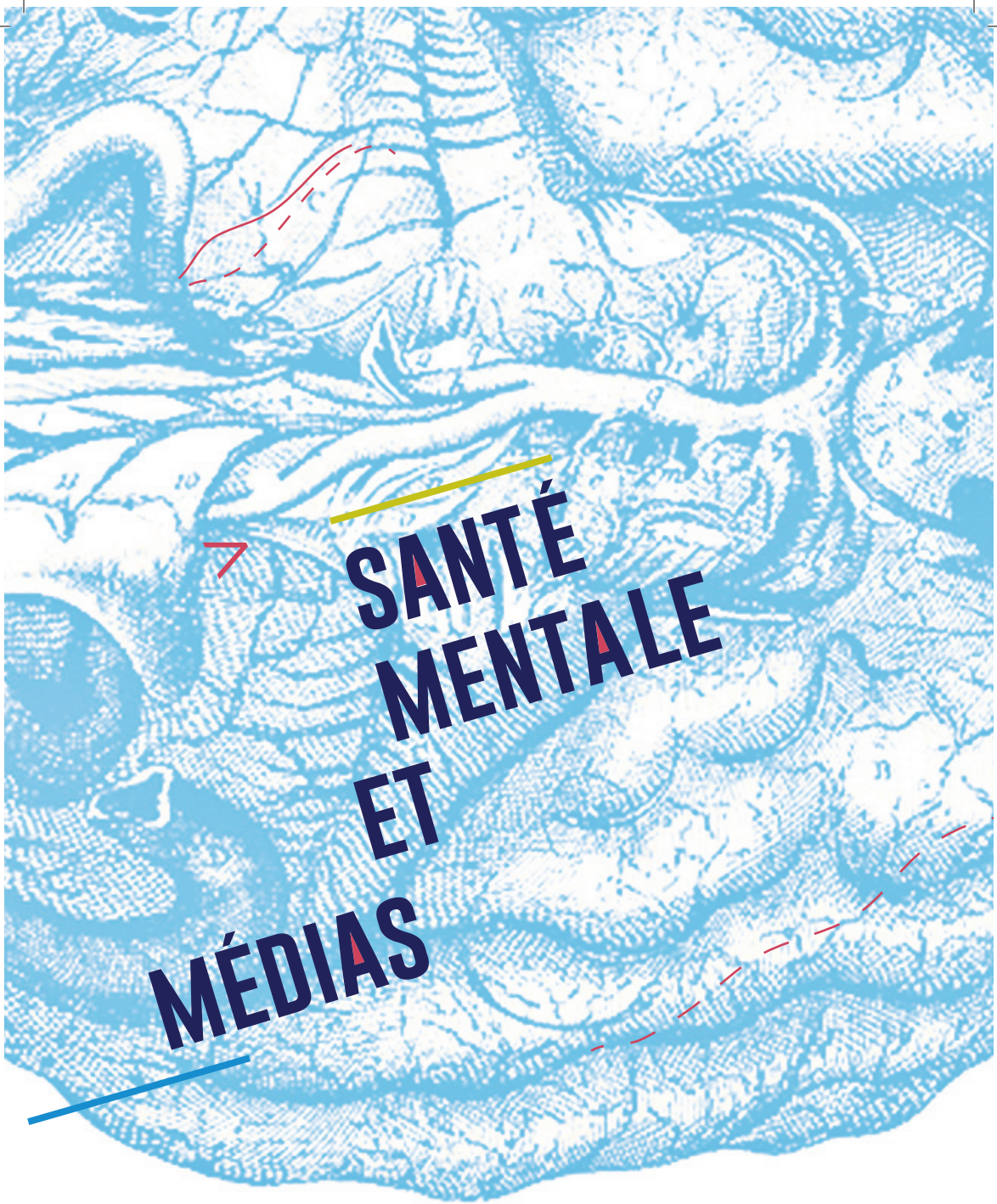


SANTÉ MENTALE ET MÉDIAS

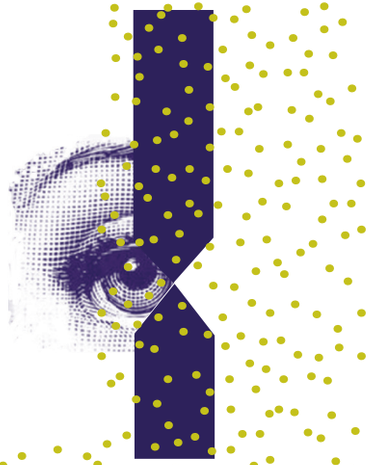


TABLE DES MATIÈRES

Partie 1

Partie 2

« On est déshumanisés finalement par le regard des gens, ils oublient que l'on est des êtres humains et que nous avons des sensations, des émotions et qu'un regard moqueur ou une petite réflexion cela peut faire excessivement mal », Marie.*

* Toutes les citations proviennent du Conseil d'usagers du réseau 107 à Namur.

Avant-propos

La publication que vous avez entre les mains comporte deux parties complémentaires : d'une part, un guide portant sur le traitement médiatique des questions de santé mentale et d'autre part un lexique de termes fréquemment utilisés dans le cadre de ce traitement médiatique.

Le lexique a donc pour but de lister une série de mots liés à l'univers de la santé mentale et souvent employés de façon inadéquate. Pour des raisons de clarté et afin de faciliter l'emploi de ce lexique, la définition de ces termes est volontairement vulgarisée et non strictement scientifique. Outre le fait que les diagnostics restent exclusivement du ressort des spécialistes, l'utilisation des termes liés à la santé mentale et/ou à la psychiatrie ne peut se faire sans une contextualisation de la situation traitée. D'autre part, les termes employés peuvent facilement devenir réducteurs s'ils ne sont pas nuancés.
Depuis juin 2014, un groupe composé de professionnels, de proches et d'usagers de la santé mentale a analysé la manière dont les médias francophones belges abordent les questions de santé mentale. Nous avons travaillé sur différentes publications (presse écrite, internet, radio, tv) et relevé une liste de termes récurrents. Ce sont ces termes qui ont servi de base à notre travail et ont donné naissance à ce guide et ce lexique.

Notre démarche visant à amorcer un processus de déstigmatisation ne serait pas complète sans un guide explicatif. Ce guide à destination des médias propose une aide à la réflexion et au traitement journalistique des questions de santé mentale.

Cet outil est désormais le vôtre, nous espérons qu'il vous sera utile dans votre travail. Si cette version imprimée est figée dans le temps, la version numérique (disponible sur www.psychiatries.be) sera régulièrement mise à jour. Afin de l'améliorer, n'hésitez donc pas à nous faire part de vos questions et vos critiques.

Les associations du groupe Santé mentale et Médias

DE L'INFLUENCE MÉDIATIQUE SUR L'OPINION PUBLIQUE

Entre amplification dramatique et simplification médiatique, l'opinion publique nourrit une grande partie de son imaginaire par ce que véhiculent les médias, et particulièrement les médias d'information dont les discours parfois simplificateurs ne sont pas sans conséquence et contribuent à compliquer encore plus les situations vécues par les personnes qui sont, directement ou non, pointées du doigt.
L'influence des médias n'est plus à démontrer et va grandissant au fur et à mesure que les supports d'information se multiplient et deviennent quasi-omniprésents (papier, tv, internet). Une récente étude[1] menée par l'Université McGill (Canada) a démontré que près de 40% des articles abordant des questions de santé mentale publiés dans les journaux mettent l'accent sur la dangerosité, la violence et la criminalité alors que seulement 12% traitent de ces questions sur un ton optimiste. Il est donc évident que cela contribue à augmenter la stigmatisation à l'endroit des personnes atteintes de problèmes de santé mentale.

Dès lors, nous pouvons en déduire que le rapport entre le grand public et les personnes en souffrance mentale repose sur - et est alimenté par - la stigmatisation.

Il s'agit donc d'arriver à briser ce rapport. Cela ne peut se faire qu'en renégociant médiatiquement sa place dans l'espace public, en redéfinissant son image, cassant ainsi la stigmatisation. Paradoxalement, cela ne peut s'accomplir qu'avec le soutien volontariste de ces mêmes médias.

Par ailleurs, il faut noter qu'une résolution du Parlement européen sur la santé mentale, adoptée par la Commission le 21 avril 2009, souligne le rôle déterminant des médias dans le changement de mentalité à l'égard de la maladie mentale et demande que soient élaborées des lignes directrices européennes préconisant une véritable prise en charge de la maladie mentale par les médias . Si les résultats se font encore attendre, il convient de le souligner et d'encourager le monde politique à se pencher concrètement sur le rapport des médias d'information à la santé mentale.

« Les médias influencent considérablement l'opinion publique, explique Michael Pietrus, directeur de l'initiative Changer les mentalités (Changer les mentalités est une initiative lancée en 2009 par la Commission de la Santé mentale du Canada. Son but est de réduire toute forme de stigmatisation). Leur façon de décrire les personnes ayant des problèmes de santé mentale joue un rôle déterminant dans la perpétuation des images négatives et des perceptions erronées de la maladie mentale. Ces images contribuent à déformer l'information. »

L'industrie des médias d'information est très compétitive, de sorte que même les médias publics doivent rivaliser avec les médias privés dans l'originalité ou l'angle de reportage afin de capter le plus de diffusion ou de lectorat. Nous sommes donc confrontés en permanence à une course à l'image qui frappera l'audience et s'ancrera dans l'imaginaire collectif. Une image a une capacité de séduction et de fascination pour qui la reçoit, doublée d'une capacité fantasmatique laissant libre cours à l'imaginaire de tout un chacun dont l'interprétation est incontrôlable pour qui la produit.

Dès lors que ces images contribuent à stigmatiser une communauté, quelle qu'elle soit, il est naturel de vouloir se défendre, rétablir la vérité, relativiser les faits en y répondant par un raisonnement réfléchi et argumenté. Malheureusement, un tel raisonnement n'aura pas le poids d'une image forte, pour différentes raisons : manque d'intérêt du grand public pour se pencher en profondeur sur le sujet, manque de temps à y consacrer, manque de sensationnalisme…

La meilleure façon de répondre à une image est donc d'utiliser souvent une autre image, plus forte encore. C'est là l'enjeu d'une réelle collaboration entre les groupes stigmatisés et les médias d'information. Au-delà d'une simple collaboration, il s'agirait même d'envisager celle-ci sous l'angle d'une coproduction. C'est peut-être là la seule manière pour les journalistes de casser les images stigmatisantes et excluantes qu'ils pourraient véhiculer malgré eux.

Aussi consciencieux et ouvert que soit le journaliste professionnel, il ne s'agit plus de faire un reportage « sur » (une personne ou un groupe de personnes), mais bien de le faire « avec », de sensibiliser au choix des mots et des contenus et surtout d'aider à décrypter le sens des situations qui vont faire l'objet d'une mise en lumière. Cette forme de coproduction médiatique est sans doute le moyen le plus rapide de briser les stéréotypes et de casser ainsi, peu à peu, la stigmatisation.

Ce guide a donc pour vocation de créer un modeste pont entre deux mondes qui, s'ils se côtoient régulièrement, ne se connaissent pas pour autant. Il n'a pas pour but de pointer du doigt ou de juger le travail journalistique, mais bien de donner quelques pistes de réflexion quant à la manière d'aborder le sujet délicat des questions de santé mentale dans les médias.

1 . http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23442898

2 . http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?language=FR&reference=A6-0034/2009

Stress post-traumatique
Obsessions
Angoisse
Dépression
Trouble cognitif
Burn-out
Panique
Anxiété
DÉLIRE
Autisme
Schizophrénie
Bipolaire
Démence
Trouble psychotique
Psychose
PHOBIE SOCIALE
Trouble obsessionnel compulsif
Hallucination
Syndrome d'Asperger
PARANOÏA
Névrose

ABORDER LES QUESTIONS DE SANTÉ MENTALE

La déontologie journalistique nous explique qu'il en va de la responsabilité éthique du journaliste de produire une information qui, si elle peut parfois servir des intérêts particuliers, ne doit pas desservir l'intérêt général et, par ailleurs, doit même s'en soucier en respectant la diversité des points de vue et en pointant le réel dans toute sa complexité.

Nous pensons qu'il est donc nécessaire d'aborder de manière pertinente et respectueuse la construction d'une information liée aux situations que vivent les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Attention, nous ne parlons pas ici d'un journalisme de complaisance qui en oublie son rôle de critique, mais bien d'une approche respectueuse des réalités vécues par les acteurs du secteur de la santé mentale : non seulement les usagers, mais aussi les proches, les familles, les travailleurs et les institutions.

DES MOTS EN QUÊTE DE SENS

« J'ai eu l'occasion d'évoquer avec des ex-collègues mon épisode psychique et on m'a répondu « oui on sait ce qu'est un burn-out, ne t'en fais pas ce n'est pas grave... » Mais si j'avais dit que j'étais schizophrène ou psychotique ou borderline, on sent qu'il ne faut pas en parler. Ces termes font peur »

Jacqueline

Relayé médiatiquement à la moindre occasion, un certain nombre des termes relevant du secteur semble être passé dans le langage courant, utilisé de manière inadéquate.

On peut, par exemple, régulièrement lire/voir/entendre que la dépression est le mal du siècle ou encore que l'on serait tous dépendants de quelque chose (médicament, téléphone portable, internet, shopping, etc.). On entend/lit aussi régulièrement le mot « schizophrénie » utilisé de manière inappropriée en regard de sa signification initiale (pour, par exemple, justifier le fait de pouvoir faire deux choses à la fois ou, plus récemment, on parle de l'État belge comme étant en situation schizophrénique parce qu'il doit gérer le nord et le sud du pays). Il en résulte un glissement de sens pour un mot qui représente le quotidien de personnes qui en souffrent et qui n'est pas sans conséquence pour leur existence. Un autre exemple est celui du mot « psychose », régulièrement mis en avant depuis les attentats de l'année 2015 (on parle de « psychose généralisée », par exemple).

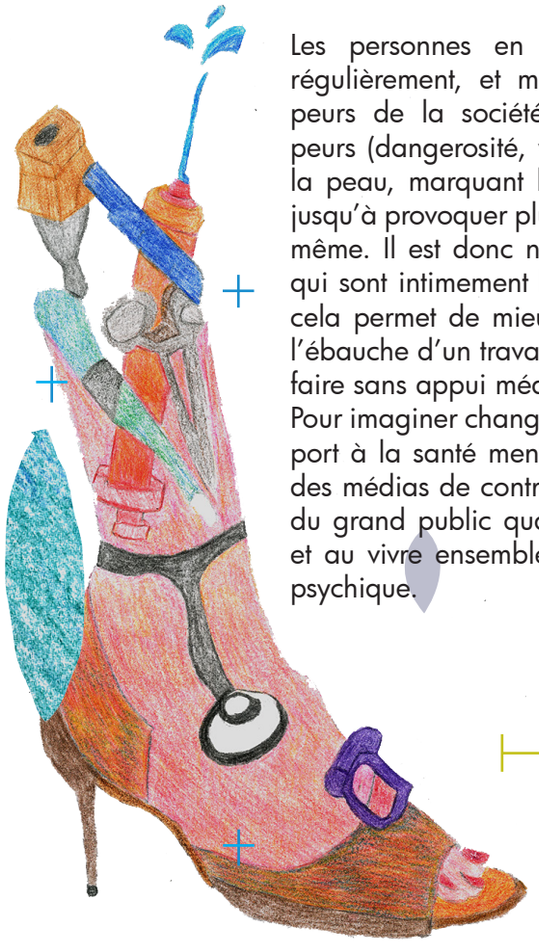
Il n'est pas certain que les consommateurs de médias sachent ce qui se cache exactement derrière ces termes… tant que les médias généralistes n'en donnent pas de définitions précises, ils courent le risque d'agir comme autant de miroirs déformants.

Pour beaucoup, penser « psychiatrie », c'est penser « hôpital psychiatrique », « folie », « dangerosité », … Or la psychiatrie est un domaine beaucoup plus vaste et complexe. Il existe une multitude d'institutions dans le milieu de vie des personnes, visant à leur permettre de se soigner et d'être régulièrement suivies, sans pour autant s'éloigner de leur tissu social, des lieux et des rencontres qui rythment leur quotidien. Il est important de souligner l'existence de ces nombreuses initiatives.

Aborder la souffrance psychique, et plus largement la santé mentale, demande de la remettre dans son contexte. C'est là la condition indispensable à sa bonne compréhension, et donc à en faire une information en phase avec le vécu des personnes qui en souffrent. C'est une manière de leur rendre leur dignité, leur place de citoyen, ce qu'ils sont tout autant que les autres. C'est une façon d'insister sur le fait qu'un vivre-ensemble est tout à fait possible, et que partir à la rencontre de ces différences ne peut que contribuer à enrichir notre société.

ÉVITER LES CLICHÉS

« La vision de la société entretenue par certains médias c'est de dire que ceux qui ne travaillent pas sont des paresseux, des parasites et qu'ils sucent le sang des travailleurs contribuables. En même temps ça renferme, on n'ose plus aller vers les autres parce que l'on a peur d'être jugés », André.

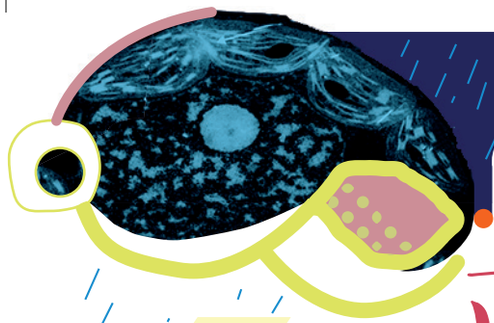


Les personnes en souffrance mentale se retrouvent régulièrement, et malgré elles, au cœur de plusieurs peurs de la société. Perpétuées par les médias, ces peurs (dangerosité, violence, instabilité…) leur collent à la peau, marquant leurs existences au fer rouge allant jusqu'à provoquer plus de souffrance que la maladie elle-même. Il est donc nécessaire de combattre les a priori qui sont intimement liés à la santé mentale. D'une part, cela permet de mieux informer et d'autre part, c'est là l'ébauche d'un travail de déstigmatisation qui ne peut se faire sans appui médiatique.
Pour imaginer changer l'attitude du grand public par rapport à la santé mentale, nous pensons qu'il est du rôle des médias de contribuer à alimenter les connaissances du grand public quant aux questions de santé mentale et au vivre ensemble avec les personnes en souffrance psychique.

Rencontrer, Découvrir, S'intéresser

« Les associations d'usagers, on en parle trop peu dans les médias, il faudrait peut-être mieux les faire connaître parce que ce sont des structures importantes. Il est bon que l'on soit acteur de son propre rétablissement… les professionnels de la santé mentale commencent à le comprendre et à l'accepter, mais pas tous…
Une association d'usagers permet de rassembler tous les vécus et de nourrir une réflexion qui sera exposée auprès des professionnels de la santé mentale », André.

Loin des représentations dominantes, la rencontre avec des personnes en souffrance mentale peut être une source d'enrichissement pour tous. Si beaucoup de ces personnes souffrent de l'isolement, la plupart n'en mènent pas moins une vie riche de rencontres dans ces univers qui leur sont propres, parfois hauts en couleur, parfois nimbés d'une tristesse pudique. L'existence qu'ils vivent est, comme pour bon nombre de gens, remplie de relations amicales, amoureuses, familiales et/ou professionnelles… relations qui ont dû s'adapter à ces modes de fonctionnement différents, à ces rythmes syncopés, à ces humeurs surprenantes.
Il est important d'insister sur le fait que côtoyer des personnes en souffrance mentale peut être une source d'épanouissement, de joie, d'émerveillement devant ces manières de vivre différentes. Nous pensons que cela fait partie du rôle des médias et que cela peut grandement contribuer à améliorer la connaissance qu'a le public de la santé mentale.



Éviter l'écueil du diagnostic.

« Un diagnostic n'est pas tout, derrière il y a une personne en souffrance...Il faut utiliser les diagnostics avec beaucoup de précautions et d'information. C'est facile d'écrire 'bipolaire' ou 'fou', mais qu'est-ce que c'est en fait ? En architecture il y a des termes pour tout, en médecine aussi. Il faut utiliser les termes appropriés », Jacqueline.

Un journaliste n'est ni un médecin ni un psychiatre. Il est donc théoriquement incapable d'émettre un diagnostic médical. Or, régulièrement et sous le couvert du conditionnel, certains journalistes publient des diagnostics psychiatriques, sur base floue (parfois des témoignages de personnes plus ou moins proches, parfois d'origine inconnue). Ces révélations non seulement nuisent aux personnes en les stigmatisant, mais également brisent le droit au respect à la vie privée ainsi que le secret médical. Le rôle du journaliste, en matière de diagnostic, devrait se résumer à relayer les paroles des experts.

Toutefois, il est important de souligner que les personnes avec des souffrances psychiques établissent aussi leurs propres diagnostics, qui sont parfois différents des diagnostics des psychiatres. Ces personnes s'estiment souvent mieux placées pour exprimer et évaluer ce qui leur arrive. Elles sont des « experts de vécu », disent-elles parfois. Elles ont, à ce titre, une légitimité pour poser leur propre diagnostic.

http://www.psytoyens.be/wp-content/uploads/2015/05/Lespoir-transmis-de-pair-%C3%A0-pair-Int%C3%A9grer-un-pair-aidant-dans-une-%C3%A9quipe.pdf

Se méfier des statistiques

« J'ai l'impression que l'on considère les personnes avec des soucis psychologiques comme une charge pour la société (on voit surtout le coût) comme des personnes parfois qui abusent des arrêts maladie ou de la sécurité sociale. Du coup on parle de la surconsommation d'antidépresseurs et du surcoût que cela génère », André.

Les statistiques doivent être utilisées avec discernement. Il est facile de généraliser sur des chiffres, mais il est nécessaire de les replacer dans leur contexte (géographique, sociologique, social...). Ils sont à mettre en perspective avec les autres sources et ne doivent pas servir d'unique source. D'autre part, les statistiques liées à la santé mentale changent d'année en année, il faut donc s'assurer d'avoir les chiffres les plus récents à disposition pour construire une information pertinente.

LA SANTÉ MENTALE RELÈVE DE LA VIE QUOTIDIENNE ET NON UNIQUEMENT DE LA RUBRIQUE « FAITS DIVERS »

« On a des liens qui nous unissent un peu tous, mais derrière ça on est des personnes qui avons un vécu »

Marie

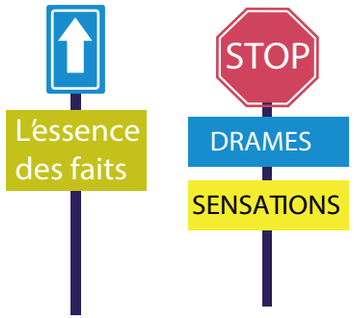
En limitant les questions de santé mentale à des faits isolés, les médias cantonnent la santé mentale dans la rubrique « faits divers ». La démarche n'est pas anodine, car elle ne permet pas au public de s'informer de manière véritablement approfondie sur ce sujet. Il n'a pas le recul nécessaire pour en distinguer les tenants et aboutissants. Dès lors, nous invitons les médias à aborder ces questions hors actualité, via des enquêtes ou des reportages de fond qui permettent de creuser plus en profondeur ce sujet complexe et les questions qui le sous-tendent.

ÉVITER LE SENSATIONNALISME ET LA DRAMATISATION

« La nécessité de devoir voir un psychiatre ou un psychologue devrait être faite comme si on allait voir un pédiatre ou un gynécologue. J'aimerais que les journalistes qui vont à la rencontre des gens désstigmatisent la maladie mentale en disant parfois les choses de manière plus neutre »

Jacqueline

S'il convient de parler de problèmes de santé mentale au sens large (quand l'information le justifie pleinement), il n'est pour autant pas nécessaire d'en renforcer le côté dramatique. Que ce soit via le texte ou les images, il est nécessaire de limiter l'information à ce qui en fait son essence, de manière à informer pleinement le public sur les faits et non le perdre dans une succession de mots ou d'images-choc. D'autre part, utiliser des termes puissants relevant du lexique de la psychiatrie (comme psychose, névrose, schizophrénie, etc...) n'est pas systématiquement nécessaire, principalement dans les titres et accroches. Ces termes ont un impact certain sur le public et sur sa manière de percevoir la santé mentale (avec comme conséquence de développer une connaissance limitée de ce qu'est véritablement le fait de vivre avec des problèmes de santé mentale). Cela ne fait que détourner l'attention du cœur de l'information. Et cela accroit la stigmatisation dont souffrent les personnes avec des problèmes de santé mentale. De plus, cela dénature profondément l'information, soulignant ainsi la forme plutôt que le fond. Nous constatons également que l'utilisation d'images empruntées à la fiction pour illustrer certains troubles ne fait qu'accroître une représentation tronquée (voire même romancée ou amusante) de la réalité que vivent les personnes en souffrance mentale (exemple : utiliser une image de la série Monk pour illustrer les TOC, une image de Benoît Poelvoorde ou Jim Carey pour illustrer le trouble bipolaire).



RESPECT DE LA VIE PRIVÉE, DU SECRET PROFESSIONNEL

La déontologie demande d'éviter l'intrusion dans les souffrances physiques et morales des personnes (article 25 et 26 du Code de déontologie journalistique). Il n'est donc pas nécessaire de nommer ni de montrer les personnes ainsi que les problèmes de santé mentale qu'elles vivent. L'information n'en sera pas meilleure. Le journaliste doit aussi se poser la question de savoir si la publication de l'information qu'il a construite ne risque pas d'augmenter les souffrances que les personnes vivent (nous parlons ici des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale ainsi que leurs proches).

DONNER DES INFORMATIONS RELATIVES À LA PRÉVENTION

« On parle aussi de formation pour le personnel et les employés pour qu'ils ne soient pas victimes du burn-out, mais ce n'est pas leur faute, le problème c'est le fonctionnement de l'entreprise et du marché du travail...Mais ça, on ne les remet pas en cause ».
André.

Dans la mesure du possible, le journaliste veillera à distiller des informations qui pourront permettre aux personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale et/ou à leurs proches d'accéder à des aides et des soins.

Il existe une multitude d'institutions spécialisées, dans le milieu de vie, qui peuvent répondre à toute demande liée à la santé mentale. Vous en trouverez une grande partie à la fin de ce guide.

MODÉRER ATTENTIVEMENT LES FORUMS DE DISCUSSION EN LIGNE

Nous avons eu l'occasion d'analyser longuement les réactions publiées sur les forums internet de différents médias suite à la publication d'articles concernant des personnes malades mentales. Le constat est sans appel et fait froid dans le dos. Nombreux sont les témoignages de haine à l'égard des personnes en souffrance mentale et il semble évident que beaucoup de personnes qui s'expriment n'ont qu'une connaissance limitée de ce que sont les maladies psychiatriques. Il est d'autant plus interpellant de voir ces mêmes propos rester présents sur les forums de discussions, sans subir la moindre modération de la part des responsables de ces forums. Si les internautes sont responsables de leurs propos, les médias ont l'obligation de modérer les espaces qu'ils ouvrent aux réactions du public.
Ceux-ci, en acceptant de maintenir ces interventions sur leur site internet, contribuent à véhiculer des préjugés et participent ainsi, à leur manière et sans doute sans même s'en rendre compte, à augmenter la stigmatisation dont sont victimes les personnes en souffrance mentale, bouclant une boucle qu'ils ont eux-mêmes démarrée en publiant sur ce fait tragique, dans le cadre éditorial qui leur est propre.

« On est enrichi de ce vécu. Je me trouve beaucoup plus riche d'avoir pris conscience de ce que j'avais, j'ai été très loin puis le réveil a eu lieu. Je ne souffre plus à l'heure actuelle, mais cela me permet de prendre tous les aspects positifs de la vie et j'en profite : il faut prendre son petit bonheur chaque jour. Je ne suis pas certaine que la personne qui se lève tous les matins pour aller travailler se dise ' Ah, aujourd'hui, je vais prendre mon petit bonheur ! ' »,

Jacqueline.

CLICHÉS ET IDÉES REÇUES

Provoquant parfois plus de souffrance que la maladie elle-même, la stigmatisation dont sont victimes les personnes ayant des problèmes de santé mentale se voit régulièrement amplifiée par certains médias. Dangerosité, violence ou encore instabilité sont ainsi des mots que l'on retrouve souvent utilisés pour décrire ces personnes. Or, de nombreuses études internationales s'accordent sur le fait que seuls 3 à 5% d'actes criminels sont le fait de personnes avec un diagnostic psychiatrique[3] . Il convient également de noter que ces personnes subissent de 7 à 17 fois plus d'actes de violence que la population générale.

Il faut aussi souligner que cette stigmatisation est devenue un des facteurs qui dissuadent le plus les individus ayant des problèmes de santé mentale de chercher de l'aide. De plus, le pouvoir de persuasion des médias aidant, la stigmatisation rend inutile bon nombre d'initiatives prises dans le domaine de la santé mentale. Des mois, parfois même des années, passés à briser les stéréotypes se retrouvent balayés par une suite de déclarations médiatiques. La stigmatisation devient par là le comble de la souffrance.

« Le cliché le plus fort que j'ai constaté c'était lorsque j'étais enfant. Près de chez mes parents, il y avait un asile psychiatrique pour des cas assez lourds. Et les gens du village me disaient :
« Si tu n'es pas sage, tu vas aller là-bas ! »
Du coup quand j'ai eu mon premier épisode psychotique, j'ai cru que ma vie était foutue pour de bon et que j'allais être continuellement hospitalisée »,

Laetitia.

3 Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. Ann Médico Psychol 2005;163(10):852-65.
Voir aussi http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_rapport_dorientation.pdf

CLICHÉS LES PLUS RÉCURRENTS

La maladie mentale n'est pas quelque chose de « romantique » (comme certains articles le laissent croire en citant l'exemple de vedettes et autres personnages historiques marquants dont le diagnostic est avéré), éviter la « glamourification/glamourisation» de la maladie mentale. La maladie est avant tout une source de souffrance, pour les personnes malades, mais aussi pour leurs proches et leurs familles.

« Mon chemin je l'ai commencé il y a quelques années quand j'ai pris conscience que j'avais un problème. Tout d'un coup il faut accepter qu'on n'est pas comme on aurait dû être. On n'est pas comme les autres veulent que l'on soit, on ne réussira pas forcément comme les autres », André.

- Être un malade mental ne signifie pas être un danger potentiel. Briser ce cliché auprès du grand public est peut-être la chose la plus difficile à accomplir.
- Toute personne qui a une pathologie n'est pas dangereuse. Toute personne dangereuse n'a pas toujours une pathologie.
- Le cliché de la chronicité/chronicisation. On a tendance à penser que quand on entre en maladie mentale, on y est toujours. Or, la maladie peut se transformer (être plus ou moins présente).

- Lorsqu'un acte criminel est commis, se pose toujours la question de la responsabilité. C'est le travail des psychiatres/experts-psychologues que d'établir s'il y a un lien entre le crime et un potentiel problème de santé mentale. Cela accentue le lien direct entre dangerosité et pathologie.
- L'hôpital et l'enfermement ne sont pas la solution unique aux maladies psychiatriques. En effet, il existe de nombreuses initiatives et institutions dans le milieu de vie qui répondent parfaitement aux besoins des personnes.

« J'ai mis un temps fou à me faire aider. J'avais une souffrance, mais je ne voulais pas voir un psychologue, car un psy c'est pour les fous. Donc quand j'en ai rencontré un pour la première fois de ma vie, j'étais terrorisé... J'avais tellement peur qu'il me juge. Que va-t-il penser de moi ? Que je suis un faignant ? Au final cette personne bienveillante m'a aidé... », André.

Avoir un problème de santé mentale ne revient pas à devoir prendre des médicaments toute la vie. Il est faux de croire qu'une médication est immuable. D'une part, elle doit être régulièrement réévaluée afin de correspondre aux besoins de la personne et d'autre part, il est parfaitement possible qu'elle en vienne à disparaître en cas de guérison.

COMMENT S'ORGANISENT LES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN BELGIQUE ?

Historiquement, la Belgique vient d'une prise en charge de la personne malade basée sur l'hospitalier, avec une culture d'exclusion de la famille dès l'hospitalisation de son proche malade. Cette pratique a été durant une longue période, la seule réponse proposée aux problèmes de santé mentale. Depuis les années 70, les choses ont commencé à bouger petit à petit vers l'ambulatoire[4] avec la création des centres de santé mentale, des maisons d'habitations protégées[5], des centres de jours, etc. En 2005, la Belgique, par l'intermédiaire de son ministre de la santé de l'époque (Rudy Demotte), s'est engagée sur la voie d'une désinstitutionnalisation sans précédent. En apposant sa signature au traité d'Helsinki, notre pays a ouvert la voie à la réaffectation des moyens des hôpitaux vers les structures en milieu de vie. En effet, La Belgique est un des mauvais élèves au niveau européen : c'est elle qui compte le plus de lits psychiatries par habitant (en 2008, 150 lits psychiatriques pour 100.000 habitants)[6].

4. Permet de diagnostiquer, de traiter, de suivre un patient sans que celui-ci soit hospitalisé. Il peut ainsi dormir chez lui, garder ses habitudes.
5. Les habitations protégées accueillent des patients psychiatriques qui ne nécessitent pas de traitement en continu en hôpital mais doivent être aidés dans leur milieu de vie et de logement pour l'acquisition d'aptitudes sociales afin d'être (ré-)intégrés dans la vie sociale
6. http://www.psy107.be/images/document/Historiek%20en%20context%20FR.pdf

LA RÉFORME 107, DE QUOI S'AGIT-IL ?

Depuis 2010 se met en place **la réforme 107** (qui tire son nom de l'article 107 qui permet de réallouer une partie des moyens financiers, humains… existants dans les hôpitaux pour les réorienter vers une nouvelle forme de prise en charge). L'objectif de la réforme est de **sortir la santé mentale des murs de l'hôpital en transformant une partie de l'offre de soins résidentielle en une offre communautaire.**

Concrètement, elle axe la prise en charge de la personne malade dans son milieu de vie, quel qu'il soit, et veille à la continuité des soins par un travail concerté en réseau des différents acteurs concernés (y compris le malade et son entourage). La famille et les usagers sont désormais envisagés comme des partenaires de soin indispensables et complémentaires aux soignants. **Des équipes mobiles**[7] ont été mises en place. Celles-ci ont pour mission le traitement, à domicile, de problèmes psychiatriques aigus ou chroniques. Elles intègrent les dispositifs existants et organisent la coordination des soins pour le patient de façon transitoire.

Cette réforme vise à mettre sur pied une offre « globale et intégrée », l'idée étant que, sur un territoire, toute personne qui a un problème de santé mentale doit pouvoir recevoir la ou les réponse(s) en lien avec ses besoins et sa demande. À cette fin, **19 réseaux** se sont jusqu'ici constitués en Belgique, composés chacun d'un coordinateur, d'équipes mobiles, d'un ensemble d'acteurs actifs dans la santé mentale, et d'autres issus d'autres secteurs comme le logement, les loisirs ou encore l'emploi.

Récemment la réforme a élargi son public à celui des usagers avec une problématique d'assuétudes et des usagers **sous statut de défense sociale (voir page 12)**. Pour ces derniers, des projets spécifiques pour internés ont vu le jour dans les réseaux 107. Ils proposent une offre de soins ou un accompagnement adapté à ce public et s'intègrent dans l'organisation de leur réseau au même titre que les autres partenaires.

Sources : http://www.chpchene.be/cmsfiles/file/brochure-eq-mobile.pdf http://similes.org/wordpress/reforme-107/ et http://cbcs.be/Psy-107-la-reforme-Et-puis

7 . Les équipes sont pluridisciplinaires et développent un travail en collaboration avec l'usager et son réseau.

HOSPITALISATION LIBRE OU SOUS CONTRAINTE.

L'hospitalisation libre est la situation de tout patient qui consent à entrer en hôpital pour un problème psychiatrique. Il jouit des mêmes droits qu'un patient hospitalisé pour toute autre maladie, c'est-à-dire décider de sa sortie contre l'avis du médecin.
Dans le cas d'une hospitalisation sous contrainte (mise en observation) le patient n'est pas consentant et on parle d'une admission non volontaire, elle est demandée par un tiers et est régie par la loi du 26 juin 1990. (Loi relative à la protection de la personne des malades mentaux) Cette loi stipule qu'une mesure de protection (restriction provisoire de la liberté d'un individu en vue d'une hospitalisation) peut être prise à l'égard d'une personne, et ce pour autant que trois conditions soient remplies[8] :

- La personne doit être reconnue « malade mentale »;
- Elle doit mettre en péril sa santé et sa sécurité et/ou constituer une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui ;
- Aucun autre traitement ne peut être envisageable.

La demande se fait au niveau civil auprès d'un juge de paix avec l'élaboration d'un rapport médical circonstancié. Cette loi protège le patient contre l'abus de pouvoir du psychiatre qui pouvait agir auparavant à la demande d'un représentant de l'autorité ou d'un membre de la famille. Cette hospitalisation est limitée dans le temps (40 jours), mais peut être prolongée si l'état du patient le nécessite.

8. http://www.autrelieu.be/Documents/Biblio/Ecrits/MEO_contenu.pdf JDJ n°262 - février 2007

L'INTERNEMENT OU STATUT DE DÉFENSE SOCIALE[9]

Ce terme est souvent employé, à tort, dans le langage courant en lieu et place d'une « hospitalisation en psychiatrie » voire d'une « hospitalisation sous contrainte ». La notion d'internement ou d'interné s'applique uniquement à une personne «

- **1°** qui a commis un fait qualifié crime ou délit punissable d'une peine d'emprisonnement
- **2°** qui, au moment du jugement, est atteinte d'un trouble mental qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes et
- **3°** pour laquelle le danger existe qu'elle commette de nouvelles infractions en raison de son trouble mental, éventuellement combiné avec d'autres facteurs de risque »

(article 9 de la loi du 5 mai 2014).

La décision d'internement est prise par un juge. Elle s'appuie notamment sur des expertises. L'interné est souvent placé dans un établissement de défense sociale. Des « chambres de protection sociale » au sein du tribunal d'application des peines peuvent décider de permissions de sortie, de libérations à l'essai, de semi-liberté. Un interné peut obtenir une libération définitive lorsque son trouble mental est stabilisé et qu'il ne risque plus de commettre une infraction susceptible de donner lieu à un internement. Les objectifs de l'internement sont : protéger la société et garantir aux personnes internées des soins qui leur permettront de reprendre une place dans la société.

Le système belge de défense sociale est régulièrement critiqué. Le 9 janvier 2014, la Cour européenne des droits de l'homme a rendu simultanément huit arrêts condamnant la Belgique[10]. Tous concernent la détention de personnes internées dans des lieux inappropriés. Le Comité de prévention de la torture (CPT), lié à l'Europe, a critiqué le système belge à plusieurs reprises en faisant de solides mises en demeure.

Depuis 2012, la question des internés est intégrée au sein de la coordination fédérale de la réforme des soins en Santé mentale (Réforme 107) pour favoriser l'intégration des internés au niveau de la communauté. Le but est d'essayer de réserver les soins très spécialisés en EDS (établissement de défense sociale) ou en HPS (Hôpital psychiatrique sécurisé) uniquement pour les cas lourds et complexes qui ne peuvent pas aller dans le circuit régulier, et qui nécessitent un tel niveau de soins spécialisés.

Sources :
SPF Santé publique
http://www.justice-en-ligne.be/article539.html
http://www.similes.org/wordpress/wp-content/pdf/Livre%20Blanc.pdf
http://wikiwiph.awiph.be/index.php/je-m-informe-sur-d-autres-sujets/

9. Les modalités d'exécution de l'internement sont fixées par les commissions de défense sociale (CDS) réparties localement sur le territoire belge.
10. http://unia.be/fr/articles/les-personnes-internees-la-belgique-condamnee-par-la-cour-europeenne-des-droits-de-lhomme

« En dessous de ces peurs, de son égo, tout le monde est un Mozart qui ne joue pas encore sa musique. Si on arrivait mieux à se connaître, à comprendre comment on fonctionne en faisant un travail sur soi, on pourrait trouver sa place, jouer sa propre musique », Angélique.

Lexique

L'ensemble des termes repris dans ce lexique est issu de nombreuses heures de lecture de coupures de presse, de visionnage de reportages et d'audition d'émissions radiophoniques. Ce sont donc des mots régulièrement utilisés dans les médias quand il s'agit d'aborder la construction d'informations liées à la santé mentale.
À plusieurs occasions, nous nous sommes rendu compte que ces termes avaient un usage inadéquat. Il existe plusieurs définitions possibles d'un même terme. Le sens peut varier selon que l'on se place du point de vue du professionnel, de la personne en souffrance ou de ses proches, par exemple. Les définitions proposées tiennent compte de plusieurs exigences : une compréhension aisée, un sens largement partagé, réduire autant que possible les effets de stigmatisation. Les termes sont classés en cinq catégories.

1 GÉNÉRALITÉS

Ambulatoire
Défense sociale
DSM V
Handicap mental
Handicap psychique
Internement
Maladie mentale
Mise en observation
Psychopathe
Psychopathologie
Santé mentale

2 MALADIES

Névrose obsessionnelle
Paranoïa
Personnalités multiples
Psychose
Schizophrénie
Syndrome d'Asperger
Trouble anxieux
Trouble autistique (TSA)
Trouble bipolaire
Trouble cognitif
Trouble dépressif
Trouble de la personnalité borderline
Trouble dissociatif de l'identité (TDI)
Trouble obsessionnel compulsif (TOC)
Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

3 SYMPTÔMES

Angoisse
Anxiété
Délire
Hallucination
Manie
Obsessions
Panique
Paranoïa
Phobie sociale
Phobie spécifique
Tic
Troubles cognitifs

4 PROFESSIONS

Infirmier-ère psychiatrique
Psychanalyste
Psychiatre
Psychologue

5 LIEUX

Annexe psychiatrique
Asile
Centre de jour
Centre de santé mentale
Habitation protégée
Hôpital de jour
Hôpital psychiatrique
Service de santé mentale

Définitions

>>> (par ordre alphabétique, toutes catégories confondues)

a

Ambulatoire : Se dit de l'ensemble des services qui permettent à la personne en souffrance mentale de se maintenir dans son milieu de vie.

Angoisse : L'angoisse est un état psychologique voisin de l'anxiété. L'angoisse est une manifestation profonde d'inquiétude. Elle peut survenir de manière ponctuelle et disparaitre rapidement. Elle se manifeste souvent par des troubles physiques mineurs apparaissant et augmentant en quelques minutes (palpitations, ventre noué, nausées, troubles du sommeil, évanouissements, pleurs...).

Annexe psychiatrique : Quartier d'une prison accueillant en son sein les internés ne trouvant pas de place dans un établissement de défense sociale (pour cause de surpopulation la plupart du temps).

Anxiété : État psychique alimenté par le sentiment d'un danger imminent et d'origine indéterminée. Quand elle perdure, on parle de trouble de l'anxiété. La personne en état d'anxiété se sent mal, son corps en est affecté, son mal-être peut s'exprimer par une agitation ou au contraire un anéantissement.

Asile : Historiquement, un asile est un établissement de bienfaisance où sont recueillis pour un temps plus ou moins long des personnes malades ou sans-abri, des orphelins, des fous, des vieillards délaissés. Au 19e siècle, ce type d'établissement s'est progressivement destiné à gérer plus exclusivement la folie. On parla alors d'« asile d'aliénés » ou d' « asile de fous ». Avec le développement de la psychiatrie, la dénomination « hôpital psychiatrique » est devenue l'appellation officielle et d'usage courant.

Autisme : Voir Trouble autistique.

b

Burn-out : Egalement appelé « syndrome d'épuisement professionnel ». Le plus souvent généré par des sentiments d'impuissance et de désespoir, le burn-out se caractérise par un état d'épuisement général, à la fois physique, psychique, émotionnel et mental dont il est impossible de récupérer sur une courte durée.

c

Centre de jour : Également appelé « centre psychothérapeutique de jour ». Il s'agit d'un endroit accueillant à la journée des personnes en souffrance psychique et proposant différentes activités thérapeutiques. À ne pas confondre avec un centre de santé mentale.

Centre de santé mentale : Voir Service de santé mentale.

d

Défense sociale : La défense sociale gère la situation des internés. Il s'agit d'une personne « (1°) qui a commis un fait qualifié crime ou délit punissable d'une peine d'emprisonnement et (2°) qui, au moment du jugement, est atteinte d'un trouble mental qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes et (3°) pour laquelle le danger existe qu'elle commette de nouvelles infractions en raison de son trouble mental, éventuellement combiné avec d'autres facteurs de risque » (article 9 de la loi du 5 mai 2014). La décision d'internement est prise par un juge. L'interné est souvent placé dans un établissement de défense sociale. Des « chambres de protection sociale » peuvent décider de permissions de sortie et de libérations à l'essai. Les objectifs de l'internement sont : protéger la société et garantir aux personnes internées des soins qui leur permettront de reprendre une place dans la société.

Délire : Dans une acception populaire, le délire peut renvoyer à une exaltation, un enthousiasme débordant, un rêve. D'un point de vue pathologique, le délire désigne une perte du contact normal avec le réel donnant lieu à une réinterprétation personnelle de la réalité. Il est alors source de souffrance, car les personnes ne parviennent plus qu'à partager difficilement la même compréhension du réel.

Démence : Le mot a longtemps eu un sens flottant, presque synonyme de folie dont il reste des traces dans l'usage populaire (« c'est dingue, c'est dément » ou « accès de démence » comme geste fou). En psychiatrie, il désigne une dégradation irréversible de la mémoire, du raisonnement, de l'aptitude à réaliser les activités quotidiennes due à des causes neurologiques. Les acceptions populaires et psychiatriques sont dès lors assez différentes et susceptibles d'induire une stigmatisation sur les personnes affectées de démence dans son sens médical.

Dépression : Trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration. Elle peut être de longue durée ou récurrente, et porte essentiellement atteinte à la capacité des personnes à fonctionner au travail ou à l'école, ou à gérer les situations de la vie quotidienne. Dans les cas les plus graves, la dépression peut conduire au suicide.

Double diagnostic : Qualification appliquée aux personnes qui souffrent à la fois d'une dépendance toxicomaniaque et/ou éthylique et d'un trouble psychiatrique, quelles qu'en soient les modalités d'interaction. Parfois, cette expression est également utilisée pour qualifier des personnes présentant une déficience intellectuelle et un trouble de santé mentale.

Double personnalité : Ou « trouble dissociatif de l'identité », ou encore « trouble de l'identité multiple ». Ce trouble mental (défini en 1994 dans le DSM) a vu sa validité en tant que diagnostic médical souvent remise en question. En effet, pour que le diagnostic soit avéré, le sujet doit présenter au minimum deux personnalités prenant à tour de rôle le contrôle de son comportement, avec une incapacité à évoquer des souvenirs personnels. Dans les faits, ce diagnostic est extrêmement rare. Il sert parfois d'excuse à des criminels pour justifier leurs actes. Il est abusif de le confondre avec la schizophrénie.

DSM : Abréviation de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, autrement dit : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. C'est l'ouvrage de référence publié par la Société américaine de psychiatrie, décrivant et classifiant les troubles mentaux. La dernière édition, le DSM V, date de 2013. Les critiques les plus récurrentes portent sur le fait que chaque édition du DSM apporte son lot de nouvelles pathologies, servant ainsi l'industrie pharmaceutique avec un risque de surdiagnostic et donc de surmédicalisation.

h

Habitation protégée : Ou « initiatives d'habitations protégées ». Ces lieux accueillent des patients psychiatriques qui ne nécessitent pas de traitement en continu en hôpital, mais doivent être aidés dans leur milieu de vie et de logement pour l'acquisition d'aptitudes sociales afin de reprendre pied dans la vie sociale.

Hallucination : Une hallucination peut être le plus souvent visuelle, auditive, mais aussi olfactive, gustative et sensorielle. Elle correspond à la création d'une réalité qui n'est pas celle des autres personnes. C'est une perception de faits qui n'existent pas.

Handicap mental : À l'inverse du handicap psychique, le handicap mental est constant. Il se traduit le plus souvent par une déficience intellectuelle, souvent détectée dans l'enfance et jamais complètement récupérable. Pendant longtemps, handicap mental et handicap psychique ont eu le même sens. Par convention, il n'en est plus de même actuellement (voir « handicap psychique »)

Handicap psychique : Le handicap est défini comme une limitation d'activité ou une restriction de participation à la vie en société. On parle de handicap psychique à partir du moment où l'expérience de troubles psychiques ou la maladie mentale ont un retentissement sur la vie de la personne et entravent sa participation à la vie sociale. Le handicap psychique suppose une perte d'autonomie de la personne et donc un besoin d'aide. Le handicap est également une notion administrative qui permet de bénéficier des dispositifs d'accompagnement spécifiques. Le handicap psychique est fluctuant.

Hôpital de jour : Institution ouverte offrant un panel de soins psychomédicaux et permettant aux patients d'être hospitalisés à temps partiel tout en les maintenant dans leur milieu de vie.

Hôpital psychiatrique : Institution spécialisée dans le traitement des troubles psychiatriques et permettant d'héberger les personnes qui en souffrent en dehors de leur milieu de vie familier.

i

Infirmier.ère psychiatrique : Autrefois appelée « gardien de fou », l'infirmier.ère psychiatrique participe à la réalisation d'un projet de soins dans une institution spécialisée, par le biais d'actions de prévention, de soutien relationnel, de soins ou encore de surveillance.

Internement : Voir « défense sociale ». Ne pas confondre l'internement avec la mesure de Protection de la personne des malades mentaux (P.P.M.M., loi du 26 juin 1990).

m

Maladie mentale : Une maladie mentale est une affection qui se manifeste par un ensemble de troubles psychiques de façon déstabilisante et parfois envahissante. L'intégration sociale de la personne est parfois problématique et la maladie peut générer une souffrance psychique intense. La maladie mentale repose sur un diagnostic médical et nécessite des soins pour la personne.

Maniaco-dépression : C'est l'expression communément utilisée pour désigner le trouble bipolaire. C'est donc exactement la même chose, à savoir un trouble de l'humeur faisant passer la personne qui en souffre d'un état d'exaltation intense à un état de dépression profonde. Voir trouble bipolaire.

Manie : La manie est un état mental caractérisé par des degrés d'humeur, d'irritation ou d'énergie anormalement élevés. Elle appartient comme la dépression aux troubles de l'humeur. Elle constitue l'une des phases du trouble bipolaire et est, dans un sens, l'opposé de la dépression.

Mise en observation : la mise en observation est avant tout une privation de liberté. Il s'agit d'une hospitalisation dans un service psychiatrique, ordonnée par une décision judiciaire. Cette notion apparaît dans la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux et a pour but de rétablir le malade mental comme sujet de droit et d'instaurer les règles des internements non volontaires. Cette loi stipule qu'une mesure de protection (restriction provisoire de la liberté d'un individu en vue d'une hospitalisation) peut être prise à l'égard d'une personne, et ce pour autant que trois conditions soient remplies : - la personne doit être reconnue « malade mentale » ; - elle doit mettre en péril sa santé et sa sécurité et/ou constituer une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui ; - aucun autre traitement ne peut être envisageable.

Névrose : Terme générique utilisé en psychiatrie désignant un trouble psychique sans lésion organique démontrable. Le sujet est conscient de sa souffrance psychique et vit dans la réalité.

Névrose obsessionnelle : C'est une forme majeure de névrose. En profonde rumination mentale, la personne qui en souffre tente de combattre ses craintes et ses peurs par une série de rites obsessionnels. Ce terme est surtout utilisé en psychanalyse et ne doit pas être confondu avec le trouble obsessionnel compulsif (TOC).

o

Obsessions : Idée répétitive et menaçante s'imposant à une personne, bien qu'elle soit parfaitement consciente de son caractère irrationnel.

p

Panique : Réaction brutale survenant en cas d'angoisse intense et qui traduit une anxiété très importante. Du point de vue psychiatrique, certains considèrent que les attaques de panique sont pathologiques lorsqu'elles interviennent au moins quatre fois en quatre semaines.

Paranoïa : Dans le langage populaire, le parano est celui qui a une méfiance exagérée vis-à-vis de menaces, soit réelles, soit imaginaires. En psychiatrie, la paranoïa renvoie des idées délirantes, assez permanentes, assez systématisées, exprimant un sentiment constant de persécution. À côté de ce délire, la personne peut être tout à fait lucide et ses fonctions intellectuelles ne sont pas fondamentalement dégradées.

Personnalités multiples : Voir Double personnalité.

Phobie sociale : C'est la peur irrationnelle, persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales dans lesquelles le sujet se trouve confronté au regard d'autrui. Cette peur est justifiée par la crainte d'être humilié, ou embarrassé.

Phobie spécifique : C'est la peur persistante, excessive, intense, à caractère irraisonné, déclenchée par la présence d'un objet ou d'une situation spécifique comme prendre l'avion, être en hauteur, être en contact avec certains animaux.

Psychanalyste : Le psychanalyste désigne un thérapeute dont l'objectif est de traiter ses patients en utilisant la méthode psychanalytique inventée par Sigmund Freud au début du XXe siècle. Cette pratique psychothérapeutique vise à soulager les patients par l'expression de leur inconscient. Le cheminement thérapeutique s'effectue grâce à la parole et la relation qui s'établissent entre le psychanalyste et l'analysant. La formation du psychanalyste passe par une école de psychanalyse et sa propre analyse.

Psychiatre : Le psychiatre est un spécialiste traitant de maladies mentales sur une base médico-psychiatrique. Sa formation consiste en des études de médecine, suivies d'une spécialisation. Il est autorisé à établir un diagnostic médical et, comme tout médecin, à prescrire des psychotropes. On peut le consulter directement ou sur recommandation d'un autre professionnel de la santé.

Psychologue : Le psychologue est un professionnel qui possède un diplôme universitaire en psychologie. Son but est de traiter des personnes souffrant de troubles psychologiques. Les techniques généralement utilisées par le psychologue relèvent d'un travail d'écoute du patient.

Psychopathe : Tout un temps, le terme a pu être synonyme de malade mentale. Aujourd'hui, le sens est plus restreint. Beaucoup situent la psychopathie en dehors des maladies mentales. Il s'agit un état de déséquilibre psychologique, caractérisé par un comportement asocial, sans déficit intellectuel ni symptômes psychotiques. Le terme a une connotation socialement négative.

Psychopathologie : Science qui étudie les maladies et troubles psychiques.

Psychose : Le terme recouvre des affections psychiques dont les contours conceptuels sont relativement controversés. Une personne souffrant de psychose – un psychotique – perd le contact avec la réalité des autres et est envahie de pensées délirantes se traduisant par un discours et une attitude irrationnels pour autrui. Les personnes psychotiques peuvent être convaincues du contenu de leur délire sans parvenir à une distance critique suffisante pour partager des relations supportables avec leurs entourages. Des soins et accompagnements adéquats permettent néanmoins d'aboutir, sinon à une disparation de la psychose, du moins à un rétablissement, une vie humaine parmi les autres.

s

Santé mentale : L'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) définit la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. La bonne santé mentale ne consiste pas seulement en une absence de troubles mentaux.

Service de santé mentale: Composé d'une équipe pluridisciplinaire, un service de santé est une institution apportant une aide psychomédicosociale dans un cadre ambulatoire spécialisé à toute personne qui en exprime la demande.

Schizophrénie : Dans le langage populaire, la schizophrénie est fréquemment synonyme de folie ; en psychiatrie, sa signification est néanmoins plus précise bien qu'elle soit loin d'être univoque. Débutant généralement au début de l'âge adulte, la schizophrénie est un trouble psychotique qui se caractérise par l'apparition à certains moments d'une perception ou une interprétation délirante de la réalité. La personne schizophrène peut s'isoler dans ses pensées et vivre en retrait. Elle peut aussi s'exprimer selon une logique désorganisée ou avec des sentiments qui apparaissent sans rapport avec la situation. Cette manière d'être au monde peut dès lors être vécue à la fois comme une difficulté, un mystère ou une relation originale. Des soins et accompagnements adéquats permettent néan-

moins d'aboutir, sinon à une disparation de la schizophrénie, du moins à un rétablissement, une vie humaine parmi les autres.
La schizophrénie est souvent considérée, à tort, comme un « dédoublement de la personnalité ». Cette idée reçue s'explique en partie à l'origine même du terme « schizophrénie » qui provient des mots grecs schizo « séparé » et phrên « esprit ». Les schizophrénies touchent 1 % de la population mondiale.

Syndrome d'Asperger : Cette pathologie dont la reconnaissance est relativement nouvelle (quelques décennies) est souvent classée parmi les troubles autistiques sans déficience intellectuelle. Elle affecte principalement la manière dont la personne communique et entretient des relations avec les autres. Ces personnes peuvent être submergées quand l'environnement abonde de messages qui deviennent alors cacophoniques. Elles sont hypersensibles. Pour faire face, ces personnes se concentrent sur des routines, des détails ou des intérêts spécifiques. La conséquence peut être un savoir riche et approfondi dans des domaines particuliers.

t

Tic : Mouvement musculaire répétitif et non maîtrisé, provoqué inconsciemment. Ils se manifestent souvent lors d'épisodes de forte émotion ou de grand stress.

Trouble obsessionnel compulsif (TOC) : Le Trouble Obsessionnel Compulsif est un trouble anxieux qui est caractérisé par des pensées (obsessions), et des comportements (compulsions) embarrassants et indésirables. Les obsessions typiques sont la peur d'être contaminé, le doute, des pensées récurrentes d'ordre sexuel ou religieux, la peur de se blesser, la préoccupation de la sécurité d'autrui. Ces pensées s'imposent à la personne et entraînent une anxiété. Celle-ci y répond alors par des comportements répétitifs (comme se laver les mains, vérifier) ou des actes mentaux (prier, compter, répéter les mots) qui sont destinés à neutraliser la situation redoutée.

Trouble anxieux : Ils constituent un ensemble de troubles très divers qui ont en commun d'avoir une anxiété pathologique comme symptôme principal. L'anxiété n'est pas en soi pathologique. On parle de troubles anxieux lorsque cette émotion devient envahissante et qu'elle entraîne une souffrance significative et une gêne au fonctionnement individuel.

Trouble autistique (TSA): Également appelé « trouble du spectre autistique », ce handicap se caractérise par un développement anormal de l'enfant, principalement au niveau social, relationnel et communicationnel.

Trouble bipolaire : Il s'agit d'une affection, actuellement classée dans les troubles de l'humeur. La personne peut en l'espace de quelques instants, quelques mois, ou quelques années, passer d'un état d'euphorie ou pôle maniaque, à un état de profonde mélancolie, ou pôle dépressif. Les troubles bipolaires sont particulièrement handicapants pour la personne qui en souffre, mais également pour son entourage. Il existe différents types de troubles bipolaires, ils concernent ensemble 5 à 6% de la population mondiale.

Trouble cognitif : Il se présente sous la forme de troubles de mémoire, de la perception et du traitement des informations. On peut trouver des troubles cognitifs dans différents troubles psychiques telles les psychoses, les troubles de l'humeur, et surtout en cas de lésions cérébrales ou dans les démences.

Troubles dépressifs : Ils se caractérisent par une tristesse qui est non seulement intense, mais surtout associée à une douleur morale. Ils doivent être différenciés de la tristesse normale. Il s'agit d'un vécu pessimiste, d'une péjoration de l'avenir, d'un sentiment d'insatisfaction, de dévalorisation, de culpabilité, d'indignité et d'incurabilité.
Entre 5 et 15 % des Français seraient touchés par la maladie dépressive (dépression majeure), avec un sexratio de deux femmes pour un homme. En Belgique 10% de la population est concernée.

Trouble de la personnalité borderline : Les personnes qui souffrent d'un trouble de la personnalité État-Limite (en anglais « Borderline ») ont de graves problèmes de régulation émotionnelle. Ceux-ci se traduisent par une grande instabilité, une sensibilité importante à l'abandon et des comportements impulsifs parfois destructeurs. Elles ont des émotions qui se déclenchent plus vite, sont plus intenses et prennent plus de temps pour s'apaiser que la moyenne des gens. Cette maladie touche 2 % de la population, dont 75% de femmes.

Trouble dissociatif de l'identité (TDI) : Voir Double personnalité.

Trouble de stress post-traumatique (TSPT) : Trouble anxieux apparaissant en réaction à un événement traumatique provoquant une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Trouble psychotique : Voir Psychose.

Liens utiles

http://www.psychiatries.be

http://www.revers.be

http://www.psytoyens.be/

http://www.reseausantenamur.be/initiatives/le-conseil-d-usagers

http://www.guidesocial.be

http://www.autrelieu.be/

http://www.clubandrebaillon.

http://www.article23.eu

http://www.similes.org

Ont collaboré à la création de ce guide et de ce lexique :

Mounia Ahammad, Carole Bachely, Charles Burquel, Olivier Croufer, Christophe Davenne, Oivier De Gand, Vanni Della Giustina, Michèle Durieux, Aurélie Ehx, Jean-Marie Graas, Georges Legros, Jean-Philippe Lejeune, Marie-Céline Lemestré, Cécile Mormont, Samantha Russo.

Toutes les citations proviennent du Conseil d'usagers du réseau 107 à Namur.

REMERCIEMENTS :
Jean-François Dumont, André Linard, Didier de Riemaecker, Nathalie Taymans, ainsi que les membres du comité de pilotage du Mouvement pour une psychiatrie démocratique dans le milieu de vie.

Pour toute suggestion, demande d'information :

Centre Franco Basaglia
42-44, chaussée des prés
4020 Liège
04/227 02 58
www.psychiatries.be –
info@psychiatries.be

> Mise en page :

Article 23 infographie
- www.article23.eu -

>1ére édition : juin 2017

Ce guide a été mis en page et illustré par les membres de l'atelier infographie-sérigraphie de l'asbl Article 23. Cet atelier, à l'instar des deux autres pôles de l'asbl, s'inscrit dans une pratique démocratique de la santé mentale. Quotidiennement, les travailleurs, graphistes et sérigraphes, accompagnent des stagiaires dans leur projet de réinsertion socio-professionnel. L'objectif de l'atelier est d'offrir à chaque personne un cadre de travail visant au développement de ces compétences. Dans ce but, l'atelier propose plusieurs orientations. D'une part, l'atelier répond à des commandes de clients extérieurs, à la fois dans le domaine du graphisme et de la sérigraphie. Dans ce cadre, nous favorisons une implication du stagiaire à la fois dans la rencontre avec le client, dans le processus de recherche de création visuelle et dans la finalisation du travail. D'autre part, afin d'élargir le spectre des possibilités, l'atelier développe un travail de création interne. Cette orientation permet au stagiaire de développer ses compétences techniques et créatives avec des objectifs précis. Grâce à ce travail en interne, l'atelier réalise une série d'objets allant du t-shirts sérigraphié, en passant par un large éventail de pochettes ou encore de lampes. La vente de ces objets se fait en partie sur place, ce qui permet une relation directe avec le client. Une autre partie de la production est mise en vente dans des commerces locaux afin d'offrir une autre visibilité du travail tout en se confrontant aux réalités du marchés. Par ailleurs, l'atelier a la volonté de s'inscrire dans une démarche citoyenne et responsable en étant attentif à utiliser des supports écologiques, équitables et/ou issus du marché de seconde main.

Par ces actions, nous cherchons à améliorer la participation des usagers de la santé mentale dans le domaine de l'économie en considérant le travail comme un droit.