

# LA STIGMATISATION DANS LE DISCOURS DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MENTALE

---

**Marie Absil**

philosophe, animatrice au Centre Franco Basaglia

Résumé : Quatrième analyse d'une série consacrée à la stigmatisation des personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Dans cet article, nous continuons le tour d'horizon par une réflexion sur l'effet stigmatisant de certains discours de et sur la psychiatrie. Nous poserons la question suivante : Le discours médical est-il neutre ou recèle-t-il des éléments potentiellement stigmatisants ?



Cette analyse s'inscrit dans la thématique :

## SAVOIRS EN CONTROVERSE

Réflexion sur les savoirs en tant que constructions théoriques porteuses de valeurs, de modes de pensées, de pratiques professionnelles et de normes qui façonnent la vie quotidienne. La mise en controverse de ces savoirs ouvrant la possibilité d'un partage de pouvoir créatif et démocratique.

---

Cette analyse est téléchargeable sur [www.psychiatries.be](http://www.psychiatries.be)  
1ère édition, septembre 2015

Editeur responsable :  
Centre Franco Basaglia asbl, rue Cathédrale 12, 4000, Liège.  
Courriel : [info@psychiatries.be](mailto:info@psychiatries.be)

Avec le soutien de :



Wallonie



FÉDÉRATION  
WALLONIE-BRUXELLES

Quatrième analyse d'une série consacrée à la stigmatisation des personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Nous nous pencherons cette fois sur la stigmatisation en tant que discours sur des phénomènes par les professionnels de la santé mentale.

Dans les deux premières analyses, nous nous sommes d'abord attachés à différencier les notions regroupées sous le terme générique de « stigmatisation » (les stéréotypes, les préjugés et la discrimination) puis nous avons identifié les origines du phénomène dans notre représentation culturelle de la folie. La troisième analyse décrit comment cette représentation de la folie - ce fond de connaissances communes et d'affects par rapport à la folie - est régulièrement relayée et alimentée par les médias.

Dans cet article, nous continuons le tour d'horizon du phénomène de stigmatisation des personnes qui ont des problèmes de santé mentale par une réflexion sur l'effet stigmatisant de certains discours de et sur la psychiatrie. Nous poserons la question suivante : Le discours médical est-il neutre ou recèle-t-il des éléments potentiellement stigmatisants ?

## **STIGMATISANT LE LANGAGE MÉDICAL ?**

Il nous paraît difficile de croire que les professionnels de la santé mentale puissent participer à la stigmatisation des personnes qui présentent des troubles psychiques, et pourtant... nous allons voir que les mots propres au discours médical, s'ils se veulent objectifs et scientifiques, peuvent se révéler stigmatisants dans deux situations : lors de leur passage dans le monde social ou encore quand ils sont utilisés dans un discours sans nuances et par trop objectivant.

La médicalisation de la folie n'a pas fait disparaître les vieux stéréotypes loin de là. En effet, le modèle biomédical qui structure le discours sur la folie trace une ligne de partage entre le « normal » et le pathologique. Les personnes qui n'agissent pas comme la majorité sortent ainsi de la « normalité » et se retrouvent enfermées dans le groupe de ceux qui sont considérés comme « ayant des problèmes de santé mentale ». La distinction santé/maladie peut entraîner un effet de stigmatisation en ce qu'elle instaure une ligne de partage entre les individus. En effet, le discours médical diffuse ainsi dans la société une représentation culturelle de la santé porteuse de normes et de valeurs<sup>1</sup>.

Mais il y a des malades et des bien-portants me direz-vous. C'est très juste. Le problème est que l'identification par le discours médical des individus « qui ont des problèmes de santé mentale » comme faisant partie des personnes se situant du côté du « pathologique » à tendance à « contaminer » toute leur existence. En effet, ce discours sur le partage entre le normal et le pathologique opéré par la science se charge de valeurs propres à notre représentation culturelle de la santé quand il passe dans le monde social.

Le discours médical parle de symptômes pour identifier ce qui relève de la pathologie. Or, ces symptômes sont porteurs de valeurs négatives pour le monde social, surtout quand ils

---

<sup>1</sup> Marie Absil, *Subvertir le concept de santé ?*, Centre Franco Basaglia, étude 2015, téléchargeable sur [http://www.psychiatries.be/wp-content/uploads/2015/05/2015\\_Subvertir-le-concept-de-sant%C3%A9.pdf](http://www.psychiatries.be/wp-content/uploads/2015/05/2015_Subvertir-le-concept-de-sant%C3%A9.pdf)

concernent la santé mentale des individus: les symptômes de la dépression font signe vers un manque de volonté tandis que ceux de l'autisme indiquent un repli sur soi et une absence d'empathie par exemple. Bientôt, les caractéristiques positives des personnes tendent à s'effacer sous le poids de l'étiquette psychiatrique, tandis que leurs difficultés semblent pointer vers un manque/problème de valeurs morales dans l'imaginaire des entourages, ouvrant ainsi la porte à la dévalorisation de soi et au dénigrement. Leurs symptômes deviennent alors une sorte d'« identité négative » dont elles ne peuvent plus se débarrasser. En effet, une fois classé dans le groupe « pathologique », tous leurs comportements sont évalués à cette aune médicale, qui mesure leur écart avec la normalité. C'est ainsi qu'un diagnostic médical se mue dans les imaginaires, dans les représentations, en jugement moral.

Le langage médical n'est donc pas stigmatisant en soi. C'est plutôt dans la manière dont ce langage est relayé dans les discours, c'est-à-dire dans la manière dont est utilisé effectivement ce langage médical dans la vie courante, que peut se nicher la stigmatisation.

## **STIGMATISER, MALGRÉ SOI ?**

Les professionnels ne peuvent pas être taxés d'ignorance vis-à-vis des savoirs de la psychiatrie. Ce savoir est-il une garantie contre les stéréotypes, les préjugés et les attitudes discriminatoires ? Ce n'est pas certain.

De même, ces professionnels ont choisi de travailler avec les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Ce qui dénote d'un souci, d'une bienveillance envers ces personnes. Cette volonté d'aider que l'on retrouve souvent à la racine des vocations médicales est-elle le meilleur rempart contre la stigmatisation ? Le plus souvent oui. Mais les mots vont parfois plus vite que la pensée et de vieux réflexes non remis en question, le stress et la fatigue, ou encore un certain désenchantement par rapport à sa profession, peuvent faire ressurgir des stéréotypes dans les discours.

La première chose qui frappe dans certaines institutions de soins, c'est le partage eux/nous qui s'opère entre les professionnels et les usagers. D'un côté, il y a « nous », les intervenants, sains d'esprit et porteurs d'un savoir sur la santé mentale et de techniques d'intervention. De l'autre, il y a « eux », qui sont malades, et certainement ignorants quant à la manière d'aller mieux (sinon, ils n'auraient pas besoin de consulter). Ce type clivage, se retrouve partout et à tous les niveaux dans notre société qui aime catégoriser les gens : à l'école (professeurs/élèves), dans le commerce (commerçants/clients), en politique (électeurs/élus), etc. En psychiatrie, il témoigne cependant d'un processus culturel intériorisé qui, si on n'y prend garde, peut être source de stigmatisation. En effet, nous avons vu dans la deuxième analyse<sup>2</sup> que le partage raison/déraison se situe au sein de chaque individu. Mettre une barrière entre soi et les personnes dont on prend soin est une manière de se protéger de toute « contamination du

---

<sup>2</sup> Voir Marie Absil, *Les origines de la stigmatisation*, Centre Franco Basaglia, 2015, p.3, article téléchargeable sur <http://www.psychiatries.be/2015-3/>

stigmaté<sup>3</sup>». Cette barrière invisible – rempart contre la folie - est une garantie pour l'intervenant, il ne risque pas de « perdre l'esprit », il assure sa propre sécurité psychique en instaurant une distance qui est délimitée par son savoir.

La manière dont sont réalisées les évaluations des capacités est très importante également. Quand celles-ci ne reflètent que les attentes et les valeurs de la société – autonomie, performance, efficacité, compétitivité...toutes vouées à la réussite économique - le patient se retrouve toujours perdant. Quand on est défini uniquement par sa maladie et ses déficits, on en oublie les composantes positives de sa personnalité. Les évaluations de capacités, quand elles sont réalisées de manière dévalorisante, attribuent nombre d'incapacités au patient : il est fragile, instable, insociable, il n'a pas une hygiène correcte, il présente des freins sérieux pour l'emploi, il est dépendant...sans donner autant de poids à ses capacités. Heureusement, aujourd'hui, les intervenants sont attentifs à réaliser des évaluations plus « neutres », volontairement non stigmatisantes. Ces évaluations pointent d'un même mouvement les faiblesses mais aussi les forces d'une personne. Les faiblesses devant faire l'objet d'une attention particulière dans le processus de soins tandis que les forces doivent servir de point d'appui au rétablissement des personnes.

L'utilisation qui est faite du diagnostic est également potentiellement stigmatisante. Quand il est « jeté » sans explications complémentaires au visage du malade, quand il est assorti d'un pronostic qui est négatif d'emblée...Mais aussi quand il sert à définir une fois pour toute l'identité du patient.

Enfin, après des années de pratique dans ce secteur difficile, une certaine forme de lassitude et de découragement est ressentie par beaucoup d'intervenants. En effet, les patients ne répondent pas toujours comme on le voudrait aux soins. Ils oublient ou refusent de prendre leurs médicaments, n'écoutent pas les conseils donnés, refont sans cesse les mêmes erreurs...provoquant ainsi un sentiment d'impuissance qui perce parfois dans le discours des professionnels qui peuvent alors sembler attribuer la responsabilité exclusive de l'échec de la prise en charge au patient (« si tu avais bien pris tes médicaments », « si tu avais fait comme je te l'ai dit la dernière fois »,...).

## CONCLUSION

L'analyse des discours est primordiale dans les phénomènes de stigmatisation. En effet, les stéréotypes et les préjugés peuvent se cacher dans un discours qui se veut pourtant objectif.

Dans les exemples détaillés ici, on voit que le discours médical, sous couvert d'une simple description de faits, peut se révéler très destructeur. La manière d'annoncer et d'utiliser un diagnostic, la manière dont les évaluations sont réalisées et présentées ...devraient faire l'objet de la plus grande attention de la part des intervenants. En effet, les outils médicaux peuvent

---

<sup>3</sup> Erving Goffman, *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps*, 1963 ; traduit de l'anglais par Alain Kihm, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens Commun », 1975.

être très stigmatisants et alimenter les stéréotypes et les préjugés s'ils ne sont pas maniés avec précaution et relativisés. Il y a ensuite des phénomènes de processus culturels intériorisés qui se révèlent dans des habitudes de langage désastreuses, comme la distinction eux/nous qui a tendance à s'opérer insidieusement, et le plus souvent sans aucune intention péjorative, dans les institutions ou encore le rejet implicite de la responsabilité des échecs de la prise en charge sur le patient.

Cette analyse montre que la stigmatisation n'est pas toujours volontaire ou le fait de personnes mal intentionnées. Le discours médical peut se faire le relais, le plus souvent involontaire, de la stigmatisation.

Dans la prochaine analyse, nous verrons comment les usagers peuvent tenir un discours stigmatisant sur eux-mêmes.