles dans la vie quotidienne

En parallèle de leur entrée administrative, les personnes atteintes de troubles doivent également faire, à nouveau, leur entrée dans le monde social, en ayant cette fois conscience d'avoir un trouble mental. Si cette étape peut paraître anodine, elle est en réalité déterminante et va positionner socialement l'individu. Par ailleurs, suite à l'apparition et le diagnostic de son trouble, celui-ci va devoir, d'une certaine façon, reconstruire son identité.

1. L'importance du regard d'autrui

Le regard des autres envers une personne atteinte de troubles mentaux va fortement influencer sa reconstruction sociale et sera donc décisif lors du processus de création de son identité. Pour mieux appréhender l'importance du regard extérieur pour l'individu, nous pouvons nous appuyer sur le concept de la face développé par Erving Goffman, concept que j'ai présenté dans l'introduction de ce mémoire⁴⁰. Pour rappel, selon lui, la face désigne alors une valeur sociale positive qu'un individu va revendiquer selon certains attributs sociaux. Finalement, le but principal de la face, qui n'est d'ailleurs pas intrinsèque à l'individu et qui est alors toujours susceptible d'être perdue, c'est de donner à autrui une bonne image de soi. Il est donc important pour l'individu de garder la face, auquel cas l'intégration dans la société serait impossible pour lui. Par ailleurs, notre face n'est pas obligatoirement en adéquation avec ce que nous sommes réellement, mais peut être plutôt vue, en ayant recours à la métaphore théâtrale, comme un masque ou un costume qui permet de conquérir le public.

Ainsi, certaines personnes atteintes de troubles vont avoir tendance, en société, à invisibiliser leur trouble pour essayer de s'intégrer, tandis que d'autres vont préférer s'entourer de personnes semblables pour faire partie de leur propre vision de la normalité, sans recevoir de jugement.

⁴⁰ GOFFMAN, Erving. *Les rites d'interaction*. Les éditions de minuit, 1974, 240p.

2. Logique d'invisibilisation ou de mise en exergue du trouble

Comme explicité ci-dessus, pour préserver leur face, certaines personnes vont décider d'invisibiliser au plus possible leur trouble afin de pouvoir s'intégrer en société et ainsi correspondre à la vision générale de la norme. C'est notamment le cas de Camille Dupuy qui est atteinte du Trouble Dissociatif de l'Identité. Lors de mon entretien avec elle, nous nous sommes attardées sur plusieurs sujets dont celui de la place du trouble en société. Elle m'a alors expliqué que beaucoup de personnes ne comprennent pas le TDI ou n'y croient pas, pensant alors que Mme Dupuy ment, ou du moins exagère grandement. Selon elle, « *quand on a des pathologies mentales on peut directement être classé-e-s comme pas crédibles, fous, instables etc., les gens ont beaucoup d'a priori et de préjugés* » Or, pour rompre avec l'image que se font les individus d'une personne ayant un trouble mental et afin de passer pour « *quelqu'un de normal* », elle a décidé d'invisibiliser au maximum son trouble, notamment à son travail où elle exerce en tant que développeuse web.

« Non bah je refuse d'en parler au travail, personne sait, je veux pas que les gens sachent en fait (...) pour moi des fois il vaut mieux cacher ses pathologies mentales parce que ça peut être un gros gros problème à l'emploi. Même je veux pas qu'au travail les gens me voient juste comme la fille bizarre avec un TDI »

Ici, pour garder la face et pouvoir pleinement s'intégrer dans le milieu laboral, Mme Dupuy a opté pour une stratégie d'invisibilisation, stratégie qui, selon elle, semble la plus adéquate.

Néanmoins, certaines personnes peuvent à l'inverse opter pour une stratégie bien différente, décidant d'assumer pleinement leur trouble et donc, au contraire, de le mettre en exergue. C'est notamment le cas de Victor Poirier, atteint de bipolarité, ayant effectué 3 séjours en hôpital psychiatrique.

« Depuis ma sortie tout le monde comprend, j'ai rencontré de nouvelles personnes j'ai été clair direct⁴¹ et précis dès la rencontre, les gens l'ont plutôt bien accepté donc je trouve ça plutôt pas mal. J'ai reçu 2/3 messages méchants quand même de quelques personnes mais je m'en moque. Par contre je me sens compris mais il y a quand même

⁴¹ Abréviation de « directement »

une petite minorité de personnes qui finalement ne comprennent pas dont des amis très proches. Si je dois faire un % je dirais 80% de gens qui comprennent et 20% qui ne comprennent pas ».

Ainsi, M.Poirier assume complètement ses troubles et semble ne pas porter attention, contrairement à l'ensemble des autres enquêté·e·s, au regard des autres. Il n'exprime alors aucune envie de se conformer à la norme, de paraître comme tout le monde, nous montrant alors que si, certes, le regard d'autrui va contribuer à forger les identités d'un grand nombre de personnes, ce n'est pas le cas pour toutes.

3. La reconstruction des interactions sociales

Toujours avec l'idée de devoir, pour une personne atteinte d'un trouble mental, reconstruire son identité sociale après avoir pris conscience de son trouble, nous pouvons penser que l'individu, pour éviter tout jugement, pourrait avoir tendance à fréquenter des pairs, c'est à dire des personnes qui lui sont semblables. Ainsi, en fréquentant des personnes qui ont par exemple le même trouble que lui, celui-ci ne se sentira pas jugé et, au contraire, aura même l'impression de faire partie de la normalité. C'est d'ailleurs ce qu'ont décidé de faire la grande majorité des personnes que j'ai pu interroger, parfois de façon totalement non intentionnelle et sans même s'en rendre compte. C'est notamment le cas de Mme Dupuy, 24 ans, atteinte du trouble dissociatif de l'identité et diagnostiquée depuis un peu plus d'un an. En lui demandant si celle-ci se sent jugée par les autres et si elle pense que les mentalités ont évolué sur le sujet, elle a alors tenu les propos suivants :

« Je pense que c'est super difficile pour moi de répondre parce que je grave essentiellement autour de gens qui ont aussi un TDI, qui connaissent quelqu'un qui en a un ou alors qui justement sont très curieux de ça et donc du coup je pense que ouais, je suis dans une sorte de cluster de la population finalement, je sais pas si tu vois ce que je veux dire, mais du coup j'ai pas le recul et tant mieux (rire). ».

Il paraît alors clair que Mme Dupuy, pour ne pas subir de jugement, a décidé de fréquenter des personnes qui lui sont semblables. C'est également le cas pour Lucas Colin, 17 ans, auto-diagnostiqué autiste, qui a préféré réaliser l'entretien de façon manuscrite :

« Quant à mes amis, étant donné que je ne fréquente quasiment que des personnes du milieu militant, un peu par choix d'ailleurs, ce sont bien sûr des personnes safes⁴² »

À l'instar de Mme Dupuy, M. Colin a choisi de côtoyer uniquement des personnes qui partagent les mêmes opinions que lui, afin d'être sûr que celles-ci ne seront pas dangereuses pour lui.

Par ailleurs, M. Poirier, atteint de bipolarité mais ayant également un passif en tant qu'alcoolique et cocaïnomane, semble également fréquenter des personnes qui lui sont semblables. Néanmoins, si M. Poirier côtoie, tout comme Mme Dupuy et M. Colin, des personnes lui ressemblant, ce n'est pas pour les mêmes raisons :

« Dans mon cercle d'amis proches, tous les garçons ont tous un réel souci avec l'alcool et d'autres avec la cocaïne (...) C'est des gars que je connais depuis très longtemps pour la plupart, on est un peu tombés dedans en même temps, et maintenant, comme moi j'en suis sorti, j'essaie de les sortir de là aussi quoi ».

Dans son cas, M. Poirier ne côtoie pas des personnes que l'on pourrait considérer comme des pairs parce qu'il a peur du jugement des autres ou du fait de devoir assumer son trouble, mais parce qu'il veut aider ces personnes à s'en sortir, en leur montrant, en quelque sorte, le chemin à suivre. Si la finalité est la même, le but est bien différent.

Finalement, nous avons pu voir que, suite à l'annonce du diagnostic, les individus, en étant pleinement conscients du fait d'avoir un trouble mental, vont modifier leur interaction sociale et vont devoir partiellement reconstruire leur identité.

Chapitre 3 : des troubles plus ou moins acceptés : logiques de stigmatisation et de légitimation

Comme nous avons pu le voir précédemment, les personnes atteintes de troubles mentaux se heurtent souvent au jugement d'autrui, puisque les troubles sont très souvent stigmatisés. Cependant, si les logiques de stigmatisation des troubles mentaux sont encore

⁴² Ici, M. Colin veut expliquer que ces personnes sont sûres, sans risque pour lui

bien présentes, des logiques de légitimation⁴³ de ces derniers font également leur entrée.

1. Des termes qui stigmatisent : l'importance des mots

Pour commencer, la stigmatisation des troubles mentaux semble être accentuée par différents facteurs et notamment par les termes choisis. En effet, l'importance des mots est alors largement sous-estimée ; cependant, en choisissant un mot plutôt qu'un autre, un terme en particulier, une appellation précise etc. pour désigner une personne atteinte de troubles mentaux, nous enfermons et contraignons celle-ci à se définir d'une certaine façon plutôt que d'une autre. Pour appréhender l'importance des termes utilisés, nous pouvons nous appuyer sur une hypothèse issue de la linguistique, souvent reprise dans le cadre du mouvement structuraliste,⁴⁴ développée par Ferdinand de Saussure. Selon lui, la langue constitue un système qui combine des signes qui vont évoluer de façon à ce qu'ils s'imposent à ceux qui la manient. Ainsi, chaque mot d'une langue est construit socialement et désigne alors un concept fermé qui contraint l'individu qui l'utilise. Le langage est donc rempli de structures inconscientes qui enferment l'individu. En ce sens, une personne atteinte de troubles mentaux, selon les mots que nous utilisons, va se retrouver bloquée, jugée selon la représentation que nous avons du terme. De plus, il se peut même que l'utilisation de certains termes contribue à façonner son identité.

En outre, le diagnostic, en imputant à la personne atteinte de troubles un terme souvent fortement connoté, va enfermer celle-ci dans la représentation que nous avons de ce terme. Cette dernière risque alors de se définir ou de se faire définir par les autres uniquement selon celui-ci, contribuant alors à stigmatiser ladite personne. Si nous suivons cette réflexion, nous pourrions donc nous dire que le diagnostic est stigmatisant en soi et qu'il contribue alors à la stigmatisation des troubles. C'est d'ailleurs l'avis de Rachelle Alvarez, psychopraticienne âgée de 30 ans, qui m'a fait part d'une opinion assez tranchée sur le sujet.

« Ah mais totalement, le diagnostic c'est horrible ! vous n'imaginez pas l'impact que

⁴³ . En utilisant le terme « légitimation », j'entends parler du phénomène de déstigmatisation des troubles mentaux, du fait que les troubles mentaux sont de moins en moins vus de manière péjorative et sont, par la même occasion, de moins en moins tabous.

⁴⁴ Le structuralisme est un mouvement notamment défendu par Claude Lévi-Strauss et Louis Althusser, partant du principe que le monde est régi par une multitude de structures conscientes et inconscientes qui existent indépendamment de l'individu et qui façonnent son identité ainsi que ses interactions.

ça a sur une personne de lui dire qu'elle est... je ne sais pas... schizophrène par exemple, plutôt que de lui dire qu'elle a une... une ... perception perturbée de la réalité qui... se manifeste par des sortes d'idées délirantes, des hallucinations et de la paranoïa. Comment dire... dans les deux cas, vous venez de dire à la personne la même chose, mais d'une façon très différente, et ça va totalement changer la réaction de la personne en face, vous voyez ce que je veux dire ? »

En ce sens, employer des termes, eux-mêmes fortement connotés et stigmatisés au sein de l'espace social, tels que « bipolarité » ou « schizophrénie » pour définir un individu, va contribuer, de facto, à stigmatiser ce dernier, à ses yeux, mais également à ceux de la société. Par ailleurs, M. Durand, psychiatre et chef de service au CHU de Grenoble, partage une opinion relativement similaire.

« Les termes stigmatisent beaucoup, c'est pour ça qu'aujourd'hui on ne devrait plus parler de schizophrénie mais de patients qui ont un trouble schizophrénique, ce sont des détails. Les jeunes médecins sont mieux éduqués de cette façon-là. »

M. Durand rejoint alors d'une certaine façon la vision de Mme Alvarez, explicitant d'ailleurs que les jeunes psychiatres sont plus sensibles à cela. Donc, nous pourrions penser qu'avec le temps, le diagnostic se métamorphosera partiellement puisque les médecins n'utiliseront plus certains termes, ce qui contribuera à déstigmatiser les troubles mentaux.

2. La légitimation par l'information

Si les termes utilisés peuvent être extrêmement stigmatisants, le déficit informationnel l'est également. En effet, comme l'explique M. Durand, « *la stigmatisation, très souvent, est liée à un défaut d'information* ». Ainsi, le fait d'être bien informé·e par rapport aux troubles mentaux permet de les démystifier et donc de moins les stigmatiser. Pour illustrer cela, je vais prendre l'exemple du Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI), exemple qui me paraît assez frappant. En effet, la connaissance de ce trouble comme un trouble à part entière et non pas comme un symptôme d'autres troubles est très récente, si on compare avec certains troubles dont nous avons connaissance depuis bien plus longtemps, tels que la bipolarité ou la schizophrénie. De ce fait, le TDI est bien moins connu puisque, par conséquent, nous ne

sommes pas autant informés sur ce trouble que sur les autres, ce qui contribue à sa stigmatisation. En partant de ce principe, ce trouble semble être plus stigmatisé que d'autres. C'est d'ailleurs le point de vue de Camille Dupuy, elle-même atteinte de TDI.

« Ah oui non mais le TDI c'est pas du tout connu hein, déjà ma psychiatre ne connaissait même pas bien, et même je pense que du coup on est plus jugé·e·s parce que souvent en plus du jugement y a de la curiosité mal placée quoi, parce que les gens ne comprennent pas ce que c'est et du coup ils se posent des questions. Genre vraiment quand tu dis aux gens que t'as un TDI on dirait que t'es une bête de foire (...) quand t'es bipolaire bah c'est un peu pareil mais les réactions des autres sont moins violentes j'ai l'impression quand même, pour le TDI vraiment des fois j'ai l'impression que ça leur paraît inconcevable⁴⁵ »

De surcroît, dans le but justement de déstigmatiser ce trouble ainsi que les troubles mentaux en général, beaucoup de personnes elles-mêmes atteintes de troubles ont décidé d'en parler librement sur les réseaux sociaux afin d'informer le grand public. Ainsi, ces personnes deviennent alors ce que l'on appelle des patient·e·s-expert·e·s qui ont pour but d'aider, d'informer et de répondre aux questions de leurs interlocuteurs/interlocutrices au sujet de leur trouble. C'est notamment ce que fait Victor Poirier au quotidien, en parlant de sa bipolarité sur Instagram.

« C'est vrai que je commence à avoir pas mal d'abonnés sur insta ⁴⁶, je suis assez content d'ailleurs, mais mon but c'est pas tant d'être connu hein (rire), je veux plus aider les personnes qui en ont besoin, parce que le moi d'il y a 5 ans il aurait bien aimé tomber sur un compte insta comme le mien. Donc voilà, c'est plus pour ça, et puis je me dis que si je le fais pas personne va le faire en fait. »

En outre, comme il est possible de s'en rendre compte avec l'extrait d'entretien ci-dessus, beaucoup de personnes atteintes de troubles décident d'informer sur les réseaux sociaux pour combler une sorte de déficit informationnel. Comme si elles étaient obligées de le faire, parce que si elles ne le font pas, personne ne va le faire à leur place. Finalement, ce serait

⁴⁵ Ici, Mme Dupuy veut dire que la plupart des personnes trouvent inconcevable qu'un tel trouble mental puisse exister

⁴⁶ Abréviation d'instagram

normalement à l'État de faire cette prévention, mais comme celui-ci ne s'en charge pas, d'autres personnes ont décidé de le faire. Par ailleurs, M. Durand, psychiatre, partage ce point de vue.

« Je pense que c'est une des missions de l'État, très clairement, c'est une mission du ministère de la santé, comme ils font pour le tabac, certains cancers. Le problème c'est qu'il n'y a encore pas si longtemps l'État était très peu au fait de la psychiatrie et des problèmes en psychiatrie, c'est très récent, depuis le covid en fait, qu'on se dit qu'il y a un manque de moyens en psychiatrie. Mais oui c'est très clairement le rôle de l'État, et si c'est fait par internet et les associations c'est parce que l'État ne le fait pas, l'État s'empare d'un sujet une fois que ça devient un problème. Aujourd'hui, je ne suis pas sûr que beaucoup d'influenceurs fassent des campagnes de dépistage sur le tabac, et pourquoi ? Bah parce qu'il y en a déjà et là dans la prévention des troubles psychiques l'État ne joue pas son rôle »

Néanmoins, il se peut que certaines personnes atteintes de troubles décident d'informer sur le sujet pour d'autres raisons, par exemple parce qu'elles n'ont pas confiance en l'État. C'est notamment le cas pour Camille Dupuy comme elle me l'a expliqué.

« Perso⁴⁷, pour moi l'État perd vraiment en crédibilité, moi personnellement je ne le trouve pas crédible à chaque fois qu'il porte un sujet donc voilà, on a vu les campagnes féministes, plein de sujets comme ça qui vont pas du tout. Donc, laisser l'État porter un sujet j'suis en mode « pffff » autant le faire nous-même en vrai ça sera mieux fait, laisser les personnes concernées le faire aussi comme ça on est sûr que c'est bien fait. »

Ainsi, Mme Dupuy a décidé d'informer les autres, non pas pour combler un déficit informationnel, mais parce que, pour elle, elle est la mieux placée pour parler de ce sujet puisqu'elle souffre elle-même d'un trouble mental.

Finalement, le manque d'information et les termes utilisés contribuent grandement à la stigmatisation des troubles mentaux.

⁴⁷ Abréviation de personnellement

Grace à cette deuxième partie, nous avons pu appréhender l'entrée administrative et sociale des personnes atteintes de troubles. Ainsi, nous avons notamment pu comprendre la façon dont, de manière plus ou moins directe, l'État, en mettant en place certaines politiques publiques en matière de santé mentale, va influencer le comportement des personnes atteintes de troubles mentaux, qui vont d'ailleurs les percevoir de manière différente.

Discussion autour des corrélations entre les entrées médicale, administrative et sociale des personnes atteintes de troubles

De prime abord, il n'y a pas forcément de liens directs et évidents entre l'entrée médicale des personnes atteintes de troubles mentaux et leur entrée administrative et sociale. Pourtant, je vais essayer ici de vous prouver l'inverse, en vous montrant comment l'une influence les deux autres.

Premièrement, dans ce mémoire, j'ai fait le choix de présenter les entrées médicale, administrative et sociale comme s'opérant de manière chronologique, puisque, la plupart du temps, c'est le cas. Souvent, l'individu atteint d'un trouble mental va commencer par s'orienter vers des professionnel·les de santé afin de se faire poser un diagnostic. À la suite de ce diagnostic, ce dernier va sûrement devoir apprendre à vivre avec son trouble et à le gérer, il aura alors sûrement besoin d'un suivi psychiatrique et/ou psychologique. C'est une fois le diagnostic posé et le suivi psychiatrique et/ou psychologique mis en place que l'individu va devoir gérer son entrée dans le monde social. Une fois cela effectué, il pourra alors s'orienter vers l'administration afin d'obtenir des aides.

Cependant, si cette configuration est assez répandue, il se peut que pour certaines personnes, l'entrée médicale s'entrechoque avec l'entrée administrative et l'entrée sociale plus qu'elle ne les précède. Par exemple, si le diagnostic met du temps à être posé, l'individu peut commencer les démarches afin de bénéficier d'aides. Ou alors, certaines personnes s'autodiagnostiquant, vont alors se construire socialement comme ayant un trouble mental avant même d'être diagnostiquées de façon officielle.

De surcroît, l'entrée médicale influence grandement les entrées sociale et administrative. En effet, c'est notamment à cause du diagnostic posé par des professionnel·les de santé que la plupart des individus vont reconstruire leur identité sociale. C'est alors le diagnostic, outil à la base médical, qui va devenir une sorte de marqueur social

influençant fortement l'intégration sociale et les stratégies de cette même intégration de l'individu diagnostiqué. En ce sens, c'est parce qu'il y a eu une reconnaissance médicale d'un trouble qu'il doit y avoir une entrée sociale de la personne, cette fois définie comme étant atteinte d'un trouble. A l'inverse, nous pourrions aussi nous dire que dans certains cas, c'est l'évolution de l'identité de l'individu, de sa façon d'agir, de sa place dans l'espace social et de la façon dont il se sent en société, qui va le pousser à consulter des professionnel·les de santé afin d'avoir un diagnostic.

Outre cela, l'entrée administrative des personnes atteintes de troubles mentaux s'avère être pleinement dépendante de leur entrée médicale. En effet, sans avoir de diagnostic formel, celles-ci ne sont pas en mesure de réaliser les démarches afin de bénéficier de dispositifs d'aides et/ou d'accompagnements spécialisés, puisque le diagnostic est nécessaire à la finalisation du dossier administratif qu'ils vont devoir réaliser. De plus, c'est parfois grâce aux informations dispensées aux patient·e·s par les psychiatres concernant les aides disponibles que ceux-ci/celles-ci vont décider de faire les démarches nécessaires. Ainsi, le lien de corrélation entre l'entrée médicale et l'entrée administrative du trouble paraît évident.

Finalement, comme vous avez pu le comprendre, l'entrée médicale des personnes atteintes de troubles mentaux est directement liée à leurs entrées sociale et administrative. Celles-ci ne doivent alors pas être pensées individuellement, puisque c'est en les corrélant et en analysant leurs relations d'interdépendance que nous pouvons appréhender la façon dont la réception différenciée des politiques publiques en matière de santé mentale par les personnes atteintes de troubles va influencer la construction sociale de celles-ci.

Conclusion :

1. Récapitulatif synthétique des idées principales

Pour conclure ce mémoire, laissez-moi tout d'abord revenir sur ses idées principales. Pour rappel, je suis partie, lors de la réalisation de celui-ci, de la problématique suivante : **comment la perception des politiques publiques en matière de santé mentale influence-t-elle sur l'intégration des personnes atteintes de troubles au sein de la société française ? Mais aussi, comment les politiques publiques forment-elles les identités sociales ?**

Tout d'abord, et c'est d'ailleurs en ce point que mon mémoire permet d'apporter une plus-value à la littérature existante, il paraît clair que l'entrée médicale d'une personne atteinte de troubles mentaux va influencer d'une part la place de cette dernière au sein de la société et d'autre part son identité, ainsi que sa construction sociale. Si la littérature s'intéresse, certes, à la façon dont sont reçues et appliquées les politiques publiques en matière de santé mentale par les personnes atteintes de troubles, il n'existe pas, ou très peu, de travaux se penchant sur la façon dont cette réception va influencer la place de l'individu au sein de la société.

Par ailleurs, j'ai pu montrer, dans ma première partie, relative à l'entrée médicale des personnes atteintes de troubles, le rapport différencié des personnes atteintes de troubles mentaux au monde de la psychiatrie. Ainsi, il semble paraître que celles-ci, mêmes si elles appréhendent de différentes façons ce monde-là, ont une vision souvent assez négative de ce dernier. De surcroît, elles ont alors également, dans l'ensemble, une vision souvent négative des politiques publiques mises en place au sein de ce domaine, puisqu'en soi, le passage par le diagnostic, le suivi psychiatrique ainsi que les hôpitaux psychiatriques reposent sur des politiques publiques. Or, la façon dont les personnes atteintes de troubles reçoivent les politiques publiques relatives à la santé mentale va alors influencer indirectement sur la stigmatisation, ou non, des troubles mentaux, puisqu'elle va influencer de façon indirecte la façon dont l'individu se construit socialement et construit ses interactions avec autrui.

Ensuite, dans ma deuxième partie, relative à l'entrée administrative et sociale des personnes atteintes de troubles, j'ai pu montrer que l'État, en mettant en place certaines politiques publiques en matière de santé mentale, va pouvoir influencer de façon indirecte la façon dont l'individu va se percevoir, mais également la façon dont il va arriver à vivre avec son trouble. En effet, l'État met en place des aides, certes, mais celles-ci sont très difficilement atteignables. Or, selon la façon dont les personnes atteintes de troubles mentaux vont appréhender ces aides - si elles ont conscience ou non des aides disponibles, si la procédure leur paraît insurmontable ou au contraire leur paraît être une simple formalité, si elles ont l'impression de devoir se battre pour faire valoir leurs droits ou non etc. -, celles-ci vont être plus ou moins à même d'en disposer, et vont donc, par leurs réceptions différenciées des politiques publiques mettant en place des aides destinées aux personnes ayant des troubles mentaux, devoir arriver à vivre avec leur troubles de façon bien différentes, puisque certaines seront accompagnées et auront notamment des compensations financières tandis que d'autres non.

2. Retour sur mes hypothèses de recherche

De surcroît, lors de l'introduction de ce mémoire, j'avais alors émis deux hypothèses personnelles, l'une selon laquelle les troubles mentaux semblent être de plus en plus acceptés au sein de notre société et l'autre selon laquelle les identités sociales des personnes atteintes de troubles mentaux dépendent en partie de la façon dont elles perçoivent les politiques publiques en matière de santé mentale.

Si j'ai largement pu justifier ma dernière hypothèse tout au long de mon mémoire, ma première hypothèse n'est pas si évidente à affirmer ou infirmer. En effet, aucune donnée explicite ne me permet de la valider. Cependant, nous avons pu voir lors de ce mémoire qu'il existe un phénomène d'accroissement de l'information concernant les troubles mentaux. Or, nous avons également pu comprendre que l'information est étroitement liée à la déstigmatisation des troubles. Nous pouvons alors penser que les troubles mentaux sont effectivement de plus en plus acceptés au sein de notre société, puisque celle-ci est de plus en plus au fait de ces derniers.

Donc, au regard de ce mémoire, il semblerait que mes deux hypothèses de départ sont approuvables.

3. Qu'en est-il pour la suite ?

Si cette première expérience avec la recherche m'a permis de solidifier mes ambitions futures, me poussant à m'orienter totalement vers la recherche en science politique, celle-ci a néanmoins été également source de frustration. En effet, une grande partie des données que j'ai récoltées lors de mon enquête de terrain n'a pas pu être utilisée, puisqu'elle ne s'inscrivait pas dans la problématique que j'avais établie. En ce sens, poursuivre en Master 2 MRSP (Métiers de la Recherche en Science Politique) avec le même objet de recherche me paraît évident. Ainsi, j'aimerais articuler ma réflexion sous un angle différent de celui que j'ai pu aborder cette année, en m'intéressant davantage à la façon dont les démarches nécessaires afin de bénéficier des aides destinées aux personnes atteintes de troubles mentaux créent des chemins d'accès inégaux au droit. M'intéressant notamment davantage aux facteurs favorisant ou défavorisant

lesdites personnes lorsque celles-ci doivent entreprendre des démarches afin de bénéficier d'aides dans le but de faciliter leur quotidien.

SOMMAIRE DES ANNEXES

Bibliographie	p.52
Fiche récapitulative des enquêtés	p.54
Grille d'entretien type : destinée aux psychiatres	p.57
Grille d'entretien type : destinée aux personnes atteintes de troubles mentaux	p.59

Bibliographie :

- ALBERGHINI, Ariane et BARONNET, Juliette. « Aux portes de la rue : les sortants d'hôpitaux psychiatrique ». *Recherche sociale*, n°228, 2018, pp. 2-91.
- BAILLON, Guy. *Quel accueil pour la folie ?* Champ social éditions, 2011. Chap 3, « Obstacles et atouts actuels de la psychiatrie », pp. 171-210.
- BIAREZ, Sylvie. « Une politique publique : la santé mentale (1970-2002) ». *Revue française d'administration publique*, n°111, 2004, pp. 517-531.
- DARMON, Muriel. « *Devenir anorexique : une approche sociologique* », La découverte, 2008, 350p.
- DAYAN, Daniel. « Les mystères de la réception ». *Le Débat*, n°71 1992, pp. 141-157
- DEMAILLY, Lise et AUTES Michel. *La politique de santé mentale en France*. Paris : Armand Colin, 2012. Chap 1 : « Continuités et inflexions de la politique du soin psychique 1950-2011 », pp 15-28.
- DEMAILLY, Lise et AUTES Michel. *La politique de santé mentale en France*. Paris : Armand Colin, 2012. Chap 2 : « Nouveaux contextes sociaux de l'action publique en santé mentale », pp 29-40.
- DEMAILLY, Lise. *Sociologie des troubles mentaux*. Paris : La Découverte, 2011, 126p.
- DEVILLE, Clara ; « Les chemins du droit : ethnographie des parcours d'accès au RSA en milieu rural » ; *Gouvernement et action publique*, n°7, 2018, pp. 83-112.
- DJENANE, Abdelmadjid. « Santé et équité. Vers une économie politique de la santé ». *Pensée plurielle*, n°39, 2015, pp. 109-120.
- DORTIER, Jean-François, « Qu'est-ce qu'un trouble mental ? ». *Les grands dossiers de la science humaine*, n°20, 2009, pp 1-3.
- ENGEL, David et MUNGER, Frank. « *Le droit à l'inclusion. Droit et identité dans les récits de vie des personnes handicapées aux Etats-Unis, EHESS* », col. « En temps et lieux », 2017, 287p., traduit par AUCANTE, Yohann et CAYET, Thomas.
- FOUCAULT, Michel. « *Histoire de la folie à l'âge classique* ». Paris : Gallimard, 1976, pp. 772.
- GOFFMAN, Erving. *Asiles : étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Les Éditions de minuit, 1961, 447p.

- GOFFMAN, Erving. *Les rites d'interaction*. Les éditions de minuit, 1974, 240p.
- GUILLEMAIN, Hervé. « *Diriger les consciences, guérir les âmes : une histoire comparée des pratiques thérapeutiques et religieuses* ». Paris : La découverte, 2006, pp. 348.
- HALL, Stuart. « Codage/décodage ». *Réseaux*, n°68, 1994, pp . 27 à 39
- HURTUBISE, Roch et VELPRY, Livia. « Troubles mentaux : entre changement individuel, problèmes de société et mutations politiques ». *Lien social et politiques*, n°67, 2012, pp. 7-13.
- LACROIX, Bertrand et LAGROYE, Jacques. *Le président de la République. Usages et genèses d'une institution*. Paris : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1992, 402p.
- LEMOINE, Maël, « La définition des troubles mentaux : Brève introduction à une question fondamentale de la philosophie de la psychiatrie contemporaine ». *L'enseignement philosophique*, n°62, 2012, pp 58-70.
- QUETEL, Claude. « *Histoire de la folie, de l'Antiquité à nos jours* ». Tallandier, 2012, pp. 624.
- REVILLARD, Anne. « La réception des politiques du handicap : une approche par entretiens biographiques ». *Revue française de sociologie*, n°58, 2017, pp. 71-95.
- SIBLOT, Yasmine. « Les rapports quotidiens des classes populaires aux administrations : analyse d'un sens pratique du service public », *sociétés contemporaines*, n°58, 2005, pp.85-103.
- SUEUR, Laurent. « La violence dans les asiles psychiatriques dans la première moitié du XIXe siècle ». *Population*, n°55, 1995, pp. 531-533.

Fiche récapitulative des enquêtés

Pour commencer, j'ai débuté mon enquête de terrain en m'entretenant avec **Magalie**, une jeune graphiste de 29 ans, résidant à Montpellier. Diagnostiquée depuis à peine 1 an, elle souffre de bipolarité et d'un trouble borderline. Même si son diagnostic est récent, elle explique que depuis l'âge de 18 ans, correspondant au début de ses consultations chez sa psychologue, elle a conscience de ses troubles. De plus, notre discussion de 50 minutes s'est déroulée de façon fluide et agréable, me laissant pleine d'ambition et de motivation pour la suite de mon enquête.

J'ai ensuite pu m'entretenir avec **Lucas**, un étudiant grenoblois de 17 ans souffrant d'autisme selon un diagnostic auto-effectué. Ne faisant pas confiance aux psychiatres, il a en effet préféré faire son propre diagnostic. De plus, celui-ci ne souhaitant pas faire de visio pour ne pas se sentir mal à l'aise, l'entretien s'est réalisé par écrit. J'ai alors envoyé à Lucas une série de questions écrites auxquelles il a répondu, d'ailleurs très consciencieusement, par écrit également.

Après cela, je me suis entretenue avec **Camille**, une développeuse web de 24 ans, originaire de Montpellier, atteinte d'un TDI (Trouble Dissociatif de l'Identité) diagnostiqué il y a moins d'un an. C'est notamment grâce à mon entretien avec elle que j'ai pu commencer à appréhender le manque d'informations détenues par les médecins eux-mêmes au sujet de certains troubles. L'entretien avec elle s'est très bien passé et fut placé sous le signe de la découverte (en effet, je n'avais pas grande connaissance de ce trouble avant cet entretien).

Et maintenant, passons à l'enquêté qui m'a le plus marquée : Victor. Ce jeune strasbourgeois, autoentrepreneur de 28 ans est diagnostiqué bipolaire depuis 1 an. En plus de son trouble, il a évoqué avec moi son passé d'ancien alcoolique et cocaïnoman. Dans un état dépressif critique, il m'expliquait avoir enchaîné les séjours en hôpitaux psychiatriques à cause des nombreuses tentatives de suicide qu'il a faites. Tout au long de l'entretien, sa façon de parler et d'agir faisait émaner de lui une certaine forme de fragilité, d'instabilité. Petit à petit, ce jeune homme s'est complètement livré à moi, me racontant son profond mal-être, m'expliquant qu'il songeait encore à mettre fin à ses jours ; et, honte à l'apprentie chercheuse que je suis, j'en ai fini par oublier l'objectif principal de notre rencontre, j'ai complètement lâché ma grille d'entretien et j'ai simplement échangé avec lui. En plus d'être l'enquêté le plus touchant que j'ai rencontré, c'était aussi sûrement celui qui m'a rapporté les témoignages les plus intéressants pour mon mémoire, notamment au sujet des hôpitaux

psychiatriques et autres institutions spécialisées dans la prise en charge des troubles mentaux.

Enfin, je me suis entretenue avec une dernière personne atteinte d'un trouble mental : Rayan. Étudiant infirmier, ce lyonnais de 20 ans est officiellement reconnu schizophrène depuis 2 ans. A l'instar de Lucas, Rayan n'est pas très à l'aise à l'oral, l'entretien s'est donc également déroulé par écrit. Ce dernier a d'ailleurs pris très au sérieux cet entretien et m'a écrit, en guise de réponse, plus de 6 pages de textes, très bien structurées, m'évoquant notamment la difficulté pour lui d'invisibiliser son trouble dans le cadre de ses études.

Après m'être entretenue avec des personnes atteintes de troubles mentaux, je me suis ensuite entretenue avec des professionnels de santé afin d'essayer d'une part de comprendre leur perception des politiques publiques en matière de santé mentale, mais aussi d'autre part d'analyser avec eux certaines réponses que j'ai eues lors de mes premiers entretiens afin de mieux comprendre ces dernières.

Tout d'abord, j'ai rencontré Michelle, une psychiatre de 64 ans se décrivant elle-même comme appartenant à « *l'ancienne génération de psychiatres* » et exerçant à son cabinet basé à Aix-en-Provence depuis plus de 35 ans. Bien que j'appréhendais ce premier entretien avec une psychiatre professionnelle, l'entretien s'est merveilleusement bien déroulé. Michelle a fait preuve d'une grande sympathie et semblait très intéressée par mon projet de mémoire. Cet entretien m'a permis de comprendre la scission existante entre la nouvelle et l'ancienne génération de psychiatres.

Ensuite, je me suis entretenue avec Arnaud, jeune psychiatre de 33 ans exerçant au CHU de Grenoble en tant que chef de clinique. L'entretien avec lui s'est également bien passé dans l'ensemble, nonobstant, Arnaud, à l'inverse de Michelle, est resté tout au long de l'entretien dans son rôle de psychiatre, essayant de se placer dans une position de supériorité par rapport à moi. Pour affirmer son ethos⁴⁸ de psychiatre, il a d'ailleurs gardé sa blouse de travail tout au long de l'entretien, alors qu'il était chez lui et non sur son lieu de travail, lieu où le port de la blouse aurait été plus adéquat. Outre cela, cet entretien m'a permis d'approfondir la notion de génération de psychiatres, appréhendée précédemment avec

⁴⁸Développé par Aristote comme étant l'un des trois piliers fondamentaux de la rhétorique (avec le logos et le pathos), l'ethos, signifiant « caractère » fait directement référence à la façon dont la personne se décrit, à ce qu'elle est, lui permettant ainsi de se placer comme experte d'un domaine et d'apporter plus de crédibilité à son argumentation

Michelle. J'ai notamment pu comprendre l'animosité qui réside entre ces deux générations, les deux essayant de prouver et d'affirmer leur légitimité par rapport à l'autre.

Par la suite, j'ai pu m'entretenir avec Rachelle, 30 ans, psychopraticienne à Angers. A l'instar de Michelle, Rachelle était d'une grande sympathie et l'entretien s'est très bien déroulé. Celle-ci a abordé avec moi le manque de légitimité des psychopraticiens/psychopraticiennes et psychothérapeutes, souvent perçus par beaucoup comme moins compétents et moins légitimes que les psychiatres et les psychologues. De plus, j'ai pu appréhender avec elle un aspect que je m'attellerai à expliquer dans mon mémoire : la stigmatisation par les mots. C'est-à-dire, l'impact qu'un terme médical (tel que « bipolaire » ou « schizophrène ») peut avoir sur une personne et sur le regard qu'on lui porte.

Grille d'entretien type : destinée aux psychiatres

Informations et vie personnelle de l'enquêté.e

- Pour commencer, pouvez-vous me parler un peu de vous ? (prénom, âge, ville d'origine...)
- J'aimerais que vous me racontiez comment vous en êtes venu.e à faire ce métier ?
- Pouvez-vous m'expliquer votre parcours scolaire et professionnel ?
- Depuis combien de temps exercez-vous en tant que psychiatre ?

Le rapport de l'enquêté.e au métier de psychiatre

- En quoi consiste votre métier ?
- Est-ce que vos proches comprennent votre métier ? Ont-ils mis du temps à le comprendre et à comprendre son utilité ?
- Aujourd'hui, pensez-vous que les psychiatres sont reconnus comme de véritables médecins apportant de vraies solutions à des patients réellement malades, ou pensez-vous que certaines personnes ont encore du mal à comprendre cela ?
- Avez-vous l'impression que certaines personnes vous voient comme des médecins non essentiels ?

Les évolutions du domaine de la santé mentale perçues par l'enquêté.e

- Avez-vous observé des changements importants/ des mutations dans le monde de la psychiatrie au cours des années ?
- Votre façon de travailler est-elle la même qu'à vos débuts ? Avez-vous changé votre façon de faire, de diagnostiquer, de soigner etc. ?
- Pensez-vous que les soins et les diagnostics prodigués à des patients peuvent évoluer selon les époques ? Sont-ils de plus précis au fil du temps ? Est-il possible qu'un diagnostic puisse changer radicalement ?
- Est-il possible que pour un même patient le diagnostic soit différent selon les psychiatres ?
- Certains de mes enquêté.e.s m'ont dit ne pas faire confiance aux psychiatres plus anciens car selon eux ils sont moins, voire pas du tout informés sur les troubles plus récents tels que le TDI, êtes-vous d'accord avec cela ?
- Je remarque que mes enquêté.e.s se créent souvent une sorte de bulle sociale, c'est-à-dire qu'ils ne côtoient que des personnes semblables, pensez-vous que c'est une façon pour eux d'échapper au jugement de la société ?

La perception des troubles mentaux au sein de la société

- Pensez-vous que les personnes atteintes de troubles psychiatriques sont stigmatisées par la société ?
- J'ai l'impression que les troubles psychiatriques sont de plus en plus acceptés au fil du temps par notre société et par les gens en général, pourrais-je avoir votre avis sur le sujet ?
- (*Si réponse positive à la question d'avant*) : Selon-vous, comment peut-on expliquer ce phénomène d'acceptation croissante ? Par les politiques publiques mises en

place ? Par l'évolution des mentalités ? Par l'évolution du niveau d'information concernant les maladies mentales ?

La perception des politiques publiques en matière de santé mentale

- Pensez-vous que les hôpitaux et structures prenant en charge les patients atteints de troubles psychiatriques sont adaptés à leurs besoins ?
- Avez-vous remarqué une avancée (ou bien une régression) de la part de l'État quant à la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques ?
- De votre point de vue, pensez-vous qu'il y a assez d'aides et de dispositifs d'insertion (à l'école, au travail) à disposition des patients atteints de troubles psychiatriques ?
- Avez-vous remarqué une évolution de ces aides au cours des dernières décennies ?
- Pensez-vous que ces aides, et surtout les démarches pour les obtenir sont adaptées aux patients ?
- Pensez-vous que la majorité de vos patients sont satisfaits des aides dont ils disposent et des conditions dans lesquelles l'État prend en charge leurs maladies ?

Grille d'entretien type : destinée aux personnes atteintes de troubles mentaux

Informations personnelles de l'enquêté·e

- Pourrais-tu commencer par te présenter brièvement (ton prénom, ton âge, ta ville d'origine, etc.) ?
- Peux-tu me décrire ton parcours scolaire ?
- Maintenant peux-tu me parler de ton parcours professionnel ?

Le diagnostic

- Si cela ne te dérange pas, pourrais-tu me parler de la façon dont tu as été diagnostiqué·e (à quel âge, par qui, est-ce que tu es passé·e par plusieurs professionnels de santé, le diagnostic était unanime...) ?
- Depuis combien de temps penses-tu avoir ce trouble ?
- Est-ce que certains proches t'ont aidé·e dans ta démarche pour te faire diagnostiquer ou as-tu dû te débrouiller seul·e ?
- Concrètement, qu'est-ce qui a changé depuis ton diagnostic ?
- Est-ce que, depuis ton diagnostic, le regard de tes proches envers toi a changé ?
- Ton entourage comprend-il ton trouble ? Tes proches t'ont-ils aidé·e à vivre avec, se sont-ils intéressés et ont-ils essayé de le comprendre ?

Les troubles mentaux et leurs perceptions

- Est-ce qu'il t'arrive de te sentir jugé·e, stigmatisé·e, placé·e dans une case juste sur la base de ce critère ?
- As-tu l'impression que les mentalités au sein de la société changent sur le sujet des troubles mentaux ? Est-ce que tu penses qu'ils sont de plus en plus acceptés (ou au contraire de plus en plus stigmatisés) ?
- Est-ce que tu as l'impression que certaines personnes ne te prennent pas au sérieux ?
- Est-ce que tu penses qu'en France on devrait être plus informé·e·s sur les troubles psychiques/ psychiatriques ?

La société et les troubles mentaux : le suivi

- Au quotidien, est-ce que tu vois des professionnels de santé ? Est-ce que tu es suivi·e par une psychiatre, une psy, etc. ?
- Quel est ton rapport aux hôpitaux psychiatriques ?
- Que penses-tu des professionnels de santé (psychiatres, psychologues) ? Quel est ton rapport avec ceux-ci ? Est-ce que tu as eu recours à ces derniers et si c'est le cas penses-tu qu'ils t'ont aidé·e ? As-tu confiance en eux ?
- Es-tu déjà tombé·e sur des médecins qui ne t'ont pas pris·e au sérieux ?
- Bénéficies-tu de dispositifs d'aide d'accompagnement spécialisé ?
- Es-tu satisfait·e des dispositifs mis en place par l'État, s'il y en a, ou trouves-tu que plus de mesures devraient être mises en place pour aider les personnes ayant des troubles mentaux ?

- Te sens-tu mis·e à l'écart par la société ou au contraire as-tu l'impression d'y être pleinement intégré·e ?
- Selon toi, le système psychiatrique français est-il adapté pour répondre aux besoins des patient·e·s ? Penses-tu qu'il y a un manque de personnel par exemple ?
- As-tu l'impression d'être un peu abandonné·e par le système, d'être un peu laissé·e pour compte, de devoir te débrouiller par toi-même ?