



**HAL**  
open science

# Du cinéma à l'hôpital : étude des représentations de la schizophrénie

Marine Raimbaud

## ► To cite this version:

Marine Raimbaud. Du cinéma à l'hôpital : étude des représentations de la schizophrénie. Psychiatrie et santé mentale. 2016. <dumas-01397108>

**HAL Id: dumas-01397108**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01397108v1>**

Submitted on 15 Nov 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

Numéro de la thèse : 2016-152

**DU CINÉMA À L'HÔPITAL : ÉTUDE DES REPRÉ-  
SENTATIONS DE LA SCHIZOPHRÉNIE**

Thèse pour le Diplôme d'État

Diplôme d'Etudes Spécialisées de Psychiatrie

Présentée et soutenue publiquement le 13 Octobre 2016

Par Marine RAIMBAUD

**Président du jury** : Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE

**Membres du jury** : Monsieur le Professeur Christian MILLE

Monsieur le Professeur Bernard DEVAUCHELLE

Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Monsieur le Professeur Jean-Michel MACRON

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

**Directeur de thèse** : Madame le Docteur Aude LEPRESLE



UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

Numéro de la thèse : 2016-152

**DU CINÉMA À L'HÔPITAL : ÉTUDE DES REPRÉ-  
SENTATIONS DE LA SCHIZOPHRÉNIE**

Thèse pour le Diplôme d'État

Diplôme d'Etudes Spécialisées de Psychiatrie

Présentée et soutenue publiquement le 13 Octobre 2016

Par Marine RAIMBAUD

**Président du jury** : Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE

**Membres du jury** : Monsieur le Professeur Christian MILLE

Monsieur le Professeur Bernard DEVAUCHELLE

Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Monsieur le Professeur Jean-Michel MACRON

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

**Directeur de thèse** : Madame le Docteur Aude LEPRESLE



Remerciements aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILÉ  
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
(Pédopsychiatrie)

Coordonnateur régional du DES de psychiatrie

*Vous me faites l'honneur de présider mon jury, je vous en remercie. Je vous remercie également pour votre engagement dans notre enseignement et notre formation professionnelle, ainsi que votre disponibilité auprès des étudiants.*

Monsieur le Professeur Christian MILLE  
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
(Pédopsychiatrie)

*Vous me faites l'honneur de participer à mon Jury, je vous en remercie. Je vous remercie également pour votre pédagogie et votre bienveillance auprès des étudiants.*

Monsieur le Professeur Bernard DEVAUCHELLE  
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
(Chirurgie maxillo-faciale)

Responsable du service de chirurgie maxillo-faciale  
Pôle des 5 Sens

Docteur Honoris Causa de l'Université de Louvain Belgique

Chevalier dans l'ordre de la Légion d'Honneur

Commandeur dans l'Ordre des Palmes Académiques

Officier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur

*Vous me faites l'honneur de participer à mon Jury, je vous en remercie.*

Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ  
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
(Pédiatrie)

Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous me faites l'honneur de participer à mon Jury, je vous en remercie. Je vous remercie également pour votre enseignement et votre pédagogie lors de notre formation.*



Monsieur le Professeur Jean-Michel MACRON  
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
(Physiologie)

Chef du Service Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux  
Pôle Autonomie

*Vous me faites l'honneur de participer à mon Jury, je vous en remercie.*

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL  
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
(Médecine légale et droit de la santé)

Service de Médecine Légale et Sociale

Adjointe au Chef du Pôle « Urgences, médecine légale et sociale »

*Vous me faites l'honneur de participer à mon Jury, je vous en remercie. Je vous remercie également pour votre enseignement et votre pédagogie lors de notre formation.*

Madame le Docteur Aude LEPRESLE  
Assistante spécialiste  
(Psychiatrie)

*Tu m'as fait l'honneur de diriger ma thèse et mon mémoire, je t'en remercie et te témoigne ici, toute ma reconnaissance. Je te remercie également pour ta pédagogie, ta patience et ta bienveillance. Ton enseignement m'a beaucoup apporté, et continuera à m'accompagner tout au long de ma formation.*



## Remerciements à mes proches :

À Julien, mon amour, mon meilleur ami et mon soutien,

Ma vie n'aurait pas de sens sans toi. Freud a dit « Nous ne sommes jamais aussi mal protégés contre la souffrance que lorsque nous aimons ». Merci de faire mentir un des maîtres de la psychiatrie.

À ma petite famille, que j'aime tant, vous êtes mon inspiration,

Ma mère pour ton amour, ton courage et ta force,

Mon frère pour ton espièglerie, tes passions et ton naturel,

Ma grand-mère pour ton amour, ton soutien et ton franc-parler,

Mon « grand frère » pour notre complicité, tes attentions et ton soutien.

À mes beaux-parents, Yolande et Michel, pour votre accueil dans votre famille, et votre soutien,

À ma belle-sœur, la belle Marie, pour ta sensibilité et ton humour.

À mes amis, merci à tous pour ses moments partagés, votre soutien, votre humour et votre amitiés. Je suis chanceuse de vous avoir.

À tous les médecins avec lesquels j'ai eu l'honneur de travailler pendant ma formation. Vous avez transmis l'amour de ce métier, et j'espère vous faire honneur chaque jour que je le pratiquerai.

À toutes les merveilleuses équipes avec lesquelles j'ai travaillé, pour votre accueil et le travail effectué dans la joie et la bonne humeur. Je suis honorée d'avoir travaillé avec vous.

À tous les internes que j'ai rencontré pendant mon internat, que de bons moments partagés avec vous ! Je me félicite d'avoir été formée à vos côtés. Vous resterez mes chouchous !

Et surtout aux patients, c'est pour eux que l'on veut se surpasser.



# Table des matières

Introduction .....	12
I. Étude des représentations sociales .....	14
A. Stigmatisation et représentations sociales .....	14
1. La stigmatisation .....	14
2. Les représentations sociales .....	15
3. La discrimination.....	16
B. Représentation de la schizophrénie .....	18
1. En population générale.....	18
2. En population hospitalière.....	22
3. Pour les aidants.....	24
4. Pour les patients atteints de schizophrénie .....	27
C. Représentation de la schizophrénie au Cinéma .....	32
1. La maladie mentale dans les médias .....	33
2. La maladie mentale au Cinéma .....	35
3. La schizophrénie au Cinéma .....	38
4. Le trouble dissociatif de l'identité au Cinéma.....	40
D. Conclusion.....	42
II. Données descriptives de la schizophrénie .....	43
A. Abord historique de la schizophrénie .....	43
B. Données épidémiologiques.....	44
C. Sémiologie de la schizophrénie .....	45
D. Agressivité des personnes souffrant de schizophrénie .....	47
III. Étude des représentations cinématographiques de la schizophrénie .....	50
A. Introduction .....	50
B. Méthode .....	50
1. Films représentant la schizophrénie pour la population générale.....	50
2. Critères évalués .....	51

C. RÉSULTATS.....	53
1. Diagnostics .....	53
2. Analyse des 14 films mettant en scène la schizophrénie.....	53
3. Analyse des 16 films mettant en scène l’institution psychiatrique .....	55
4. Analyse des 8 films mettant en scène le trouble dissociatif de l’identité.....	57
5. Analyse de la symptomatologie auto et hétéro-agressive et de la violence dans les 30 films .....	58
6. Analyse de la symptomatologie représentée dans les 30 films .....	59
7. Analyse des traitements et étiologies représentés dans les 30 films .....	60
D. Discussion.....	61
1. Représentation de la symptomatologie psychiatrique.....	61
2. Les représentations de l’auto et l’hétéro agressivité, et de la violence subie et agie	64
3. Traitements et étiologies .....	68
E. Utilisation du Cinéma dans l’enseignement .....	69
1. Bibliographie.....	69
2. Symptomatologie de la schizophrénie.....	70
3. Dépression post-schizophrénique.....	72
4. Impact de la maladie mentale sur les proches .....	73
5. Trouble dissociatif de l’identité.....	73
6. L’institution et les professionnels de santé en psychiatrie .....	73
Conclusion.....	75
ANNEXE 1 : .....	76
ANNEXE 2 : .....	78
ANNEXE 3: .....	80
BIBLIOGRAPHIE .....	86

## Introduction

Au cours de leurs pratiques, les psychiatres sont souvent confrontés dans leur travail avec leurs patients, aux représentations de la psychiatrie et de la maladie mentale. Les représentations sociales et individuelles de la maladie mentale sont en jeu, dans différents contextes : lors du premier contact du patient avec la psychiatrie, dans ses relations avec sa famille, lors de la nécessité d'hospitalisation sous contrainte, ou même dans les relations interprofessionnelles avec un collègue médecin non spécialisé en psychiatrie.

La stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques est un frein majeur au rétablissement des patients, mais c'est également un phénomène à combattre afin d'améliorer leur qualité de vie et leur pronostic.

Une étude a insisté sur la fréquence de la représentation de la maladie mentale dans les films. Il retrouve ainsi sur une période d'un an (février 1990 à février 1991), que 10 % des films sortis au Cinéma américain, traitent de la maladie mentale. Il insiste également sur la fréquence importante des représentations de la maladie mentale dans les séries télévisées, la presse écrite, la littérature, le théâtre et la musique [1]. En effet l'art cinématographique a mis en scène très rapidement la maladie mentale dès 1920 dans « *Le Cabinet du Docteur Caligari* », ce sera le début d'une histoire d'amour réciproque entre le Cinéma et la psychiatrie. Il a été établi que le Cinéma influence l'image des patients sur la maladie mentale, la psychothérapie et les psychiatres ou autres intervenants en maladie mentale[2]. Le Cinéma fait partie intégrante de notre vie et vient l'enrichir de nombreuses informations.

Réciproquement, les représentations de la maladie mentale issues du media cinématographique constituent une fenêtre sur la façon dont notre société regarde le « fou », le malade mental. L'étude des représentations de la maladie mentale telle que le Cinéma la met en scène est aussi celle des représentations sociales de la maladie mentale. Le champ des maladies mentales est vaste, les catégories diagnostiques croissent au fil du temps et se font plus précises. Paradoxalement à cela, on observe que le terme « schizophrénie » est utilisé de manière régulière par des personnes de la vie publique, souvent de façon abusive et impropre (journalistes, politiciens, artistes). Son emploi stigmatise le comportement de celui qui est visé. Les professionnels de la santé mentale ont pu dénoncer, par son emploi public et souvent peu approprié, les effets à la fois de marginalisation du patient souffrant de schizophrénie, et de la méfiance que le terme suscite [3].

La schizophrénie a une forte prévalence de près de 1% dans la population générale et

elle fait partie des affections dites de longue durée (ALD numéro 23 « affections psychiatriques de longue durée »). C'est pourquoi pour notre travail, nous avons choisi de nous intéresser à la schizophrénie du fait de cette importante prévalence et de sa gravité clinique (en effet seulement un tiers des patients seront en rémission durable après plusieurs années de traitement)[4].

Notre expérience nous amène donc à étudier les représentations de la schizophrénie dans différentes populations : générale, aidant, soignant et patient, ainsi que les représentations de la schizophrénie au Cinéma. Dans un premier temps, nous allons établir via une revue de la littérature, un état des lieux des représentations de la schizophrénie. Puis nous allons étudier une liste de films sélectionnée par plusieurs moteurs de recherche comme représentants la schizophrénie afin d'établir le(s) profil(s) des représentations de la schizophrénie et ainsi le(s) confronter à ceux mis en évidence dans notre bibliographie. Le profil relayé par le Cinéma correspond-il à une réalité clinique ? Allons-nous mettre en évidence une similarité entre le profil des représentations de la population générale et celui du Cinéma ?

Dans un premier temps, nous allons présenter les données de la littérature concernant les représentations de la maladie mentale et de la schizophrénie, puis nous allons présenter quelques données sur la pathologie, et enfin nous allons étudier les représentations de la schizophrénie dans trente films.

## **I. Étude des représentations sociales**

### **A. Stigmatisation et représentations sociales**

#### **1. La stigmatisation**

Le stigma renvoyait, dans la Grèce Antique, à la marque physique d'identification que les esclaves et soldats portaient. Cette marque était imprimée au fer sur la peau, indiquant ainsi leur appartenance, et surtout leur statut inférieur ou de moindre valeur dans la société. Dans cette société, les hommes de plus de 20 ans avaient des droits de citoyenneté, droits dont été dépourvus les femmes, les esclaves et les étrangers [5].

Le Larousse définit le verbe « stigmatiser » comme le fait de « dénoncer, critiquer publiquement quelqu'un ou un acte que l'on juge moralement condamnable ou répréhensible ».

La stigmatisation fait référence de nos jours à un complexe multidimensionnel, cela résulte en des comportements ou des conduites de discrimination du fait d'une méconnaissance ou d'une ignorance, la conséquence en est une souffrance de la personne stigmatisée[5].

Benoist identifie 3 champs d'où proviendrait la stigmatisation [6]:

- La peur notamment de la contagion et de la violence.
- L'anomalie ou l'étrange, les personnes différant au niveau morphologique mais aussi au niveau comportemental, des « règles du jeu social local ».
- La régulation sociale, « une évaluation sociale des écarts d'apparence ou de conduite ».

Benoist voit la stigmatisation comme une pensée binaire, tout signe, tout indice (un signe physique, un traitement psychiatrique par exemple) sera pathognomonique. Le comportement de la personne stigmatisée ne sera plus une probabilité mais une certitude. Par exemple, un « fou » est toujours violent. Cet absolu est également présent dans le temps. Le passé devient indélébile. Un homme qui a été hospitalisé en psychiatrie ne pourra jamais en sortir[6].

Le processus de formation de la stigmatisation a été décrit en cinq étapes interagissantes [7] :

1) Les sujets attribuent une valeur sociale à des différences interindividuelles, par exemple la couleur de la peau, le quotient intellectuel (Q.I.), les préférences sexuelles mais aussi, en mé-

decine, la nature des maladies.

2) Ces différences sont rapportées à des caractéristiques indésirables telles que des dispositions négatives ou des comportements délibérément déviants.

3) Le groupe les connotant comme différents, les nomment « eux », et se réfèrent à « nous » pour ceux appartenant à leur groupe, constituant ainsi un groupe d'individus bien différencié du reste de la société et identifié par l'ensemble de ces stéréotypes.

4) Le groupe stigmatisé ressent de la discrimination et une dévalorisation attribuable à une perte de statut.

5) La dernière condition est l'exercice du pouvoir. La nécessité est d'avoir un pouvoir suffisant pour retourner la situation, afin de créer une telle situation sur un autre groupe. Link et phelan prennent l'exemple des patients qui traitent leurs psychiatres de « pill pusher », de médecins froids et paternalistes. Les patients manquent cependant du pouvoir culturel, économique et politique pour inverser le stigma [7].

Ces définitions et ces fonctionnements dynamiques mettent en évidence l'aspect arbitraire et inéluctable de la stigmatisation. La stigmatisation n'est donc pas à banaliser, mais à combattre. Son impact sur les groupes marqués par le stigma est donc à considérer sérieusement.

## 2. Les représentations sociales

Les représentations sociales sont des croyances et des opinions reflétant le point de vue d'une communauté à un temps T.

Les représentations sociales ont comme fonction de permettre d'ordonner et de donner sens à nos croyances, à nos opinions et à nos représentations du monde, assumant ainsi une fonction d'ajustement à nos groupes d'appartenance et conditionnant nos comportements. Il a été établi également, que les représentations sociales sont une instance entre concept et perception, qui contribuent à la formation des conduites et à l'orientation des communications sociales, qu'elle aboutissent à des processus d'objectivation, de classification et d'ancrage, et qu'elles s'élaborent selon différentes modalités de communication: la diffusion, la propagation et la propagande [8].

Dans un ouvrage se proposant d'étudier les représentations sociales de la maladie mentale, Denise Jodelet présente une étude qu'elle a réalisé dans les années 1980 et dont l'objectif était de contextualiser les représentations dans un ensemble social spécifique, ici une « Colonie Familiale », soit « un ensemble de communes rurales où les malades mentaux vivent en

liberté et sont confiés, pour l'hébergement, l'entretien, la surveillance et les soins, aux habitants », système placé sous le contrôle d'un hôpital psychiatrique. Les malades sont désignés comme des pensionnaires de ces colonies, ceux qui les hébergent sont nommés les nourriciers. Cette enquête a duré 4 ans, et a été effectuée selon plusieurs techniques : ethnologique (observation participante), sociologique (recueil statistique), psycho-sociologique (entretien en profondeur) et historique (analyse de compte rendu). À l'issue de cette étude, il est apparu que le rapport entre nourricier et pensionnaire est organisé selon deux registres distincts: les « contraintes » et le « contrôle relationnel » (instauré par l'hôpital pour intégration du malade dans la famille), ce que Jodelet qualifiera de « pratiques instituant ». L'analyse historique a permis d'observer que la mise à l'écart des pensionnaires est progressive dans l'institution locale : ils sont de moins en moins intégrés dans la vie familiale. Jodelet parle même de « *simulacre* ». Elle observe également que le taux d'association des malades à la vie de famille, est minimum dans la zone d'implantation de la colonie et dans les zones de placement les plus anciennes. De plus, ce taux augmente à mesure que la colonie est récente. L'étude met également en évidence que les nourriciers issus de parents eux-mêmes nourriciers, donc les nourriciers de tradition familiale, sont moins ouverts et moins accueillants que les nourriciers non issus d'une tradition familiale. L'auteur fait état de peurs multiples observées chez les ressortissants de la colonie : peur de la folie et peur pour le groupe d'une non différenciation d'avec les malades. Ainsi, elle met en évidence une peur chez les « anti-colonialistes » (les non nourriciers de la colonie) de la détérioration de l'image du groupe, un jugement négatif par les communautés voisines entraînant une demande de compensation financière suffisante. Enfin, elle évoque le fait d'une différence moins importante que celle attendue aboutissant à la crainte de ne pas être différencié et à la proposition subséquente de port d'un signe distinctif, « *une étiquette sur leur costume* ». Concernant les représentations sociales de la folie, l'étude met en évidence une distinction de la maladie mentale des autres maladies dites « normales » ou « comme tout le monde » ; il est même rapporté à propos des pensionnaires qu'« ils n'ont pas de maladie, ils sont malades », situant ainsi la folie dans un ordre de l'être et non de l'avoir [9].

### 3. La discrimination

La discrimination, selon la définition du Larousse, c'est « le fait de distinguer et de traiter différemment moins bien ou mieux, quelqu'un ou un groupe par rapport au reste de la collectivité ou par rapport à une autre personne ».

L'étude INDIGO est une étude multicentrique internationale, dont l'objectif est de décrire et d'analyser les modèles de discrimination touchant les personnes atteintes de schizophrénie, via une échelle d'évaluation de la discrimination et de la stigmatisation. Cette étude a été réalisée dans différents pays d'Europe, d'Amérique (nord et sud) et d'Asie (28 pays en tout, 29 centres), pays hétérogènes [10].

L'échelle (Discrimination and Stigma Scale 10<sup>ème</sup> version) a été traduite dans chaque langue des pays participants à l'étude. En France il a été décidé de traduire « le diagnostic de schizophrénie » par « le diagnostic de troubles psychiques », décision de l'équipe INDIGO France du fait que l'annonce diagnostique n'est pas systématique dans notre pays. Les interrogés répondent donc au 36 items de l'échelle. À chaque question si le patient a ressenti de la discrimination, il devra l'illustrer d'un exemple puis en évaluer l'intensité selon une échelle de Likert [10].

25 patients ont été inclus en France via deux centres, et 732 pour le reste de l'échantillon.

Les résultats de l'analyse intermédiaire réalisée mettent en évidence, pour les interrogés français, que 72% des patients interrogés (vs. 43% au niveau international) ont ressenti de la discrimination de la part de leur famille, 63% dans leurs relations intimes (vs. 27%), 64% par leurs voisins (vs. 29%). 67% n'arrivent pas à trouver de travail (vs. 29%) pendant que 61% ne peuvent pas le garder (vs. 29%). 52% des interrogés français (vs. 40% au niveau international) évoquent également la notion de discrimination anticipée qu'ils définissent par le besoin de « beaucoup cacher » le diagnostic, et 38% ont le sentiment d'être « beaucoup rejetés » (vs. 20%)[ 10].

Le faible échantillon des patients recrutés en France rend difficilement généralisable les résultats. De plus les auteurs expliquent qu'il existe une probable confusion entre l'impact du diagnostic et l'impact des symptômes, qui nécessiterait une formation plus rigoureuse des enquêteurs. Les auteurs expliquent aussi que l'hétérogénéité des pays, les échantillons de petite taille, les différences de traduction de l'échelle et certains items non pertinents dans certains pays, limitent la généralisation des résultats et la comparaison au niveau international [10].

Cependant, cette étude permet de mettre en évidence que les patients atteints de schizophrénie ressentent de la discrimination dans leur quotidien et qu'ils en souffrent. L'étude amène aussi le concept de discrimination anticipée dont on peut se poser la question si elle est secondaire à des violences subies (psychologiques ou physiques) et/ou secondaire à leurs propres représentations de la pathologie.

## B. Représentation de la schizophrénie

Dans cette partie, nous présenterons successivement les représentations de la schizophrénie recueillies auprès d'un échantillon en population générale, en population hospitalière, chez les aidants et chez les patients souffrant de schizophrénie.

### 1. En population générale

Dans la pratique de la psychiatrie, nous sommes souvent confrontés aux opinions, aux représentations de la population générale sur la maladie mentale. En effet, cette situation peut se présenter quand un patient consulte pour la première fois en psychiatrie, et quand on organise la sortie d'un patient avec retour dans son environnement (maison, voisinage et travail). Il est désormais acquis que les soins en psychiatrie ne se cantonnent plus qu'à la maladie, mais aussi à « rendre le malade à la société et la société au malade » [6].

Roelandt et ses collaborateurs ont étudié auprès de la population générale, les représentations des maladies psychiques sur près de 36000 personnes recrutées sur 47 sites de 1999 à 2003, selon des quotas stratifiés (âge, sexe, niveau d'éducation et catégorie professionnelle) fixé sur le recensement national de 1999. Les données ont été recueillies par l'intermédiaire d'un hétéroquestionnaire avec trois questions ouvertes au départ pour que l'interrogé donne sa définition d'un « fou », d'un « dépressif » et d'un « malade mental », puis des questions fermées pour qualifier les comportements de ses trois catégories et enfin les représentations de la maladie, des soins et des perspectives d'avenir de ces trois catégories [11].

Ils ont établi trois types de représentations des maladies psychiques : la première est une association de la maladie psychique avec violence et dangerosité ; la seconde est le caractère « hors norme » des patients atteints de maladie mentale, leur incapacité à se conformer aux lois, aux conventions sociales et aux règles de vie ; la troisième et dernière représentation est une perception infantile du monde de la part du patient, le patient est alors considéré comme un « benêt », comme « l'idiote du village ». Ses trois représentations sont à l'origine d'une crainte, d'une peur, entraînant une ségrégation et une exclusion [11].

En effet 45% des enquêtés attribuaient comme comportement, le meurtre au « fou » ; 86% estimaient qu'il n'est pas responsable de sa folie ; 80% estimaient que le « fou » n'est pas conscient de son état ; 45% qu'ils ne souffrent pas ; 22% qu'ils peuvent être violents envers eux mêmes. Seulement un tiers estimait qu'il existe une cure, dans 67% des réponses les

soins doivent être fait même sans consentement, dans 70% des réponses les soins doivent être promulgués par un psychiatre. Les thérapies envisagées sont : 22% des cas médicamenteuse, 19% hospitalière, 13% psychothérapeutique. Seulement 22% des enquêtés connaissaient d'autres lieux de soins que l'hôpital psychiatrique. Le « fou » est exclu du monde du travail pour 89% des enquêtés, de la société pour 83%, de sa famille pour 65%. Différentes étiologies sont évoquées pour « le fou » : 25% des interrogés envisageaient les événements de vie, 24% une origine physique et 10% une prise de drogues [11].

Le « malade mental » contrairement au fou, est perçu comme ayant une maladie d'origine organique. Cependant de nombreux comportements violents sont attribués au « malade mental », 46% des enquêtés estimaient qu'il peut commettre un viol (vs. 39% pour « le fou »), 46% un inceste (vs. 37,6%), 45% qu'il est autoagressif (vs. 22%), 43% qu'il est hétéroagressif (vs. 29%). Selon 55% des enquêtés, le « malade mental » peut guérir [11].

Parallèlement il est observé l'idée d'une irresponsabilité supposée du malade entraînant une attitude dirigiste et autoritaire, avec cette idée d'inexorabilité des troubles et d'incurabilité de la maladie psychique. Une autre idée très répandue est cette notion d'imprévisibilité, qui est à l'origine d'une stigmatisation de la personne malade, notamment sur le plan professionnel. Ainsi si elle est imprévisible, elle n'est pas fiable, elle est dans l'incapacité de travailler. Il existe aussi cette représentation assez fréquente de la personne atteinte de maladie mentale comme étant faible et paresseuse [11].

De manière assez paradoxale, la désinstitutionalisation (par la création de la psychiatrie de secteur) du XXème siècle aurait renforcé les attitudes de discrimination : ce qu'il faudrait probablement mettre en corrélation avec l'industrialisation et notre mode de vie. En effet, dans les pays en voie de développement, on observe une moindre stigmatisation, une plus grande tolérance à l'égard de la maladie mentale. Cela s'explique, premièrement du fait d'un maintien traditionnel dans la famille ou la communauté, deuxièmement que le patient soit placé dans un statut de victime, victime de causes surnaturelles externes [11].

Roelandt et ses collaborateurs estiment dans leur discussions que le choix des items « fou » « malade mental », conditionnent en partie les opinions émises. Ils justifient ce choix cependant en expliquant que l'utilisation d'un vocabulaire psychiatrique aurait induit un biais et à une médicalisation des réponses des interrogés [11].

On peut cependant s'interroger sur le terme « schizophrénie », terme largement repris dans le langage courant et fortement mésusé notamment par les médias [1]. L'utilisation d'un item « schizophrénie » aurait-il réellement médicalisé et donc biaisé les réponses des interrogés ?

Les auteurs rapportent aussi cette image stigmatisante de l'hôpital psychiatrique comme « lieu de contention sociale » ; la solution trouvée pour éluder cette image est de se dire dépressif. « Le dépressif » a une image moins dévalorisante, moins stigmatisante. Les comportements associés sont non hétéro agressifs.

Castillo et ses collaborateurs ont réalisé une étude, au cours de laquelle ils ont interrogés 20 patients atteints de schizophrénie et 20 personnes en population générale, au cours d'un entretien semi-directif organisé autour de trois thèmes : la représentation de la maladie, le vécu de l'annonce diagnostique et le vécu de la maladie. Les patients sont des sujets diagnostiqués selon les critères du DSM IV depuis moins de 10 ans, recevant un traitement médicamenteux et suivi en ambulatoire. Les sujets exempts de contact avec la schizophrénie, ont répondu par écrit. Les auteurs expliquent avoir utilisé cette méthodologie afin d'éviter le biais de la désirabilité sociale [12].

Les auteurs partent du postulat que les deux représentations les plus associées à la schizophrénie sont la dangerosité et le dédoublement de la personnalité. Ils expliquent que cette dernière association vient d'un amalgame du fait de l'étymologie du mot schizophrénie et d'une confusion sur les troubles dissociatifs. Les sujets témoins, i.e. ceux recrutés en population générale et n'ayant jamais eu de contact avec des patients atteints de schizophrénie, vont mettre en avant les symptômes positifs de la schizophrénie par rapport aux autres symptômes négatifs qui sont peu évoqués. Ces symptômes positifs sont les hallucinations et les éléments délirants. Les sujets de la population générale vont également plus employer des termes comme « troubles du comportement » et « troubles de la personnalité » pour définir la schizophrénie. Cette étude possède un faible échantillon, cette faible puissance limite la généralisation des résultats. De plus le fait que le recueil des données ait été différent pour les deux populations, empêche un travail de comparaison pour distinguer les deux groupes. En revanche il est intéressant de confronter les représentations des patients et de la population générale [12].

Dans une étude anglaise publiée en 2000, Crisp et ses collaborateurs ont réalisé une enquête dans laquelle 2679 adultes furent approchés, 657 ont refusé de participer à l'étude, 232 ont été exclus (donc 66,8% de l'échantillon initial ont été inclus). Ils ont envoyé à ces 1790 personnes un questionnaire composé de deux parties : une première concerne des données socio-épidémiologiques de base, la deuxième concerne sept maladies mentales (schizophrénie, dépression sévère, troubles du comportement alimentaire, attaque de panique, démence,

addiction à l'alcool, addiction aux drogues). 53 personnes ont refusé de répondre au questionnaire. L'interrogatoire portait sur huit points (dangerosité, imprévisibilité, seule responsabilité, difficulté à lui parler, capacité à se contenir, un avenir pauvre en perspective et une réponse insatisfaisante au traitement). Ces huit items étaient proposés pour décrire sept maladies mentales (épisode dépressif majeur, troubles anxieux, schizophrénie, démence, troubles du comportement alimentaires, alcoolisme et addictions à des toxiques autres). Les auteurs mettent en évidence que ce sont des patients atteints de schizophrénie, d'addiction à l'alcool ou à d'autres toxiques, dont les interrogés ont l'opinion la plus négative. En effet, ils pensent à 70% qu'ils sont dangereux et à 80% qu'ils sont imprévisibles, la moitié des répondants pensent que la schizophrénie est inexorable (comme pour la démence). Dans cette étude on retrouve aussi d'autres caractéristiques associées au patient atteint de maladie mentale : une difficulté à communiquer avec eux, une absence de guérison possible et une perception d'étrangeté. Le recrutement des sujets participant à cette étude est plus conséquent, rendant cette étude représentative des représentatives de la population anglaise sur les maladies mentales. Cependant les items proposés en entretien sont tous négatifs. Il aurait été intéressant de questionner également sur des éléments plus positifs mais aussi sur les représentations du ressenti du patient [13].

Wahl (1997) relate une anecdote intéressante. Lors d'une réunion dans une communauté du nord la Virginie, il venait pour défendre une maison thérapeutique pour six femmes majeures ayant une maladie mentale. Le but était que cette maison soit une alternative entre l'hôpital et un retour au domicile. Les membres de cette communauté s'opposèrent à cette installation, argumentant chacun à leur manière, l'un arguant d'un voisinage avec des enfants et des personnes âgées, un autre en pointant qu'il était « petit » (sous-entendant ainsi qu'il n'était pas en mesure de se protéger) et un dernier en évoquant une intersection chargée qui serait difficilement franchissable pour les patients atteints de maladie mentale. On voit ainsi que dans cette simple réunion, plusieurs représentations sont mises en exergue, notamment la prétendue dangerosité des patients et leurs soi-disant difficultés intellectuelles [1].

Nous avons pu établir que pour la population générale, le patient souffrant de schizophrénie est représenté comme dangereux, imprévisible et non répondeur aux traitements. Après cet état des lieux des représentations de la population générale, nous souhaitons préciser les représentations de différentes populations au contact du patient, qui influenceront ainsi sur leur vécu de la maladie et vérifier la question des « pratiques instituantes » évoquées par Jo-

delet [9]

## 2. En population hospitalière

Il est une constante que le terme de « schizophrénie » reste difficile à employer autant pour les patients que pour les professionnels [14].

Les personnes souffrant de schizophrénie sont amenées à côtoyer l'institution hospitalière que cela soit pour des soins psychiatriques mais aussi pour des soins plus généraux. La prise en charge de ces patients dépend en partie de la représentation que se fait le soignant de leur pathologie. En effet, au cours de nos études médicales, nous apprenons à développer dans la prise en charge de nos patients notre capacité d'empathie. La définition du Larousse de l'empathie est la « faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent ». Ce concept est primordial pour établir un lien thérapeutique, ce phénomène est aussi multidimensionnel avec une composante innée et une composante s'ajustant, s'adaptant à nos connaissances [15]. Des progrès sont indispensables aux praticiens pour améliorer leurs capacités empathiques [15]. De ce fait un état des lieux des représentations de la schizophrénie en milieu hospitalier est primordial, car il a un impact direct sur leurs prises en charge et le lien thérapeutique.

Viard et ses collaborateurs (2015), via une étude qualitative et prospective, ont interrogé, au cours d'entretiens semi-structurés, quinze soignants (médecins et infirmiers travaillant en psychiatrie), dix patients suivis pour des pathologies psychiatriques diverses, et sept aidants. Un guide thématique a été établi au préalable selon la littérature, et les objectifs de l'étude concernaient la conception et la finalité de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), l'étude de la relation soignant/soigné et celle de la relation avec l'entourage familial [16].

Ils observent une diversité des réponses obtenues lors de l'entretien semi-structuré selon que le soignant ait été formé à l'ETP ou non. Le groupe des soignants est le seul groupe de l'étude dont les réponses n'étaient pas homogènes. En effet pour les patients atteints de schizophrénie, la partie des soignants non formés à l'ETP ne va envisager l'intérêt de cette dernière que pour l'éducation thérapeutique se rapportant aux traitements médicamenteux, estimant le déni trop fort pour modifier l'acceptation de la maladie, et améliorer la prise de conscience des troubles. Des résultats contraires ont été observés chez les soignants formés à l'ETP pour qui l'ETP peut être mise à profit aussi bien en ce qui concerne les traitements, que l'acceptation de la maladie et la conscience des troubles. Ils sont cependant tous d'accord pour dire que les représentations sociales de la psychose sont particulièrement stigmatisantes, et rendent l'annonce du diagnostic très difficile. Chez les soignants non formés, une

annonce diagnostique plus floue, avec des termes plus génériques, est privilégiée. Concernant la relation soignant/soigné les notions de relation de confiance et de partenariat sont retrouvées dans les deux populations interrogées. Cependant les soignants ayant été formés à l'ETP rapportent plus volontiers l'absence de hiérarchie et de négociation. Deux idées inattendues sont ressorties des entretiens semi-structurés : l'idée d'une attitude paternaliste à l'égard des patients, et d'une difficulté à une relation égalitaire du fait d'un pouvoir soignant exercé sur le patient hospitalisé sous contrainte [16].

Les 3 groupes sont des échantillons trop réduits pour amener à une généralisation des résultats. De plus, le groupe soignant (N=15) est hétérogène du fait qu'ils soient formés ou non à l'ETP. Cependant du fait du faible échantillon, l'étude n'est probablement pas assez puissante pour conclure d'une différence entre les soignants formés à l'ETP ou non [16].

Cette étude met en exergue certaines idées intéressantes, notamment le fait que les soignants estiment que la schizophrénie est une pathologie très stigmatisante. Ce ressenti est-il secondaire à des anecdotes rapportées par leurs patients, ou secondaire à une lutte interne du soignant contre la régulation sociale et ses propres représentations de la maladie [6]?

Schulze et Angermeyer (2003) ont réalisé une étude qualitative pour déterminer les effets de la stigmatisation et de la discrimination, en interrogeant des patients, des proches (personnes ayant un proche atteint de schizophrénie) et des professionnels de santé par l'intermédiaire de focus groupes de 8 à 12 participants. Un focus groupe de chaque population a été réalisé dans 4 centres allemands différents, soit 12 groupes et au total 25 patients, 31 proches et 27 professionnels de santé. Les auteurs ont identifié 4 dimensions différentes de la stigmatisation : les relations interpersonnelles, l'image du public de la maladie mentale, la stigmatisation structurale et l'accessibilité à des rôles sociaux [17].

Au niveau de la première dimension, la stigmatisation et la discrimination sont ressenties comme provenant des autres. Elle concernait la moitié des patients, 39% des proches, et 39% des professionnels de santé mentale. Les professionnels de santé ont insisté, comme les patients, sur la volonté des patients de dissimuler leur pathologie du fait d'un sentiment de rejet lorsqu'ils l'évoquent ouvertement. Les psychiatres ont rapporté avoir le ressenti que leurs patients souffrant de schizophrénie sont ridiculisés par les autres spécialistes, qui pourront conclure en premier lieu à une souffrance imaginaire et qui leur feront subir des délais de prise en charge, plus longs que les autres [17].

La deuxième dimension est l'image du public de la santé mentale. Elle est rapportée par 20% des patients, 28% des proches et 35% des professionnels de santé mentale. Les trois po-

pulations se sont accordées pour dire que l'association la plus répandue dans la population générale est celle de la schizophrénie avec violence et dangerosité. Les patients ont également rapporté une perception négative des médias entraînant une réaction hostile et négative envers les personnes souffrant de schizophrénie. La crainte des professionnels de santé était que ces représentations touchent les patients, les empêchant d'accepter leurs maladies. Les auteurs ont expliqué l'importance de cette dimension chez les professionnels comme étant secondaire à la propre discrimination dont ils sont victimes en travaillant dans ce domaine [17].

La troisième dimension de stigmatisation relevée par les auteurs était la discrimination structurale, soit la discrimination inhérente aux structures sociales, aux décisions politiques et aux lois, elle a été évoquée par 13% des patients, 27% des proches et 13% des professionnels de santé mentale. Dans cette dimension, la discrimination la plus forte est ressentie comme étant la qualité médiocre des services de psychiatrie. Les professionnels de santé déploraient des fonds insuffisants pour les services de psychiatrie [17].

La quatrième et dernière dimension de stigmatisation est l'accès aux rôles sociaux, elle a été ressentie par 18% des patients, 6% des aidants et 14% des professionnels de santé mentale.

Les participants de l'étude ont été recrutés sur la base du volontariat avec une explication de l'objet de l'étude, ce qu'on peut supposer a amené à un biais de recrutement. Les auteurs ont expliqué dans leur discussion que cette étude ne pouvait être interprétée comme représentative mais comme base pour étudier la stigmatisation ressentie [17].

Dans la première étude ils évoquent la difficulté de maintenir une relation égalitaire. Cela interroge sur la capacité des professionnels de psychiatrie à prendre conscience de la violence d'une hospitalisation (notamment sous contrainte), des effets secondaires des traitements, de l'administration des traitements et de l'annonce diagnostique.

Dans la seconde étude, les psychiatres évoquent un comportement de discrimination de la part des professionnels de santé hors psychiatrie, leur imputant ainsi des « pratiques instituantes » [9]. Il serait donc intéressant de comparer les deux profils de représentation selon que le professionnel travaille en psychiatrie ou non.

### 3. Pour les aidants

Selon les Hautes Autorités de Santé (2011), les aidants naturels sont « les personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide ré-

gulière peut être prodiguée de façon permanente ou non, et peut prendre plusieurs formes, notamment le nursing, les soins, l'accompagnement à la vie sociale et au maintien de l'autonomie, les démarches administratives, la coordination, la vigilance permanente, le soutien psychologique, la communication, les activités domestiques. » [18].

Les aidants, généralement l'entourage (familial ou amical), se trouvent souvent propulsés en première ligne sans avoir reçu d'informations sur la pathologie, la suite de la prise en charge par les professionnels de santé, en raison du secret médical et de la notion de confidentialité.

Avec l'émergence et le développement de l'éducation thérapeutique, on observe une implication de plus en plus importante des aidants dans la prise en charge des patients. Cette implication personnelle est également soutenue par les médecins de leurs proches dont ils s'occupent. L'aide aux aidants délivrée sous la forme d'une éducation aux aidants, est notamment l'objectif de ProFamille, programme psycho-éducatif structuré destiné aux proches de patients atteints de schizophrénie et délivré dans une approche cognitivo-comportementale cherchant à modifier 3 cibles : les comportements, les cognitions et le niveau émotionnel des familles [19].

Viard et al. 2015 ont conduit une étude interrogeant 15 soignants, 10 patients suivis pour des pathologies psychiatriques diverses et 7 aidants, proches d'un patient atteint de maladie mentale. Aucun n'avait bénéficié d'éducation thérapeutique. Les aidants interrogés déplorent le manque d'ETP pour leurs proches et s'interrogent sur les modalités de l'ETP délivrée. Ils se sentent ainsi peu impliqués dans la prise en charge de leurs proches. Concernant les finalités de l'ETP, les 7 aidants évoquent l'apprentissage de la gestion de la maladie et l'amélioration de la qualité de vie de leurs proches. Concernant les relations soignant/soigné, les aidants évoquent les mêmes caractéristiques que les soignants, à savoir la notion d'échange dans une relation de confiance, de partenariat. Un autre résultat ressort de l'étude : la non-communication entre les soignants, attribuée majoritairement à une défaillance des transmissions. Cette dernière est largement évoquée par les aidants ; la proportion ne nous est pas donnée par les auteurs. Dans la relation famille et patient, les familles se sentent exclues des prises en charge, livrées à elles-mêmes. Certaines souhaiteraient également de l'ETP pour les aidants (proportion également non communiquée par les auteurs) [16].

Hormis l'incapacité de généralisation des résultats de cette étude, une autre limite est l'absence dans les résultats délivrés, de chiffre précis. De plus la définition et les critères

d'inclusion des aidants sont peu précis : ce sont des adultes dont un membre de la famille est atteint d'une maladie mentale parmi : l'alcoolodépendance, les troubles de l'humeur, la schizophrénie et les troubles schizotypiques [16]. Nous n'avons pas plus d'informations sur le lien de parenté, la pathologie, ou l'existence d'une cohabitation par exemple. En effet, on peut estimer que un oncle ou un cousin s'impliquera moins qu'une mère ou un frère pour son proche atteint de maladie mentale. De plus un proche vivant avec un membre de la famille atteint de maladie mentale sera plus informé de la discrimination et de la violence ressenties au quotidien, qu'un proche n'ayant pas des contacts journaliers. Et nous avons vu précédemment que selon, la pathologie du proche, l'image transmise ne sera pas la même (le patient souffrant de dépression n'est pas considéré comme hétéro agressif par exemple) [11].

Schulze et Angermeyer (2003) ont rapporté dans leur étude, les propos des proches via les focus groupes, recrutés sur la base du volontariat sans plus d'informations sur leur lien de parenté. Au niveau de la première dimension, à savoir la stigmatisation et la discrimination, elle était ressentie comme provenant des autres, elle concernait la moitié des patients, 39% des proches, et 39% des professionnels de santé mentale. Concernant les difficultés vécues au niveau interpersonnel par les patients souffrants de schizophrénie, les proches ont rapporté un évitement des proches voire une éviction. Certains aidants ont également rapporté que les relations sont donc remplacées par des relations « inférieures », avec des patients souffrant de troubles psychiques « et ils ont alors un seul sujet de conversation : la maladie ». Les aidants ont aussi rapporté un manque d'attention et de soins personnalisés par les professionnels de santé « trop occupés à diriger » [17].

La deuxième dimension est l'image du public de la santé mentale, Elle est rapportée par 20% des patients, 28% des proches et 34% des professionnels de santé mentale. Comme les professionnels de santé et les patients, les proches ont rapporté que l'image la plus répandue dans le grand public, est que les personnes souffrant de schizophrénie sont violentes et dangereuses [17].

La troisième dimension de stigmatisation relevée par les auteurs, était la discrimination structurale, soit la discrimination inhérente aux structures sociales, aux décisions politiques et aux lois, elle a été évoquée par 13% des patients, 27% des proches et 13% des professionnels de santé mentale. Les proches ont déploré que les patients ne reçoivent pas une aide plus adéquate en situation de crise de la part des professionnels de santé et de l'institution psychiatrique, mais aussi de la loi qui rend l'hospitalisation sous contrainte régie par des lois leur semblant empêcher la protection du patient. Certains proches pensaient également que cet état

déplorable des soins en psychiatrie, était secondaire à une mauvaise distribution des fonds dans la Santé [17].

La quatrième et dernière dimension de stigmatisation est l'accès aux rôles sociaux, elle a été ressentie par 18% des patients, 6% des proches et 14% des professionnels de santé mentale [17].

Dans ces études, la violence subie par les patients du fait de l'hospitalisation, des professionnels de santé est abordée par les aidants. Ils reconnaissent également la violence subie au quotidien du fait du comportement des proches qui change après l'entrée dans la maladie.

Cependant il est intéressant de remarquer que certains aidants ont une attitude discriminante à l'égard des autres patients. Le simple contact avec une personne souffrant de maladie mentale ne suffit pas à changer les représentations préexistantes de la maladie.

Comme nous avons pu le voir, les aidants du fait de leur contact avec une personne souffrant de schizophrénie se distingue en partie par rapport aux représentations de la population générale. On peut maintenant se demander si par leurs expériences personnelles, les représentations de la maladie du patient schizophrène se distinguent complètement des représentations de la population générale et des « pratiques instituantes » évoquées précédemment.

#### 4. Pour les patients atteints de schizophrénie

##### a. *Témoignage d'une patiente souffrant de schizophrénie*

Dans son ouvrage « Je suis Mademoiselle C., schizophrène », Jacques Serfass présente le témoignage d'une de ses patientes qu'il a rencontrée la première fois pendant son internat de psychiatrie, puis suivie 30 ans après [20].

La lecture de cet ouvrage témoigne de la souffrance d'être hospitalisée et de la difficulté à accepter l'enfermement. La patiente utilise la métaphore de la prison pour décrire son vécu d'enfermement et de privation de liberté. Cet ouvrage fait part également des idées délirantes de Mademoiselle C., de la dissociation idéo-affective. Il explicite les difficultés montrées et ressenties par la patiente, notamment quand elle n'arrive pas à décrypter le comportement de ses parents, où quand elle souffre de son sentiment d'étrangeté et d'inadaptation comparée aux autres individus [20].

Cet ouvrage est surtout un témoignage des événements violents que traversent cette patiente : son inaptitude progressive à l'école, sa séparation avec ses parents, sa culpabilité de ne pas être « *la bonne fille* »(p. 70), la violence et l'enchaînement des traitements. En effet, elle dénombre au cours de sa prise en charge 68 chimiothérapies différentes entre 1971 et 1977,

nombres de psychothérapies avec des psychothérapeutes différents, les cures de Saker, la sistmothérapie, la bioénergie, la pyréthothérapie, la narco-analyse, des séances de psychanalyse, et de psychodrame. Au cours de son suivi, elle dénonce ses rapports conflictuels avec ses psychiatres traitants, les échecs successifs des psychiatres qui se suivent. Face aux traitements prescrits et délivrés sans explications, la patiente exprime son désarroi « *dans un camp sous clef, on ne se révolte pas. A fortiori sous insuline et neuroleptiques, il n'était pas pensable qu'on me fasse cela pour rien* » (p. 19). Cette incompréhension de ce qu'elle est amené à subir, l'amène à une haine de la psychiatrie, des psychiatres et de la maladie « *Je ne peux pas aider Ingrid [une patiente partageant sa chambre], les seules personnes compétentes sont hélas les psychiatres qui sont les êtres les plus dangereux au monde, car ils détiennent le pouvoir effrayant de détruire l'intégrité d'une personne parce qu'elle n'est pas conforme au « plan courant » (...)* « *je déteste la psychiatrie. On y met le doigt et elle nous dévore.* » (p. 75) [20].

Jacques Serfass témoigne aussi des pratiques auxquelles il a assisté pendant son internat et déplore l'acharnement thérapeutique de ses confrères. Il évoque certains passages de ces carnets qui sont illisibles du fait d'une écriture de « mamie parkinsonienne », secondaire à un probable dosage excessif en neuroleptiques [20].

Mademoiselle C. exprime également sa souffrance de ne pas sentir comprise par ses proches « *je suis restée prostrée tout le dimanche sur mon lit à pleurer. On appela le médecin. Piqûres, neuroleptiques. Ma sœur prétendait que c'était de la comédie, qu'avec un peu de volonté ...* » (p. 84) « *Je ne dis pas qu'il soit aisé de juger au premier coup d'œil ce qu'il convient, mais justement, raison de plus pour s'abstenir d'y mettre le paquet. Sinon c'est comme s'il s'agissait d'une punition... Je me souviens de ma mère disant, quand je revenais à la maison assommée de neuroleptiques « Articule ! Articule... Ou bien tais toi »* » (p. 122) [20].

Ce témoignage nous offre un aperçu de la violence subie par les patients, du fait de l'institution, des professionnels de santé, des traitements et des proches, mais aussi de son autoagressivité.

#### *b. Étude des représentations de la schizophrénie*

Schulze et Angermeyer (2003) ont réalisé une étude qualitative pour déterminer les effets de la stigmatisation et de la discrimination. Au niveau de la première dimension, la stigmatisation et la discrimination ressentie comme provenant des autres concernait la moitié des

patients. Les patients ont déploré le changement d'attitude de leurs amis et proches devant la maladie, certains allant jusqu'à rompre tout lien social. Ils ont déploré aussi que malgré leur manque de connaissance, les amis et proches montrent peu d'intérêt pour des informations concernant la schizophrénie. Les patients ont rapporté que selon eux, la population indemne de maladie mentale, ne considère pas la schizophrénie comme une pathologie psychiatrique, et que la personne qui en souffre n'est pas digne de confiance. Les patients essaieraient donc de dissimuler leurs antécédents psychiatriques par discrimination anticipée. Les patients ont rapporté aussi avoir le sentiment d'être le « *bouc émissaire* » dans certaines situations de la vie courante comme avec leur voisinage, leur propriétaire. Ils ont rapporté également avoir ressenti de la discrimination avec les professionnels de santé, par leur manque d'intérêt, leur réponse stéréotypée avec un traitement unique, un pronostic sombre présenté d'emblée : « *vous serez malade toute votre vie* » « *cette maladie signifie que vous allez finir votre vie en vous suicidant* ». Ils ont aussi déploré leur contact avec les professionnels de santé non psychiatres, pour lesquels ils ont ressenti ne pas être pris au sérieux, et ont eu l'impression qu'on cherchait à vite les transférer dans une unité psychiatrique, ressenti rapporté également par les groupes focus des professionnels de santé. Les patients ont également expliqué ressentir de la discrimination du fait des effets secondaires (notamment les dyskinésies et la sédation) des traitements qu'ils estimaient comme des signes visibles de leurs maladies, qui auraient également comme conséquences d'affecter leur estime de soi [17].

La deuxième dimension est l'image du public de la santé mentale, elle est évoquée par 20% des patients. Dans les trois populations, il est reconnu que l'association la plus répandue dans la population générale, est schizophrénie avec violence et dangerosité. Les patients ont également rapporté une perception négative des médias entraînant une réaction hostile et négative envers les personnes souffrant de schizophrénie. La deuxième représentation évoquée par les patients est la confusion entre maladie mentale et retard mental. De plus les patients rapportent que le public estime cohérent que les patients reçoivent un traitement coercitif du fait de leurs représentations (retard mental et déni des troubles, amenant à une absence de conscience de la nécessité d'un traitement) [17].

La troisième dimension de stigmatisation relevée par les auteurs était la discrimination structurale, soit la discrimination inhérente aux structures sociales, aux décisions politiques et aux lois. Elle a été évoquée par 13% des patients. Dans cette dimension, la discrimination la plus forte est ressentie comme étant la qualité médiocre des services de psychiatrie. En revanche, les patients ont relaté une adéquation des services de psychiatrie, notamment des traitements et de la préparation à la sortie [17].

La quatrième et dernière dimension de stigmatisation est l'accès aux rôles sociaux, elle a été ressentie par 18% des patients. De nombreux patients de l'étude ont rapporté des difficultés pour reprendre leur travail en sortie d'hospitalisation ou trouver un nouvel emploi. Ils ont également remarqué une difficulté pour maintenir ou avoir une relation de couple [17].

Castillo et ses collaborateurs, lors de l'étude sur les représentations de la schizophrénie en population générale et chez des patients souffrant de schizophrénie, ont mis en évidence que les sujets atteints de schizophrénie connaissent mieux le champ de la psychiatrie et les pathologies psychiatriques de la sphère psychotique, que les sujets n'ayant jamais eu de contact avec la psychiatrie. Lors de leurs descriptions de la maladie, les patients schizophrènes utilisent plus facilement le terme de « dysfonctionnement neuronal » que la population générale qui évoque les symptômes positifs avec le délire. Les auteurs ont retrouvé dans les deux groupes des représentations stigmatisantes similaires. En effet, dans cette étude, les patients considèrent leur maladie comme un dédoublement de la personnalité, et réfutent le diagnostic de schizophrénie. L'hypothèse explicative donnée par les auteurs est celle de l'intériorisation chez le patient d'une image stéréotypée du fou dangereux associée à la schizophrénie, leur faisant ainsi évoquer leurs croyances communes plus que leurs expériences personnelles. Les auteurs expliquent que les patients utiliseraient les représentations communes pour dénier leur pathologie « *Je peux pas être schizophrène, je n'ai pas de dédoublement de la personnalité* » [12].

Viard et al. 2015 ont conduit une étude interrogeant 15 soignants, 10 patients souffrant d'une pathologie psychiatrique chronique (la dépendance à l'alcool, les troubles de l'humeur, la schizophrénie et troubles schizotypiques) et 7 aidants. Les résultats de cette étude sont conformes à ceux de l'étude précédemment citée et mettent en évidence une représentation stigmatisante et discriminatoire de la maladie mentale. Ces représentations apparaissent comme étant très prégnantes puisque certains patients vont même jusqu'à expliquer leur déni de la maladie comme secondaire à ces représentations. Lorsqu'ils évoquent la relation soignant/soigné, les patients font état des idées attendues de confiance, de partenariat et d'échange. Trois idées moins attendues émergent : une infantilisation ressentie par certains soignants, l'absence d'échange avec certains soignants et le sentiment de solitude ressentie lors des situations de contentions et d'isolements [16].

La plupart des patients évoquent des difficultés liées aux représentations de leur maladie de leur famille et ressenties au quotidien. Les patients trouvent aussi l'idée d'éducation

thérapeutique pour leurs familles comme intéressante, les estimant comme un soutien, mais ne souhaitant pas que leurs familles soient impliquées dans leur prise en charge. Là encore, les résultats ne sont pas précis, nous empêchant de réellement juger de l'importance des trois idées émergentes inattendues par exemple et d'évaluer de ce fait l'ambivalence de ces résultats. De plus les différentes pathologies sélectionnées diffèrent de manière importante et leurs proportions parmi les patients interrogés ne sont pas indiquées. Pour les patients souffrant de schizophrénie, l'importance des symptômes négatifs n'est pas non plus notée, comme un état des lieux cognitifs chez les patients alcoolo-dépendants [16].

Castro et al. 2013 ont étudié la représentation de la maladie sur une population de 11 patients atteints de schizophrénie paranoïde au cours de la passation d'un questionnaire semi-ouvert sur plusieurs thèmes : les besoins de traitement, les bénéfices apportés par la médication, les aspects négatifs de la maladie et/ou du traitement, la connaissance d'un schéma thérapeutique, la connaissance d'autres alternatives thérapeutiques et la projection personnelle sur les produits prescrits. Les sujets étudiés sont des patients suivis dans le même CATTTP (Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel), la durée d'évolution moyenne de leurs troubles est de 20 ans, chaque patient inclus a été informé du diagnostic, ils sont sans activité professionnelle et seulement deux d'entre eux ont une vie maritale et familiale [21].

L'objectif de cette étude était d'identifier les mécanismes psychologiques soutenant la nécessité du traitement et l'adhésion du traitement chez les patients souffrant de schizophrénie. La totalité des patients interrogés a identifié la schizophrénie comme étant stigmatisante, préjudiciable à l'image de soi. Aucun n'a reconnu être atteint de schizophrénie, ils ont choisi de se décrire comme souffrant d'anxiété et de dépression. Pour 9 patients sur 11, le traitement psychotrope ne soignait pas l'affection schizophrénique mais l'aspect anxio-dépressif des troubles. 7 des 11 patients reconnaissaient une observance thérapeutique imparfaite et tentaient des méthodes alternatives. La totalité des patients estimait que leur schéma thérapeutique serait une diminution progressive du traitement jusqu'à l'arrêt. Les auteurs évoquaient deux résultats inattendus : l'attachement des patients à une molécule et l'importance de l'avis des pairs. Les auteurs répondent à leur question posée en concluant que pour que le travail d'adhésion soit durable la maladie psychique doit être requalifiée subjectivement en maladie acceptable [21].

Cette étude est limitée par le faible échantillon, la rendant non représentative de la population de personnes souffrant de schizophrénie. Les patients reconnaissent la schizophrénie comme une affection stigmatisante, mais il ne leur est pas demandé quelles sont leurs repré-

sentations de cette pathologie. Il semble également peu inattendu que des patients côtoyant l'institution psychiatrique depuis plusieurs années et inscrits sur un CATTP, sans vie de famille pour la plupart, accordent de l'importance à l'opinion de leurs pairs. En effet on observe souvent des amitiés qui se nouent entre des patients hospitalisés ou suivis sur le même secteur.

Ces études font état de la stigmatisation ressentie par les patients souffrant de schizophrénie. Certains en ont conclu que c'est à l'origine du déni de la maladie. Les patients évoquent comme autre conséquence, un rejet au quotidien par leurs proches. Les patients rapportent également la violence subie par l'institution, les professionnels de santé et les traitements.

On peut se demander quelles sont les origines de ses représentations et ce qui contribue à les entretenir. C'est pourquoi dans notre travail nous nous intéressons aux représentations des médias, qui sont des « procédés permettant la distribution, la diffusion ou la communication d'œuvres, de documents, ou de messages sonores ou audiovisuels » (Définition du Larousse).

### **C. Représentation de la schizophrénie au Cinéma**

Dans la première partie, nous avons pu voir que les représentations de la schizophrénie sont jugées par les patients, les professionnels et les aidants, comme ayant pour origine ou au moins comme étant entretenue par les médias et notamment le Cinéma [17].

Le Cinéma est un art très jeune, issu du XIX<sup>ème</sup> siècle. Cependant, très rapidement le Cinéma a été utilisé comme outil scientifique. C'est le cas notamment du chirurgien Doyen au début du XX<sup>ème</sup> siècle, qui filmait ses opérations afin de pouvoir améliorer sa technique en les visionnant, et enseigner à ses étudiants. Il a été à l'origine d'un scandale quand ses films ont été diffusés à son insu au grand public. Comment peut-on diffuser des informations scientifiques en film grand public sans choquer, tout en informant et en suscitant l'intérêt ? Comandon apportera une ébauche de réponse en utilisant le cinématographe comme un outil d'investigation en biologie en physique et en médecine. Il fera même des films de vulgarisation en mêlant la poésie inhérente aux images et les informations scientifiques [22].

Dans cette partie nous allons d'abord étudier les représentations de la maladie mentale dans les médias, pour ensuite nous focaliser sur les représentations de la maladie mentale au

Cinéma puis plus précisément sur les représentations de la schizophrénie au Cinéma. Pour finir, nous étudierons les représentations du trouble dissociatif de l'identité (TDI) au Cinéma, du fait de l'amalgame fréquent avec la schizophrénie.

### 1. La maladie mentale dans les médias

Dans une étude écossaise, sur tous les médias confondus sur une période d'un mois en avril 1993, il est établi que les deux tiers des items dans les médias en rapport avec la maladie mentale créent un lien entre maladie mentale et violence. Ce lien est aussi présent dans la fiction. Seulement 18 % des items en rapport à la maladie mentale dans les médias ont une couverture sympathique. Mais ces articles sont de manière quasi systématique de moins grande envergure, que les articles liant maladie mentale et violence [23].

Wahl rapporte l'importance des mots utilisés par les médias. Le terme le plus mésusé et incompris est le mot "schizophrénie ". Wahl revient sur l'amalgame fréquent entre schizophrénie et dédoublement de la personnalité. Les deux autres termes au mésusage important en terme de fréquence, sont "psychotique " et "psychopathique " qui sont souvent confondus. Les médias abusent des termes psychiatriques et les utilisent hors de leur cadre, pour décrire des comportements humains, économiques, politiques ou même météorologiques, en dehors d'un aspect psychiatrique pathologique. Une autre confusion fréquente est "retard mental" et "maladie mentale " [1].

Il termine par le problème fréquent de l'utilisation de terme caractérisant la personne plutôt que de nommer le trouble psychiatrique. On va entendre dire qu'il est schizophrène plutôt qu'il est atteint de schizophrénie, ou de psychose. On sous-entend ainsi que le trouble définit la personne [1].

L'association PromesseS (PROfamille et Malades : Éduquer, Soutenir, Surmonter Ensemble les Schizophrénies) a commandité une étude sur tous les articles parus entre le 1<sup>er</sup> Janvier 2011 et le 31 Mars 2015 dans huit journaux : Le Monde, Libération, Paris Match, Le Figaro, Le Parisien, La Croix, L'Express et le Point. Elle a recensé 2038 articles dans lesquels le terme « schizophrénie » est employé. Les résultats ont été présentés par le Dr Yann Hodé au congrès de l'encéphale de 2016 [24].

Le constat de cette étude est que l'information médicale est faiblement présente (13% des articles), et qu'il existe une corrélation quasi constante du terme « schizophrénie » avec des idées fausses comme celles de la violence, la dangerosité, le dédoublement de la personnalité et l'absence d'espoir de guérison. Dangerosité et schizophrénie sont associées dans

58% des articles. Les auteurs rapportent également des spécificités nationales, comme un usage du terme dans les articles culturels (56%) de manière caricaturale. De plus dans 60% des articles, le terme est utilisé de manière métaphorique pour désigner une ambivalence, un double discours, assimilant ainsi la maladie au dédoublement de la personnalité [24].

Castillo et ses collaborateurs rappellent l'influence des médias dans le processus de stigmatisation de la maladie mentale. Ils estiment que cela relève de la caricature et que la guérison y est peu abordée. Le patient souffrant de schizophrénie est représenté comme un être violent, dangereux, imprévisible et insensé, voire même comme une froide machine à tuer. De plus, il existe une focalisation sur les faits divers de personnes qui souffriraient de schizophrénie les stéréotypes autour de la maladie [12].

Nous avons pu trouver quelques exemples dans des articles récents :

- Madame Figaro « *George Clooney et Amal menacés de mort par un schizophrène* », le 18 Juillet 2016
- Nice Matin « *Le délicat procès d'un meurtrier schizophrène aux assises des Alpes-Maritimes* », le 27 Juin 2016
- Paris Match « *Agression au village-vacances : le suspect était-il schizophrène ?* », le 22 Juillet 2016
- Le Parisien « *Un schizophrène soupçonné d'avoir étranglé une autre patiente dans une clinique* », le 8 Juin 2016
- Le Monde « *L'entreprise schizophrène, « entre rationalisation et collaboration »* », le 10 Mars 2016

Angermeyer ses collaborateurs ont cherché à tester l'hypothèse, selon laquelle plus la population générale regarde la télé, ou lit des journaux, plus elle a une attitude de rejet à l'égard des patients souffrants de schizophrénie. Entre Mai et Juin 2001, ils ont conduit une étude sur une population berlinoise et ont interrogé 5025 personnes dont les caractéristiques sociodémographiques sont comparables à la population allemande. Le recueil des données se déroulait via un interrogatoire où on demandait à l'interrogé sa fréquence de visionnage de la télé et les chaînes regardées (afin de côter les chaînes locales, nationales et étrangères) et le type de journaux lus. Par la suite, l'interrogé a passé une échelle de distance sociale (Social Distance Scale de Link) où il lui est demandé, s'il accepterait qu'une personne souffrant de schizophrénie soit son locataire, son collègue, un membre de son cercle social, son futur employé, un garde d'enfants ou intègre sa famille via le mariage. Pour chaque situation, l'interrogé devait remplir une échelle de Likert en 5 points de « dans tous les cas » à « jamais de la vie ». Les auteurs ont trouvé que le désir de distance sociale augmente avec la fréquence

de visionnage de la télévision. Par contre la nature des chaînes visionnées n'a pas d'influence. À l'inverse, le fait de lire des journaux n'a aucune influence sur le désir de distance sociale. Cependant les lecteurs de tabloïd ou de presse régionale, ont un désir plus élevé pour une distance sociale avec les personnes souffrant de schizophrénie. Les auteurs expliquent que cette différence pourrait être liée à un impact plus important des images sur un texte et au fait que la télévision délivre un message émotionnel plus important [25].

Les médias, à l'image des représentations sociales, associent la schizophrénie à la violence, la dangerosité, l'imprévisibilité et le dédoublement de la personnalité. La situation du patient est présentée comme inexorable et sans espoir. Nous allons désormais nous focaliser sur un média majeur, le septième art : le Cinéma.

## 2. La maladie mentale au Cinéma

Alf Gerlach établit qu'il existe une analogie entre la psychanalyse et le cinéma. : les deux examinent la réalité extérieure et intérieure. Selon lui tout film nous rapproche donc de notre inconscient. Il évoque même la similitude entre l'état mental lorsque l'on visionne un film avec l'état mental lorsque l'on rêve [26].

Les films par leur important pouvoir d'engagement, créent l'Histoire et dictent les normes et les valeurs sociales. Les films sont considérés comme récréatifs, mais ont aussi une fonction instructive similaire aux tragédies grecques [27].

### a. *Contenu des représentations*

Hyler dans son analyse de films contemporains, établit l'existence de 3 étiologies principales de la maladie mentale représentées dans les films : la première étant une excentricité inoffensive de la maladie mentale pourtant mal soignée (« *Vol au dessus d'un nid de coucou* » 1975), la seconde étant la figure parentale schizophrénogénique chez les patients : parents froids, distants, inconsistants, voire même atteint de maladie mentale grave (« *Carrie* » 1976) et la troisième étant une cause traumatique à l'origine de la maladie mentale (« *Soudain l'été dernier* » 1959) [28].

Hyler analyse également la représentation des traitements dans les films. Selon lui, ils sont aussi variés que dans la réalité, ils diffèrent par leur efficacité qui est majoritairement moindre par rapport à la réalité. L'efficacité de la psychothérapie est bien représentée dans les films (« *Soudain l'été dernier* » 1959 « *La fosse aux serpents* » 1948). Les films montrent aussi un effet bénéfique d'une relation entre deux patients (« *David et Lisa* » 1962), ou l'effet électrochoc pour un patient mis au contact de patients plus sévèrement atteints (« *La fosse aux*

*serpents* »1948). Les traitements médicamenteux sont eux représentés comme amenant à des addictions ou à des effets secondaires importants (« *Vol au dessus d'un nid de coucou* »1975).

L'image la plus négative est cependant gardée pour les traitements tels que la sismothérapie, la cure de Saker, et la thérapie comportementale (« *Orange mécanique* »1971). Le seul film selon Hyler où ces thérapies sont montrées comme effectives, est le « *Prisonnier de la peur* » (1957) [28].

Six stéréotypes communs perpétuent la stigmatisation de la maladie mentale : un esprit rebelle libre, le maniaque homicidaire, la séductrice, le haut membre de la société, le parasite narcissique et le spécimen de zoo. De nombreux stéréotypes sont représentés dans les films et ils ont un effet négatif important et sous estimé sur les représentations du public sur la maladie mentale [29].

Wahl a établi que le plus commun et le plus pernicieux des stéréotypes relayés par les médias est que les personnes atteintes de maladie mentale sont violentes et criminelles. « *Psychose* » (1960) a ouvert la voie des films dits de psycho killers. Plus tard il y a eu les films de « psycho killer slasher » (fin des années 70, début des années 80) comme « *Halloween* » (1979). Wahl met en avant que les films véhiculent aussi l'idée que les patients sont inhumains, tel le psychiatre prenant en charge Mickael Myers dans « *Halloween II* »(1981). « Il a été mon patient pendant 15 ans, il est devenu une obsession pour moi. Jusqu'à ce que je réalise un jour, il n'y avait rien en lui, ni conscience, ni raison, ni quoi que se soit qui ressemble à quelque chose d'humain » Dr Loomis en évoquant son patient [1].

Certains « méchants » séduiront par leur ruse comme Hannibal Lecter alors que d'autres, comme Norman Bates, vont toucher à la corde sensible du spectateur par leurs pathos, leur côté pathétique [1].

Wedding et Niemiec sont partis des représentations de Hyler pour établir des « mythes » relayés par le Cinéma sur les maladies mentales : l'excentricité inoffensive de la maladie mentale, des figures parentales schizophrénogéniques, une origine post-traumatique des troubles. Ils y ajouteront deux « mythes » : l'amour suffit à vaincre la maladie mentale (le pouvoir de l'amour), et la schizophrénie est assimilable au trouble dissociatif de l'identité [30].

Dans leur livre en 2014, ils ajoutent quelques idées fausses fréquemment retrouvées [31] :

- La violence des patients souffrant de troubles mentaux,
- Les patients atteints de pathologies psychiatriques sont sauvages et fous (« *Mickael*

Clayton » 2007),

- Les patients catégorisés comme délirants ou psychotiques, disent la vérité et sont sains d'esprit (« *K-Pax* » 2001),
- Les hôpitaux psychiatriques sont des lieux dangereux et exempts de soins (« *Vol au dessus d'un nid de coucou* » 1975),
- Les traitements psychiatriques bloquent l'intelligence et la créativité (« *Orange mécanique* » 1971),
- La rupture thérapeutique est une délivrance (« *Garden State* » 2004),
- Les thérapeutes ne respectent pas les limites au niveau thérapeutique (avec une dimension sexuelle notamment) (« *A dangerous method* » 2011).

#### b. Impact de ces représentations

Wahl déplore une représentation humoristique de la maladie mentale dans les médias, notamment au cinéma. Hormis le côté sympathique mis en avant, c'est surtout la mésinformation et le côté trivial qui stigmatisent la maladie mentale. L'auteur fait état de la souffrance des patients et de leurs proches face à ces blagues, dépourvues de considération pour leurs souffrances, la rendant triviale méritant plus d'être ri que pris avec empathie. Il ira jusqu'à dire que cela encourage l'insensibilité et le manque de respect. Il rapporte ensuite différents témoignages de personnes déclarant pouvoir détecter la maladie mentale par le regard ou la voix, ces mêmes personnes s'étonneront de connaître des personnes dans leur entourage, atteintes de maladie mentale. Il pose donc la question de savoir si cela serait relayé par certains acteurs aux caractéristiques particulières (par leur voix, leurs apparences..) que l'on retrouve toujours dans certains types de rôle [1].

Une idée souvent véhiculée par les médias est que les patients atteints de maladie mentale ont une apparence physique différente que la population générale. Si bien que pour « *Vol au dessus d'un nid de coucou* » (1975), les producteurs estimaient nécessaire que les acteurs jouant les patients aient une apparence physique distincte, ne trouvant pas suffisamment d'acteurs compétents correspondant à ce critère, ils ont même envisagé d'engager des patients du Oregon State Hospital, mais cette idée a été abandonnée, les patients n'ayant pas un physique assez distinct pour représenter des patients atteints de maladie mentale à l'écran [1]! On retrouve ainsi l'idée abordée par Benoist que la stigmatisation proviendrait d'une anomalie que l'on doit pouvoir identifier rapidement [6].

Torreblanca et ses collaborateurs font une revue des différents films de 1948 à 2008, ils établissent que l'électro-convulsivothérapie (ECT) est représentée dans plus de 30 films,

l'indication principale de cette thérapie dans ses films est, selon les auteurs, afin de contrôler ou de punir les patients ayant des comportements antisociaux (« *Vol au dessus d'un nid de coucou* » 1975). Dans ces films, les auteurs n'observent aucune prescription d'ECT avec une information donnée au patient permettant un consentement libre et éclairé. De plus, la technique observée pour les ECT, reste inchangée dans ces films, malgré les évolutions de nos pratiques. Ceci amène les auteurs à conclure à une contribution du Cinéma à la stigmatisation des maladies mentales. En effet, cette image rejoint l'amalgame fait entre maladie mentale et retard mental. Les patients étant non capables intellectuellement d'assimiler l'information ou de comprendre ce qui est dans leur intérêt, sont traités sans leur consentement ou même contre leur volonté [32].

### 3. La schizophrénie au Cinéma

Hylér fait une analyse de différents films américains traitant de la maladie mentale, selon les critères du DSM III. Une partie de son article est sur les « Psychoses », qu'il définit comme la présence d'hallucinations et d'un comportement désorganisé. Il évoque en premier lieu le film « *Le cabinet du Dr Caligari* » (1920) à la fois pour le délire paranoïde du narrateur, délire dans lequel le directeur de l'hôpital est le persécuteur principal, et sa perte de contact à la réalité. Dans les films montrant, pour l'auteur, un tableau représentatif de la schizophrénie, il évoque aussi « *Jamais je ne t'ai promis un jardin de roses* » (1978) et « *La fosse aux serpents* » (1948), spécifiant pour ce dernier des troubles schizophréniformes. Cependant, le film le plus représentatif selon Hylér est le téléfilm « *Promise* » de 1986. Il termine en évoquant l'amalgame fréquent entre la schizophrénie et le TDI, en citant notamment le film « *Psychose* » (1960) [28].

Wedding et Niemiec, dans leur ouvrage, consacrent un chapitre à la schizophrénie. Ils abordent en premier lieu le film « *un Homme d'exception* » (2001), en saluant la performance de Russell Crowe qui joue le personnage principal, John Nash, Nobel de mathématiques, mathématicien souffrant de schizophrénie;. Les auteurs déplorent la présence dans le film d'hallucinations visuelles, qui sont rares dans les pathologies psychiatriques. John Nash avait des hallucinations acoustico-verbales. De plus le personnage principal est représenté comme apprenant à gérer ses symptômes, sans aucun traitement, alors que John Nash a reçu plusieurs thérapies différentes avant de se stabiliser. Cependant le film montre la difficulté du patient à surmonter ses difficultés après un épisode psychotique, difficultés qu'il rencontre au quotidien et avec son entourage au cours d'une dépression post-schizophrénique. Il montre également les difficultés présentées par les aidants (dans ce film sa femme) [31].

Wedding et Niemiec citent le film « *Canvas* » (2006), comme le portrait le plus juste de la schizophrénie. Ils saluent la qualité du film et notamment sa représentation de l'impact de la maladie sur une famille, tout en restant positif, doux et plein d'espoir. Ils citent également « *Bug* » (2006), et « *Take shelter* » (2011). « *Bug* » se distingue par sa représentation d'un délire paranoïde de mécanisme intuitif, interprétatif et cénesthésique, qui dévie en délire à deux. « *Take shelter* » met en scène l'entrée insidieuse de troubles psychotiques (la durée d'installation empêche le diagnostic de schizophrénie selon les critères du DSM-5) chez un homme dont la mère souffrait de la pathologie, ce qui, dans le film, le rend plus à même d'accepter ses troubles et d'avoir une représentation de la maladie moins discriminante que son entourage. Pour la représentation de l'impact de la désorganisation sur la vie quotidienne et le repli social, les auteurs évoquent le film « *Le Soliste* » (2009) [31].

Les auteurs notent également la forte représentation de la violence physique des patients souffrant de schizophrénie (« *Un Homme d'exception* » 2001, « *Donnie Darko* » (2001) et « *Gothika* » (2003)). La violence est un instrument pour le suspense et l'horreur, utilisée dans de nombreux films représentant des « tueurs psychotiques » comme « *L'assassinat de Richard Nixon* » (2004), « *Misery* » (1990). En effet dans « *L'assassinat de Richard Nixon* », on observe détérioration progressive de la vie du personnage principal qui, parallèlement à sa perte de contact avec la réalité, devient de plus en plus imprévisible et hétéroagressif. « *Misery* » met en scène la séquestration d'un auteur par une de ses fans, qui pour le maintenir dépendant d'elle, se montre extrêmement hétéro agressive afin d'entretenir l'illusion d'une relation amoureuse débutante entre eux [31].

Ils mettent également, en évidence une représentation fréquente au Cinéma qu'ils nomment les « parents schizophrénogéniques », parents qui vont envoyer deux messages contradictoires à leur enfant (« *Clean, Shaven* » 1993, « *David et Lisa* » 1962), en se basant sur la théorie du « Double Lien » de Gregory Bateson (1956). Ils évoquent d'autres stéréotypes existants notamment le fait que les personnes souffrant de schizophrénie sont les « fous du village » [31].

Les auteurs mettent en évidence une récurrence à voir dans les films traitant de la psychiatrie et surtout de la schizophrénie, un personnage principal traité pour des troubles mentaux ou dont l'état psychique se détériore. La suite fréquemment montrée aux spectateurs est un passage à l'acte violent (« *L'assassinat de Richard Nixon* » 2004), ce qui amène malheureusement à un lien entre violence et maladie mentale par le public. Beaucoup de films mettent en scène « un meurtrier psychotique », terme introduit pour induire un sentiment de peur et d'imprévisibilité [31].

Owen fait, dans son article, une analyse sur 41 films contemporains (sortis entre 1990 et 2010) sur 70 sélectionnés via une recherche internet en lien avec la schizophrénie. Cette étude montre que dans 83% des films le personnage principal a un comportement violent, allant jusqu'à l'homicide dans 31% des films, l'autoagressivité est présente dans 69% des films, dans 24% des films, les personnages atteints de maladies mentales se suicident. Le personnage principal se montre imprévisible dans 71% des cas. 12% des films montrent des phénomènes paranormaux. Dans 74% des films, l'étiologie des troubles n'est pas évoquée, alors que dans 24% la maladie est décrite comme secondaire à un événement post-traumatique. Concernant les traitements, 55% des films montrent des patients sous psychotropes ce qui diffère de ce que Gabbard et Gabbard<sup>2</sup> ont pu observer, 24% des films montrent le pouvoir de l'Amour (Amour qui suffit à lui seul pour traiter le patient). Selon l'auteur, seuls 7 films montrent une vision réaliste de la schizophrénie. Cette étude permet de mettre en évidence différents stéréotypes et mauvaises informations relayés par les films, renforçant la stigmatisation des patients atteints de troubles mentaux. En effet la prévalence de troubles du comportement ne correspond pas à la réalité clinique [33].

La recherche internet effectuée par l'auteur semble trop vaste, elle comprend différents termes notamment « schizophrénie », « psychose », « folie », « problèmes psychiatriques », « problèmes mentaux », etc. Les films ont été inclus si le personnage présentait deux symptômes de la schizophrénie, ou seulement s'il est délirant ou étrange, ce qui amène à l'inclusion de certains films ne représentant pas la schizophrénie (comme « *Fous d'Irène* » en 2000).

#### 4. Le trouble dissociatif de l'identité au Cinéma

Wedding et Niemiec accordent un chapitre à la question, dans lequel après un bref rappel sémiologique (en annexe sont présentés les critères diagnostiques du DSM-5), ils effectuent un rappel historique. Ils expliquent que cette pathologie initialement très rarement diagnostiquée aux Etats-Unis, a vu exploser sa prévalence diagnostique après la sortie du livre « *Sybil exposed: The extraordinary story behind the famous multiple personality cas* » de Debbie Nathan en 1973. À ce jour, des experts en cette pathologie déclarent qu'elle touche plusieurs millions d'américains, et qu'elle serait aussi fréquente que la schizophrénie [31].

En effet, certaines cohortes retrouvent une prévalence de 3 à 5% dans des populations hospitalisées [34].

Wedding et Niemiec évoquent en premier lieu le film « *Psychose* » (1960), comme

précurseur de la représentation de cette pathologie au Cinéma mais aussi comme image très négative des personnes souffrant de maladie mentale. Pour ces auteurs, « *Peacock* » (2010) offre une image bien plus représentative du trouble dissociatif de l'identité. Ils déplorent parallèlement à ce portrait réaliste, que le personnage principal soit représenté comme acteur d'une grande violence. Ainsi de façon assez similaire aux films représentant la schizophrénie, ils observent que la violence est aussi un stéréotype communément associé [31].

Ils font également la constatation que cette pathologie est fortement employée par les réalisateurs comme outil de potentialisation de l'intrigue. Ils citent notamment 3 films ayant chacun une manière différente d'approcher la pathologie et d'entretenir le suspense : « *Fight club* » (1999) montre une détérioration progressive du psychisme du personnage principal qui initialement échange avec son autre personnalité jusqu'à ce qu'elle prenne le dessus; « *Identity* » (2003) montre deux histoires parallèles, le spectateur ne comprend qu'à la fin qu'une des histoires est intégrée dans le psychisme d'un personnage de l'autre histoire ; et « *Fenêtres secrètes* »(2004) où l'on apprend la pathologie du personnage principal qu'à la fin, du fait d'une dissimulation inconsciente de tous les indices qui auraient pu amener le personnage principal à comprendre qu'il était à l'origine de sa propre persécution [31].

Dans « *Fous d'Irène* » (2000), la trame humoristique est basée sur ce dédoublement de personnalité qui est donc rapidement révélé au public [31].

The National Alliance for Mental Health (association gouvernementale fondée par des familles de patients) a objecté lors de la sortie de « *Fous d'Irène* » (2000) sur différents aspects de ces films, notamment la confusion entre schizophrénie et trouble dissociatif de l'identité et la violence de la maladie. Ce mouvement a été suivi par différentes associations de psychiatres et de patients dans divers pays anglophones. P. Byrne pose comme question pour ce film ciblant la population de 15 à 24 ans (période correspondant au pic d'incidence de la schizophrénie), comment seraient-ils à même de demander de l'aide, d'arrêter l'automédication à l'alcool et au cannabis et suivre un traitement, si ce qu'ils perçoivent de la maladie correspond à ce film. Il propose donc comme solution pour lutter contre la stigmatisation de ce film, qu'on pourrait organiser des débats publics afin d'attirer l'attention sur la facilité que notre société a à se moquer ou mal-représenter la maladie mentale [35].

## D. Conclusion

Cette étude bibliographique nous a permis d'observer différents stéréotypes et idées reçues présentes dans les différentes populations étudiées et au Cinéma, pour la maladie mentale et plus spécifiquement, la schizophrénie :

- Association de la maladie mentale avec la violence et la dangerosité.
- Amalgame entre schizophrénie et trouble dissociatif de l'identité.
- Imprévisibilité et non-respect des lois des patients.
- Inexorabilité des troubles et incurabilité de la maladie.
- Inefficacité des traitements et l'hôpital « lieu de contention sociale ».
- Absence de souffrance psychique et physique.
- Perception infantile du monde et confusion entre maladie mentale et retard mental.

Il est mis en évidence les « pratiques instituantes » des professionnels de santé et des aidants.

Ces représentations sont aussi celles des patients souffrant de schizophrénie, et elles entraînent le déni de la maladie et des difficultés dans le lien thérapeutique entre le médecin et son patient.

Ces représentations ne font pas état de violences ressenties par le patient, notamment lors de ses hospitalisations, par les psychiatres et les soignants, par les conséquences du traitement, par le fait d'être traité différemment lors des soins somatiques et dans le quotidien. De plus, les études abordent l'hétéro-agressivité du patient, mais il n'est jamais abordé son auto-agressivité ou la souffrance des patients. Ces violences sont-elles représentées au cinéma ? Sont elles présentes dans notre inconscient ?

Existe il une différence entre les représentations des professionnels de santé travaillant en psychiatrie et ceux qui travaillent dans d'autres services ?

Cependant aucune étude ne fait d'analyse de ces différents points dans les représentations de la schizophrénie au Cinéma et dans différentes populations.

## **II. Données descriptives de la schizophrénie**

Dans cette partie nous allons donc aborder la schizophrénie en tant que pathologie mentale et la décrire dans ses composantes historiques, épidémiologiques, sémiologiques et plus largement médicales. Nous allons également reprendre les principales données sur la violence et schizophrénie.

### **A. Abord historique de la schizophrénie**

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, les psychiatres s'intéressent à ces patients présentant des troubles psychiatriques aux tableaux divers mais aussi à l'évolution commune vers un état d'hébétéude marqué par l'incohérence. Parmi ces tableaux disparates, le psychiatre franco-autrichien Bénédicte Augustin Morel évoquait des « déments précoces », les psychiatres allemands Ewald Hecker « l'hébétéphrénie » et Karl Ludwig Kahlbaum la « catatonie » [36].

Le terme de « schizophrénie » provient du grec « σχίζειν » (schizein), signifiant fractionnement, et « φρήν » (phrèn), désignant l'esprit [36].

Ce terme a été utilisé la première fois par le psychiatre suisse Eugen Bleuler en 1911 à propos de patients souffrant de « démences précoces », telles que le psychiatre allemand Emil Kraepelin, les avait décrits. E. Kraepelin distinguait trois formes cliniques observés chez ces déments précoces : l'hébétéphrénie, la catatonie et une forme paranoïde qui évoluaient toutes vers une forme démentielle avec une atteinte des fonctions cognitives [36].

E. Bleuler partait du constat que la scission des fonctions psychiques est primaire, contrairement à certains symptômes secondaires tels que les hallucinations. Cependant par opposition à E. Kraepelin, E. Bleuler réfutait le caractère évolutif de la maladie, comme d'autres de son époque (notamment le psychiatre français Philippe Chaslin et le psychiatre autrichien Erwin Stransky). Il a postulé qu'il ne s'agit pas d'une démence mais d'une dissociation de la vie psychique, dissociation témoignant de la « désagrégation de la personnalité ». Selon E. Bleuler, l'évolution d'allure démentielle de la schizophrénie est une conséquence secondaire, au même titre qu'une rémission symptomatique ou même la guérison [36].

Dans l'acception que E. Bleuler fait de la schizophrénie telle qu'il l'a observé, il regroupait une grande partie des troubles mentaux, conduisant à une extension exagérée de la définition auprès de toutes les écoles de psychiatrie. Le terme définira ainsi une maladie, puis un syndrome, jusqu'à une réaction. Le psychiatre français, Henri Ey souhaite que le

terme « schizophrénie » soit remplacé par « psychose chronique qui altère profondément la personnalité » qu'il définit par « une tendance profonde à cesser de construire son propre monde en communication avec autrui pour se perdre dans une pensée autistique, c'est à dire dans un chaos imaginaire » [36].

## **B. Données épidémiologiques**

La schizophrénie est une maladie fréquente, elle touche 0,7% de la population mondiale, notamment 600 000 personnes en France, dont seulement 250 000 personnes sont diagnostiquées [4].

La schizophrénie est une maladie qui touche aussi bien les femmes que les hommes, et toutes origines ethniques. La maladie serait cependant plus précoce chez les hommes et le pronostic plus défavorable. Le sexe ratio chez les adolescents est de 2/1, il tend à se normaliser avec l'âge. La maladie se déclare le plus fréquemment entre 15 et 25 ans, avec une incidence de 1 à 2/10000/an chez les adolescentes (12 à 18ans). 90% des schizophrénies découvertes pendant l'adolescence sont entre 15 et 18ans, 10% entre 12 et 15 ans [37].

La schizophrénie est une maladie chronique qui évolue en général par phases aiguës dans les premières années, puis se stabilise avec des symptômes résiduels d'intensité variable selon les sujets. Dans un tiers des cas de schizophrénie diagnostiquée, une rémission durable est observée après plusieurs années de traitement. Dans les deux autres tiers des cas, la maladie persiste avec des symptômes résiduels à peu près contrôlés grâce à un suivi médical et une observance thérapeutique. 20 à 30 % des sujets atteints de schizophrénie restent peu répondeurs aux traitements, on parle alors de « schizophrénie résistante » [4].

Le risque de mourir prématurément est deux à deux fois et demi plus élevé pour les sujets atteints de schizophrénie que pour l'ensemble de la population. Le suicide est la cause la plus fréquente de ces décès prématurés. Cependant la cause est somatique dans les deux tiers des cas et majoritairement cardio-vasculaires. En effet la prise d'antipsychotiques majore le risque de mort subite du fait d'un syndrome métabolique. De plus les conduites addictives (tabac, alcool, cannabis), la sédentarité, une alimentation déséquilibrée, toutes trois fréquentes chez les patients souffrant de schizophrénie, majorent également le risque cardiovasculaire mais aussi de cancers. Bien qu'on observe une meilleure surveillance du syndrome métabo-

lique dans les secteurs de psychiatrie, certains aspects de la prise en charge restent déficients. En effet il a été observé une lacune concernant les prises en charge d'addictologie, de diététique et de recherche de troubles du sommeil (notamment du syndrome d'apnée du sommeil) [38].

Les 8 facteurs principaux augmentant la vulnérabilité et le risque de schizophrénie sont les suivants [39]:

- Les gènes de vulnérabilité : 40 à 60 % de risque pour des vrais jumeaux, 5 à 15 % pour faux jumeaux et la fratrie, 5 à 10 % si c'est l'un des parents, 2-3% si c'est un oncle ou une tante, 1-2% pour les cousins.
- L'âge du père au moment de la conception : s'il est supérieur à 40/45 ans.
- Les infections de la mère pendant la grossesse, notamment durant les deux premiers trimestres (toxoplasmose et grippe augmentant par deux ou trois le risque), mais aussi la prise de toxiques pendant la grossesse (alcool, médicament).
- Une mauvaise oxygénation du cerveau lors d'accouchement difficile, multiple le risque par deux ou trois.
- Un déficit en facteur neuroprotecteur (vitamines B, NAC, oméga, par exemple).
- Le contact avec des substances neurotoxiques durant l'enfance ou l'adolescence : le risque est notamment multiplié par 3 chez les consommateurs chroniques de cannabis.
- Le stress aigu ou chronique pendant l'enfance ou l'adolescence : les abus sexuels par exemple, multiplie le risque de maladie mentale 5 à 20 fois.
- Les maladies d'origine somatique : notamment endocrinienne, neurologique, plus généralement les maladies graves et chroniques.

### **C. Sémiologie de la schizophrénie**

3 groupes de symptômes sont actuellement utilisés pour décrire sémiologiquement la schizophrénie : (1) des symptômes dits positifs, (2) des symptômes dits négatifs et (3) une désorganisation de la pensée. (1) Les symptômes positifs sont essentiellement une perception erronée de la réalité avec possibilité d'hallucinations, un délire flou, une forte angoisse. (2) Les symptômes négatifs (ou déficitaires) sont principalement un désinvestissement de la réalité, un repli progressif de la personne, une diminution des capacités de penser, de parler et d'agir, une diminution des réactions émotionnelles et des troubles cognitifs tels des difficultés

de concentration, d'attention, de mémoire et un déficit des capacités d'abstraction. (3) La désorganisation est principalement caractérisée par une perte de l'unité psychique, un relâchement des associations idéiques, une pensée floue, alusive, non informative, une expression émotionnelle inadaptée et discordante. Le contact peut être froid et traduire un état dissociatif. Enfin, une bizarrerie du comportement traduit l'impression générale que le patient donne lorsqu'on l'observe [4].

En annexe, nous présentons les critères diagnostiques du DSM-5 en annexe 1, et de la CIM-10 en annexe 2.

Il existe deux types d'entrée dans la schizophrénie : un début insidieux (largement majoritaire) et une entrée brutale explosive dans la maladie [40].

Les débuts insidieux et torpides sont de différentes formes [40] :

- Personnalité pré-morbide : personnalité schizoïde ou personnalité schizotypique
- Phase prodromique de la schizophrénie
- Etat mental à risque (critères de risque recueillis par le test CAARMS)

Les signes prodromiques observés dans un début insidieux, sont les suivants [36 ; 40] :

- Une tendance au repli sur soi, au retrait
- Une indifférence affective
- Une perte d'intérêt dans des activités précédemment très investies, voire une aboulie (possiblement une baisse du rendement scolaire)
- Un intérêt soudain et marqué pour l'histoire, la philosophie ou même des sciences ésotériques...
- Des bizarreries du comportement (On peut observer des modifications du caractère, une majoration des traits schizoïde, mais également des manifestations obsessionnelles et compulsives)
- Une incurie
- La construction du délire dans ce type d'entrée dans la schizophrénie est progressive, longtemps non exprimée.

Les formes d'entrée brutale, explosive dans la maladie sont caractérisées par [40]:

- Une bouffée délirante aigue dans 10 à 20% des cas, sachant qu'une schizophrénie fait suite à 15% des BDA.
- Une dépression atypique.
- Un épisode schizomaniaque (état d'excitation atypique).

- Un état confuso-onirique.

Cathébras part du postulat que la présentation somatique des troubles psychiatriques fait partie de la réalité clinique. En effet en se basant sur plusieurs études il conclut que la moitié des patients dépressifs ou anxieux présentent des tableaux exclusivement somatiques (il se base notamment sur les critères diagnostiques du DSM, parmi lesquels on retrouve des symptômes somatiques). Il montre également que des conduites de somatisation sont aussi présentes dans la psychose, qu'en effet des symptômes somatiques « bizarres » pouvant être en lien avec un syndrome de dépersonnalisation chez le sujet jeune [41].

Cependant dans les représentations présentées en première partie, il n'est pas fait mention des souffrances physiques des patients.

#### **D. Agressivité des personnes souffrant de schizophrénie**

Le but de ce paragraphe est de dresser une image la plus objective de la violence (agie et subie) des patients souffrant de schizophrénie.

L'organisation Mondiale de la Santé définit la violence comme « l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence ».

« La violence est l'acte par lequel s'exerce la force, qu'elle soit physique ou morale » [42].

La violence doit être différenciée de l'agression et de l'agressivité. L'agression est une attaque contre les personnes ou les biens, avec altération chez la victime de l'intégrité des fonctions physiques ou mentale. L'agressivité est une « intention agressive sans acte agressif » [42].

Lors de l'audition publique organisée en janvier 2007 par la Fédération française de psychiatrie sur l'expertise psychiatrique pénale, les recommandations émises ont défini la dangerosité psychiatrique comme une « manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale » et la dangerosité criminologique comme « prenant en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte » [43].

Le rapport HAS de Mars 2011 apporte quelques informations quant à la violence agie

des patients souffrants de troubles mentaux. 3 à 5 % seulement des actes violents seraient dus à des personnes souffrant de troubles mentaux. Les hommes schizophrènes sans abus de substance ont un risque de violence multiplié par trois par rapport à la population générale. Le risque homicidaire chez les sujets atteints de schizophrénie est de 0,3% contre 0,02% dans la population générale (OR=19,5) [42].

Senon et ses collaborateurs mentionnent dans leur revue de littérature, un taux d'homicide compris entre 1 et 5 sur 100 000 habitants ; les troubles mentaux graves sont considérés comme responsables de 0,16 cas d'homicide pour 100 000 habitants. Cependant en présence de prise de toxiques (alcool et/ou drogue) le risque est multiplié par 16 chez les hommes et 84 chez les femmes[44].

Dans une étude S. Richard-Devantoy et ses collaborateurs étudient les points communs et divergents entre les meurtriers atteints de maladie mentale grave (schizophrénie, troubles de l'humeur et troubles délirants), et ceux indemnes de maladie mentale. La population de l'étude est constituée de 210 personnes ayant commis un meurtre, dont 37 sont atteints de maladies mentales. Ils ont déterminés à partir de cette population que les caractéristiques sociodémographiques sont similaires que le meurtrier soit atteint de maladie mentale ou non, et qui sont une personne de sexe masculin, jeune, isolé, aux antécédents judiciaires, consommant des toxiques. Les meurtriers atteints de maladie psychique sont cependant plus âgés (une moyenne d'âge de 37,8 ans lors du passage à l'acte, contre 31,7ans chez les meurtriers indemnes de maladie mentale). De plus, ils ont mis en évidence qu'une proximité affective était plus importante entre la victime et son agresseur chez les meurtriers atteints de maladie mentale [45].

Ce résultat est confirmé dans une revue de littérature, où les auteurs mettent en évidence que le risque de passage à l'acte d'homicide survient surtout au début de la maladie avant toute prise en charge psychiatrique et très rarement sur un inconnu [46] (prévalence de 1 cas sur une population de 14 millions par an [47])

M.-J.Vandamme envisage 3 caractéristiques de psychotiques qui passeront à l'acte homicidaire. Dans un quart des cas, le patient psychotique n'a pas d'autre co-morbidité associée. Dans un quart des cas, le patient psychotique a comme comorbidité une addiction aux toxiques. Dans la moitié des cas, le patient psychotique a comme comorbidité un trouble de la personnalité antisociale [48]. Senon et ses collaborateurs, ont complété ce tableau en rappelant la corrélation entre la violence et l'existence d'une lésion cérébrale [44].

Nous avons fait l'état des lieux des chiffres liant la violence agie et le patient atteint de

schizophrénie. Cependant il nous semble important de faire l'état des lieux des violences subies par les patients, violences qui semblent absentes des représentations de la population générale mais rapportée par les patients, les aidants et les professionnels de santé.

A.M. Lovell et ses collaborateurs, mettent en évidence que 16 à 40% des patients se sentent menacés ou en insécurité durant leurs hospitalisations (divergence selon les pays), qu'on observe une prévalence des crimes violents 12 fois plus importante qu'en population générale, et une prévalence des vols sur personne est 140 fois plus élevée chez les patients qu'en population générale. Les patients ont 4 fois plus de risques d'être victime d'un vol contre la propriété et 14 fois plus de risques d'être victime d'un crime violent que d'en être l'auteur [49].

Les patients atteints de troubles mentaux sont 7 à 17 fois plus fréquemment victimes de violence que la population générale. La mortalité par suicide dans la schizophrénie est estimée à un taux de 10 à 15 % des patients (chiffre en diminution). 50 % des patients font au moins une tentative de suicide au cours de leur vie [42].

Dans notre travail de thèse nous souhaitons étudier les représentations de la schizophrénie au Cinéma en utilisant comme critères l'ensemble des éléments rapportés dans les études des représentations en population générale, chez les patients, chez les aidants et chez les professionnels de santé.

### **III. Étude des représentations cinématographiques de la schizophrénie**

#### **A. Introduction**

L'objectif de notre étude est de dresser un portrait des représentations de la schizophrénie au Cinéma à partir des différents éléments rapportés par la population générale, les patients, les aidants et les professionnels de santé : violence agie et subie, agressivité, imprévisibilité, dédoublement de la personnalité et inexorabilité des troubles ; mais aussi à partir des représentations mis en évidence dans les medias. Dans un premier temps, nous allons établir une liste de films représentative de la schizophrénie au Cinéma selon la population générale. Ensuite nous allons analyser ces films et vous présenter les résultats selon la pathologie, la symptomatologie, la violence subie et agie, et enfin les traitements et les étiologies. Ainsi nous souhaitons étudier les différences entre la clinique, les représentations de la schizophrénie et les films représentant la schizophrénie pour la population générale.

Va-t-on observer des différences entre les représentations cinématographiques et celles de la population générale ? Les représentations des patients sont-elles représentées au Cinéma ? Le recours à une expertise psychiatrique comme conseil au Cinéma permet-il une similitude entre les représentations des soignants et les représentations cinématographiques ?

#### **B. Méthode**

##### 1. Films représentant la schizophrénie pour la population générale

Le taux d'accès à internet n'a cessé d'augmenter depuis 25 ans, pour atteindre en 2015 83,8% de la population française et 87,4% aux USA. Ses chiffres étaient respectivement de 54 et 70% en 2006 [50].

Durant cette période, une étude a établi que 28,5% des internautes ont fait une recherche internet pour obtenir des informations médicales, confirmant qu'internet est désormais un outil de recherche utilisé autant dans la vie professionnelle que privée [51].

91% des utilisateurs d'internet utilisent les moteurs de recherche. Internet serait la source d'informations non humaine la plus utilisée. 91% des utilisateurs de moteurs de recherche estiment toujours trouver ce qu'ils cherchent, pendant leurs recherches. Dans 73% des cas, ils estiment l'information trouvée comme exacte et fiable. 66% des utilisateurs pen-

sent que les moteurs de recherche sont des sources d'informations sans biais<sup>53</sup>. [52].

Fox dans une étude de 2006, établit que la recherche d'informations médicales est la troisième requête formulée au cours de l'utilisation habituelle d'internet (après la gestion des mails et la recherche de produits en ligne) [53].

Récemment, une équipe espagnole s'est intéressée à dégager des profils de patients consultant sur internet à partir de patients suivis en dermatologie. Bien que l'étude ait une puissance insuffisante, ils ont montré que les patients consultaient sur internet, non pas par manque de confiance en leur praticien, mais soit au préalable de la consultation, ou soit pour compléter les informations données par le médecin [54].

En France, 39% de la population utilise les réseaux sociaux dont 59% pour rechercher des informations sur les films (vs. 50 et 63% aux Etats-Unis d'Amérique) [55].

Ces différentes informations nous confirment l'utilisation massive et la représentativité statistique d'internet, rendant pertinente une recherche médiée par internet des représentations cinématographiques de la schizophrénie pour la population générale, pouvant ainsi témoigner des représentations sociales de cette maladie mentale.

Nous avons donc décidé de rechercher les films mettant en scène la schizophrénie à partir de la requête « schizophrénie et films » saisie sur 5 moteurs de recherche internet : Google.fr, Seek.fr, Yahoo.fr, Mozbit.fr et Bing.fr ; nous avons récupéré les films listés des 4 premiers sites cités. Nous avons répété cette opération avec la requête « schizophrenia and movie » également sur 5 moteurs de recherche différents : Google.com, DuckDuckGo.com, Ixquick.com, Yahoo.com et Bing.com. Nous avons également récupéré les films listés sur les 4 premiers sites cités, à l'exception des sites spécialement dédiés au film « *Schizophrenia* ». Cette méthode permet de prendre en compte la multiplicité des voies d'accès aux informations via internet et ainsi tenir compte de la fréquence des réponses proposées. Nous avons ensuite compté le nombre d'occurrences globales sur l'ensemble des sites afin de classer les films par ordre d'influence.

Nous avons obtenu une liste de 30 films, traitant selon les critères internet, la schizophrénie. Les films sont présentés dans un tableau en annexe 3.

## 2. Critères évalués

À partir de cette liste de 30 films, nous avons fait une analyse du personnage principal de ses différents films avant d'en faire une étude statistique.

Dans ces différents films nous évaluons les différents critères issus de notre bibliographie:

- L'âge et le sexe du personnage principal.
- La symptomatologie présentée : hallucinations (leur nature), idées délirantes, discours désorganisé, symptômes négatifs et la présentation (notamment l'aspect physique).
- La violence subie : violence dans le quotidien, de la famille, dans l'institution, de la part des patients, de la part des psychiatres et des soignants, dans l'administration des traitements, et des effets secondaires des traitements.
- La violence agie : dans le quotidien et sur des patients.
- L'auto-agressivité (avec tentative de suicide et suicide) et l'hétéro-agressivité (avec notamment les tentatives d'homicides et les homicides).
- Les difficultés sociales avec la présence d'un lien avec un syndrome déficitaire.
- L'imprévisibilité avant et après traitement.
- La conscience des troubles.
- La souffrance psychique et physique.
- Le dédoublement de la personnalité.
- Le traitement principal, son efficacité, le pouvoir de l'Amour, et l'existence d'une guérison.
- La psychothérapie.
- L'origine des troubles avec notamment la représentation de parents schizophrénogéniques.

Au terme de cette analyse nous établissons le diagnostic du personnage, en nous basant sur les critères de la CIM-10. Pour certains films cependant, un diagnostic psychiatrique est impossible, notamment certains films traitant des troubles dissociatifs de l'identité (TDI) pour lesquels les besoins du cinéaste et de l'intrigue (notamment conversations entre les différentes personnalités avec hallucinations visuelles de ces dernières) rendent incorrects la symptomatologie psychiatrique présentée ; nous l'avons désignée comme TDI cinématographique.

De même pour les étiologies, nous avons choisi de retenir la cause principale à l'origine des troubles dans le film, parmi lesquelles on retrouve une étiologie génétique, environnementale, traumatique, magique et l'Amour ; ces deux derniers sont du fait de leur représentativité dans les films [31].

Nous avons choisi de présenter les résultats généraux sur les 30 films, en présentant les différents diagnostics représentés par les films, également la symptomatologie psychia-

trique (notamment le dédoublement de la personnalité) présente, la violence représentée dans ses films, les traitements montrés et l'étiologie des troubles mise en avant dans le film.

Mais nous avons également choisi de présenter ces différents items des films pour lesquels nous avons posé le diagnostic de schizophrénie, des films pour lesquels nous avons posé le diagnostic de TDI et des films mettant en scène l'institution. L'objectif est ainsi d'analyser la présence d'une différence des profils représentés selon le groupe.

## C. RÉSULTATS

### 1. Diagnostics

#### *a. Profils épidémiologiques*

Sur l'ensemble des 30 films visionnés, le personnage principal est principalement de sexe masculin (N=25 vs. 5). Les troubles commencent à l'adolescence dans 5 films et entre 25 et 40 ans dans les 25 autres films.

#### *b. Diagnostics*

Dans la moitié des cas, le diagnostic retenu est celui de la schizophrénie (N=14). Le trouble dissociatif de l'identité est le deuxième diagnostic le plus fréquemment retenu car présent dans un quart des films (N=8) ; puis celui de la psychose post-traumatique (N=2). Enfin, certains diagnostics sont retrouvés une fois tels que un épisode dépressif avec symptômes psychotiques, une ivresse délirante, un trouble de la personnalité antisocial, un trouble de la personnalité paranoïaque, un trouble de la personnalité obsessionnelle et un trouble psychotique transitoire.

### 2. Analyse des 14 films mettant en scène la schizophrénie

#### *a. Symptomatologie*

Dans 11 films sur les 14, le personnage souffrant de schizophrénie est de sexe masculin (soit 79% des films).

Dans seulement 5 films (soit 35%) le personnage a une présentation incurie ou excentrique.

Un seul film ne représente pas de symptomatologie délirante. 3 films ne représentent pas de symptômes négatifs (soit 21%).

12 films montrent une imprévisibilité du patient avant l'initiation d'un traitement (soit 86%). Cette imprévisibilité est persistante après l'instauration d'un traitement dans 4 films (soit 29%). Cependant l'imprévisibilité post-traitement n'est pas évaluable dans la moitié des films.

Dans seulement 4 films (soit 29%), le personnage principal a conscience de ses troubles.

Dans la totalité des films, le personnage présente une souffrance psychique à un moment du film. La souffrance physique est représentée dans 6 films.

Le patient refuse son traitement dans 4 films (soit 29%).

Dans 11 films, le personnage principal présente des difficultés sociales. Les difficultés sociales du personnage principal sont présentées comme étant secondaires aux symptômes déficitaires dans 8 films.

#### *b. Violence et agressivité*

Dans 5 films représentant des personnages souffrant de schizophrénie, on observe de la violence dans l'institution. Les psychiatres sont représentés comme violents dans 3 films (soit 21%), et le personnel paramédical est violent dans 4 films. L'administration des traitements est violente dans 3 films. Les effets secondaires des traitements sont vécus violemment dans 3 films, ce critère n'est pas évaluable dans 6 films. Dans aucun des films, on n'observe de la violence de la part des autres patients. Dans 12 films, on observe de la violence de la part de la famille (soit 86%). Les patients souffrants de schizophrénie subissent des violences dans la vie quotidienne, dans 9 films (soit 64%).

Les patients souffrants de schizophrénie agissent violemment dans la vie quotidienne, dans 10 films (soit 71%). Ils sont hétéro-agressifs envers les autres patients dans 2 films.

Les patients sont auto-agressifs dans 8 films (soit 57%). Mais seulement 3 films mettent en scène un passage à l'acte auto-agressif (tentative de suicide ou suicide). Ils sont hétéro-agressifs dans 12 films et on observera une tentative d'homicide dans 5 films (soit 36%) et un homicide dans 4 films.

#### *c. Traitements et étiologies*

Dans près de la moitié des films (6), aucun traitement n'est représenté. Dans 5 films, les patients reçoivent un traitement médicamenteux. La cure de Sakel et la sismothérapie sont représentées respectivement dans un film. Le patient reçoit une psychothérapie individuelle dans 4 films.

Aucun film représentant des patients souffrant de schizophrénie ne montre une guérison.

Le traitement est efficace dans 3 films (soit 21%).

Aucune étiologie n'est retrouvée dans plus de la moitié des films (N=9). Dans 2 films, la cause sera un traumatisme dans l'enfance. Certaines causes sont représentées dans un film telles que la cause post-traumatique, magique et génétique.

Les parents sont représentés comme schizophrénogéniques dans 29% des films, ils ne le sont pas 35% des films. L'absence de représentation des parents dans 36% des films rend ce caractère non évaluable (N=14). On observe le pouvoir de l'Amour, l'Amour qui suffit à lui seul à guérir le patient, dans 14% des cas (N=14).

### 3. Analyse des 16 films mettant en scène l'institution psychiatrique

#### *a. Diagnostics*

La moitié des films montrent un personnage principal atteint de schizophrénie (N=8). Dans 3 films, le patient présente un TDI cinématographique. D'autres diagnostics sont représentés dans un film tels qu'un trouble de la personnalité antisocial, un épisode dépressif avec symptômes psychotiques, une psychose post-traumatique, un trouble de la personnalité obsessionnel et un trouble psychotique transitoire.

#### *b. Symptomatologie*

Comme pour les résultats généraux, le personnage principal est majoritairement de sexe masculin (N=13 vs. 3, soit 81%).

Dans 12 films représentant l'institution, l'aspect physique est correct (soit 75%).

Une activité délirante est présente dans les trois quarts des films (N=12). Les symptômes négatifs sont présents chez 38% des patients représentés en institution (N=6). La désorganisation psychique est présente dans 10 films. Dans 14 films, les personnages principaux sont imprévisibles avant traitement. Cette imprévisibilité perdure dans 3 films après l'instauration du traitement.

Dans la moitié des films, le personnage principal a conscience de ses troubles (N=8).

Les personnages principaux ressentent une souffrance psychique à un moment du film dans 14 films. La souffrance physique est représentée dans 5 films (soit 31%).

Le patient refuse le traitement dans la moitié des films de cette catégorie.

Le personnage principal présente des difficultés sociales dans 10 films (soit 62%). Les difficultés sociales du personnage principal sont présentées comme étant secondaire aux symptômes déficitaires dans 4 films.

### *c. Violence et agressivité*

Dans 10 films représentant des personnages représentés en institution, on observe de la violence de la part de l'institution (soit 62%). Les psychiatres sont représentés comme violents dans la moitié des films (N=8). Dans 6 films le personnel paramédical est représenté comme violent (soit 38%). On observe de la violence dans l'administration des traitements dans 7 films (soit 44%). Les effets secondaires des traitements sont vécus violemment dans un quart des films (N=4). Dans 3 films, on observe de la violence de la part des autres patients (soit 18%), De la violence de la part de la famille est représentée dans 10 films (soit 62%). Les patients en institution subissent des violences dans la vie quotidienne dans la moitié des films (N=8).

Les patients en institution agissent violemment dans la vie quotidienne dans 11 films (soit 69%). Ils sont violents envers d'autres patients dans 6 films (soit 38%). Ils sont hétéro-agressifs dans 13 films (soit 81%), on observera un homicide dans 5 films.

Les patients sont auto-agressifs dans 32% des films (N=5). On observe un passage à l'acte auto-agressif (tentative de suicide ou suicide) dans 3 films.

### *d. Traitements et étiologies*

Un quart des films montrant l'institution montre la prise d'un traitement médicamenteux (N=4).

Dans 3 films représentant les patients dans l'institution, le personnage principal ne prend pas de traitement (non évaluable dans 2 films). Le personnage principal sera traité par thérapie dans 3 films (soit 19%). L'Électroconvulsothérapie, la cure de Sakel, la lobotomie et l'hypnose sont les traitements principaux et curatifs dans, respectivement, un film. Dans un quart des films on observe le pouvoir de l'Amour (N=4).

Dans la moitié des films, il est représenté des patients refusant des traitements (N=8).

Aucune guérison n'est observée dans la moitié des films représentant l'institution, on en observe une dans 3 films. Le traitement utilisé est efficace dans 6 films (soit 37%). Les patients reçoivent une psychothérapie individuelle dans la moitié des films (N=8).

Dans la majorité des films représentant l'institution, aucune étiologie n'est mise en

évidence aux troubles (N=8). Dans 5 films, ils expliquent l'origine des troubles comme secondaire à un traumatisme. Certaines étiologies (comme l'amour, la magie et la génétique) sont représentées respectivement dans un film.

Dans un quart des films, les parents du personnage principal peuvent être qualifiés de schizophrénogéniques (N=4).

#### 4. Analyse des 8 films mettant en scène le trouble dissociatif de l'identité

##### *a. Symptomatologie*

Dans les films où les patients souffrent de TDI, le personnage principal est majoritairement masculin (N=7).

L'aspect physique est correct dans 7 films (soit 88%).

Le personnage principal présente une symptomatologie délirante dans un film. La désorganisation est présente dans un quart des films (N=2).

La totalité des personnages principaux sont imprévisibles avant la mise en place d'un traitement. Dans un quart des films, les patients représentés sont imprévisibles après la mise en place d'un traitement, cette imprévisibilité est non évaluable dans 75% des films.

Le personnage principal a conscience de ses troubles dans 3 films.

Les trois quarts des personnages principaux ressentent une souffrance psychique à un moment du film (N=6). La souffrance physique est représentée dans 5 films (soit 63%).

Le patient refuse le traitement dans 1 film de cette catégorie, l'accepte dans 4 films.

Le personnage principal présente des difficultés sociales dans 3 films.

##### *b. Violence et agressivité*

Dans un quart des films représentant des personnages souffrant de TDI, on observe de la violence dans l'institution (N=2). Les psychiatres ne sont jamais représentés comme violents. Le personnel paramédical est représenté comme violent dans un film. L'administration des traitements est violente dans un film, ainsi que les effets secondaires des traitements. Dans aucun film, on observe de la violence de la part des autres patients. Dans la moitié des films, on observe de la violence de la part de la famille (N=4). Les patients souffrants de TDI subissent des violences dans la vie quotidienne dans la moitié des films (N=4).

Les patients souffrants de TDI agissent violemment dans la vie quotidienne dans la totalité des films (N=8). Mais ils ne sont violents envers les autres patients dans aucun film.

Les patients sont auto-agressifs dans un quart des films (N=2). Dans un quart des films, on observe un passage à l'acte auto-agressif (tentative de suicide ou suicide).

Ils sont hétéro-agressifs dans la totalité des films (N=8), on observera une tentative homicide dans la totalité des films et un homicide dans 7 films.

### *c. Traitements et étiologies*

Dans la moitié des films représentant des personnes souffrant de TDI, le patient ne reçoit pas de traitement. Les traitements par médicaments, hypnose ou thérapie sont chacun respectivement présents dans un film. On observe un pouvoir de l'amour dans un quart des films (N=2).

La psychothérapie individuelle est utilisée comme traitement dans les 3 films où les traitements sont représentés, soit 38%.

Dans un quart des films représentant le TDI, on observe une guérison (N=2). Dans 3 films la guérison n'est pas atteinte. Le traitement utilisé est efficace dans un film.

Dans les trois quarts des films l'étiologie retrouvée est traumatique (un tiers lié à un traumatisme dans l'enfance, deux tiers à un traumatisme plus tardif) (N=6). Dans un film, c'est l'Amour qui est à l'origine des troubles.

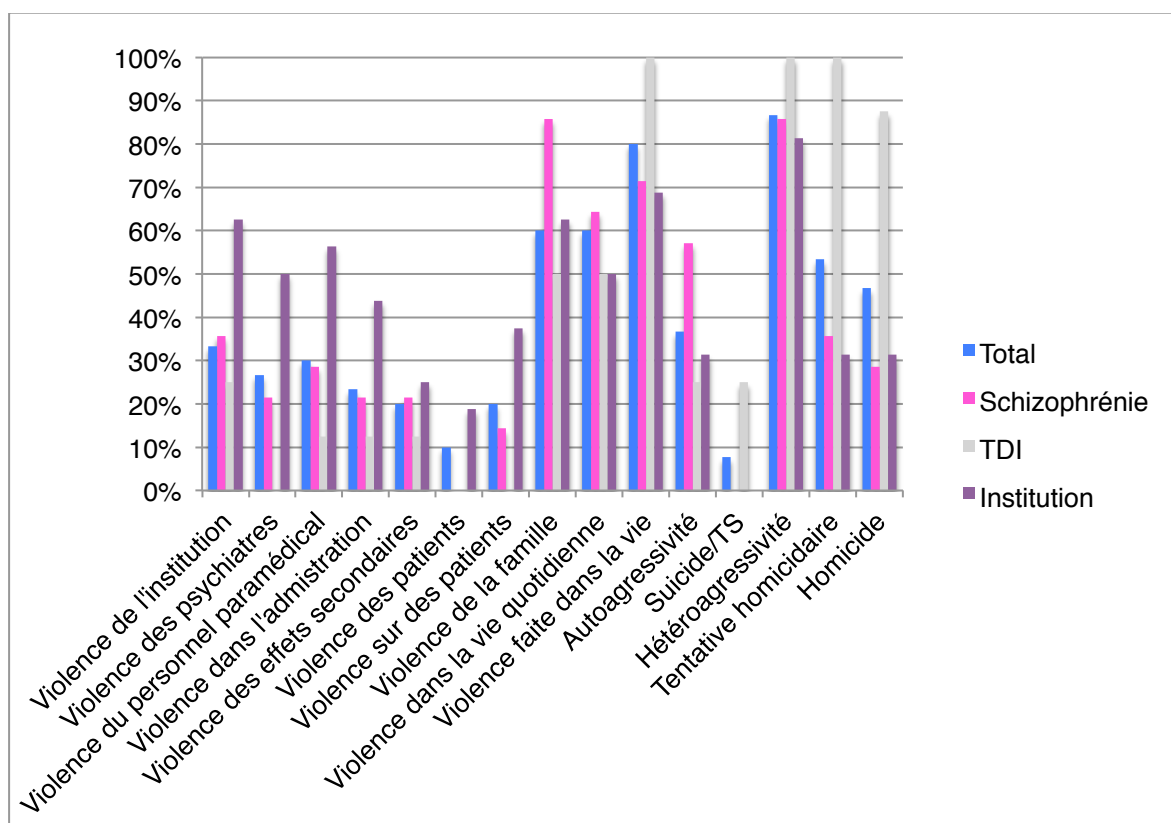
Les parents sont représentés comme schizophrénogéniques dans un film.

## 5. Analyse de la symptomatologie auto et hétéro-agressive et de la violence dans les 30 films

Dans 10 films de l'étude, on observe de la violence dans l'institution (soit 33%). Les psychiatres sont représentés comme violents dans 8 films (soit 27%). Le personnel paramédical l'est dans 9 films (soit 30%). Dans 7 films, on observe de la violence dans l'administration des traitements (soit 23%). Les effets secondaires des traitements sont vécus violemment dans 6 films (soit 20%). Dans 3 films, on observe de la violence de la part des autres patients. Dans 21 films, on observe de la violence de la part de la famille (soit 60%). Les patients représentés dans les films de l'étude subissent des violences dans la vie quotidienne dans 21 films.

Les personnages principaux agissent violemment dans la vie quotidienne dans 24 films (soit 80%), ils sont violents envers les autres patients dans 6 films. Les patients sont auto-agressifs dans 11 films (soit 37%), on observe un passage à l'acte auto-agressif (tentative de suicide ou suicide) dans 5 films (soit 17%). Ils sont hétéro-agressifs dans 26 films (soit 87%),

on observera une tentative homicide dans 16 films et un homicide dans 14 films.



## 6. Analyse de la symptomatologie représentée dans les 30 films

Sur les 30 films visionnés, la majorité montre un personnage principal avec un aspect physique correct (N=24, 80%).

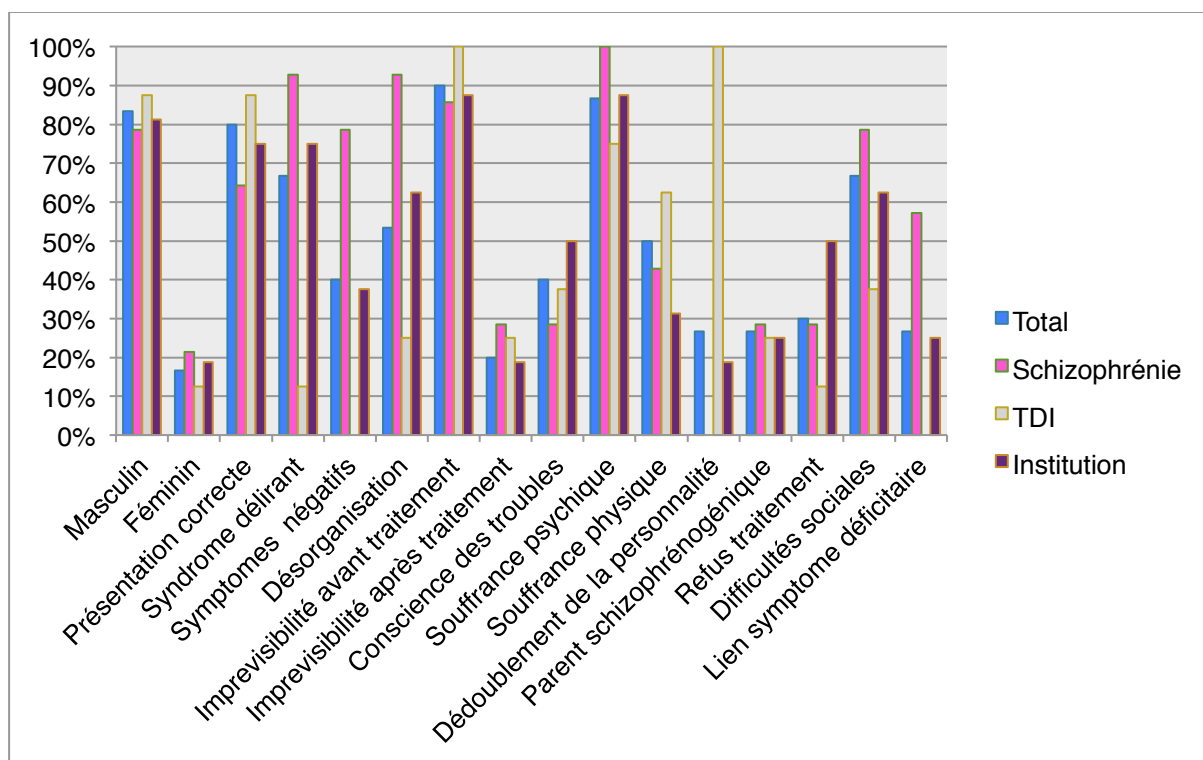
Le syndrome délirant sera présent dans 20 films (soit 66,7%). Dans 12 films (soit 40%), les personnages principaux présentent des hallucinations visuelles, c'est la modalité hallucinatoire la plus représentée. Dans 7 films (soit 23,3%), ils présentent des hallucinations acoustico-verbales. Dans 2 films, le personnage présente ses deux types d'hallucinations. Les symptômes négatifs sont présents dans 12 films (soit 40%). Dans 16 films, les personnages principaux présentent une désorganisation. Les personnages principaux présentent des difficultés sociales dans 20 films et on observe le lien avec les symptômes déficitaires dans 8 films.

26 films mettent en avant une souffrance psychique, la moitié montre une souffrance physique. Les personnages principaux ont conscience dans leurs troubles dans 12 films.

Dans 9 films, les patients refusent les traitements, dans 10, ils les acceptent.

Dans 27 films (soit 90%) les personnages principaux sont montrés comme imprévi-

sibles avant l'instauration d'un traitement. Cette imprévisibilité perdure dans 6 films après l'instauration du traitement.



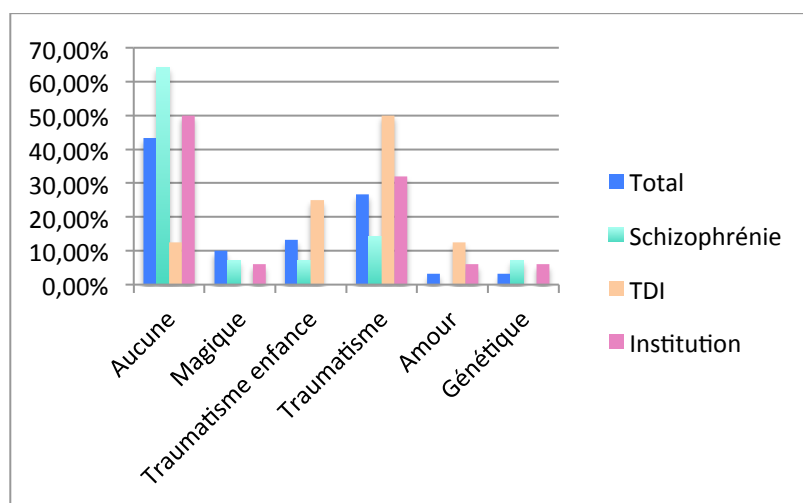
## 7. Analyse des traitements et étiologies représentés dans les 30 films

Dans 13 films de l'étude, aucun traitement n'est mis en place. Les médicaments sont les traitements curatifs les plus représentés, c'est en effet le traitement préférentiel dans 7 films (soit 24%). Ensuite la psychothérapie est le second traitement curatif, on l'observe dans 4 films (soit 14%). La cure de Sakel, la lobotomie, l'hypnose et les ECT sont représentés de manière similaire et respectivement dans 2 films. Le traitement employé n'est pas évaluable dans 2 films. La psychothérapie individuelle est représentée dans 11 films (soit 37%).

On observe une guérison dans 4 films de l'étude. Le traitement est représenté comme efficace dans 6 films (soit 20%). Le pouvoir de l'Amour est présent et efficient dans 6 films de l'étude (soit 20%).

Aucune étiologie n'est retrouvée dans 13 films de l'étude (soit 44%). La principale cause retrouvée est le traumatisme dans 12 films (soit 40%) : 8 lié à un traumatisme plus tardif et 4 lié à un traumatisme de l'enfance. Dans 3 films, la cause retrouvée est magique. Puis

dans un film respectivement, la cause est soit l'Amour, soit la génétique. Dans 8 films il est mis en évidence des parents schizophrénogéniques (soit 27%).



## D. Discussion

### 1. Représentation de la symptomatologie psychiatrique

#### a. *Démographie des films représentant la schizophrénie pour la population générale*

Comme nous l'avons vu le sexe ratio de la schizophrénie est égal à 1 [4]. Cependant les films montrent des personnages principaux majoritairement masculins. Ces résultats sont peut être à mettre en corrélation avec la violence du personnage. Peut on envisager que par souci d'impact sur l'intrigue, le suspense, l'intensité du scénario, il est plus crédible que le personnage principal soit un homme plutôt qu'une femme?

#### b. *La présentation*

Le patient souffrant de schizophrénie a souvent une présentation schizotypique. Sa démarche peut être bizarre, ou similaire à un patient souffrant d'un syndrome parkinsonien lorsque le traitement neuroleptique est surdosé ou mal toléré. Sa tenue vestimentaire peut être négligée ou excentrique. Le patient peut être incurique. Il présente souvent des stéréotypes gestuelles, voire un maniérisme [40].

La présentation du patient (son aspect physique) est majoritairement sans particularité dans les 30 films (à 80%). Une présentation excentrique ou schizotypique sera observée en majorité dans les films représentant la schizophrénie, et une présentation banale dans

les films représentant le TDI. Bien que la proportion de présentation sans particularité semble trop élevée pour représenter la schizophrénie, il est assez sensé que les films représentant le TDI, mettent en scène des personnages à la présentation correcte. Benoist établit comme deuxième champs d'origine de la stigmatisation : l'anomalie ou l'étrangeté [6]. Dans ces films la présentation étant normale, la différence n'est pas vestimentaire mais comportementale voir morphologique comme dans certains films comme « *Vol au dessus d'un nid de coucou* » (1975) ou « *Shutter Island* » (2010). Le Cinéma rejoint ainsi le désir, de la population générale, de différenciation physique des patients souffrant de maladie mentale [9].

### c. *La triade symptomatologique*

Comme le montrent les résultats, il a une grande prévalence des hallucinations visuelles dans la symptomatologie délirante que l'on peut expliquer comme secondaire à un besoin esthétique afin de mieux représenter l'angoisse réelle du délire, mais qui est aussi utilisée afin d'entretenir l'intrigue et le suspense jusqu'à la révélation finale où un personnage s'avère être une hallucination (comme observé dans « *Un homme d'exception* » 2001 ou « *Fight Club* » 1999). Le spectateur comme le patient, ne peut pas distinguer la réalité du délire. Le Cinéma (américain notamment) aime représenter des décompensations d'origine magique/mystique plutôt que psychiatrique, les hallucinations y sont alors des visions prémonitoires dont on comprend le sens par la suite, c'est ce que l'on observe notamment dans « *Shining* » (1980) et qui est sous-entendu dans « *Take Shelter* » (2011) et « *Donnie Darko* » (2001). L'hallucination acoustico-verbale est représentée avec une plus faible prévalence que la visuelle, ce qui est l'inverse de notre réalité clinique [40].

La symptomatologie négative est présente qu'à 80% dans les films représentant la schizophrénie, elle est cependant présente qu'à 40% dans les films mettant en scène l'institution. La désorganisation est représentée dans la moitié des films. Cela rejoint l'étude de Castillo et ses collaborateurs, qui met en évidence que la population générale rapporte plus les symptômes positifs que les symptômes négatifs et la désorganisation [12].

Les difficultés sociales sont mises en évidence dans les deux tiers des films, résultat que l'on peut corrélérer avec les difficultés de communication qui font partie des représentations de l'étude de Crisp et al. [13]. Cependant un lien avec les symptômes déficitaires est retrouvé dans moins de la moitié de ses films.

Les signes prodromiques de l'entrée en schizophrénie sont représentés que dans deux

films « *Shine* » (1996) et « *Donnie Darko* » (2001). Par exemple, dans ce deuxième film, on observe bien un indifférence affective, un intérêt soudain pour les sciences et les voyages dans le temps, des bizarreries du comportement et une construction du délire progressive [36 ; 40].

Huit films mettent en scène un dédoublement de la personnalité, ce qui est en accord avec les représentations retrouvées par Castillo et ses collaborateurs [12] et l'étude réalisée par l'association PromesseS [24]. Dans un de ces films « *Fous d'Irène* » (2000), le diagnostic de schizophrénie est même posé, alors que le film représente le TDI.

#### *d. Imprévisibilité et reconnaissance des troubles*

Les patients sont imprévisibles dans la majorité des films avant l'instauration du traitement, ce qui est congruent avec les résultats de Crisp et ses collaborateurs qui mettaient en évidence une imprévisibilité représentée à 80% [13]. On observe une diminution de cette imprévisibilité dans la majorité des films, avec l'introduction d'un traitement, à l'exception des films mettant en scène le TDI. C'est cependant, sur les films mettant en scène l'institution que l'on observe la meilleure efficacité du traitement sur l'imprévisibilité. L'institution a donc une représentation cinématographique de contrôle sur la symptomatologie et de diminution de l'impulsivité [11].

Les patients ont conscience de leurs troubles que dans 40% des films. Cette proportion est plus importante dans les films mettant en scène l'institution. Cette augmentation dans cette catégorie n'est pas surprenante. En effet on peut supposer que le fait d'être hospitalisé, amène à un début de travail sur la reconnaissance des troubles. Viard et ses collaborateurs expliquent un déni des troubles comme étant secondaire à des représentations de la maladie très prégnantes [16]. Dans les films de notre étude, nous avons observé que le déni n'est jamais mis en lien avec les représentations du personnage sur la maladie mentale, mais avec la symptomatologie du patient.

Les patients refusent les traitements dans un tiers des films, les acceptent dans un autre tiers des films. Un tiers des films ne représentent pas de prise de traitement. Ses résultats semblent aller dans le même sens que l'étude de Castro et ses collaborateurs (2013) où l'on a retenu une observance imparfaite des traitements et une mauvaise connaissance de leurs traitements par les patients souffrant de schizophrénie [21]. Cependant cette étude du fait de son

recrutement n'est pas représentative de la population de patients souffrant de schizophrénie. Cette étude mettrait donc en évidence les représentations de la population générale.

*e. Souffrance psychique et physique*

La souffrance psychique est bien représentée dans ces films, bien que non énoncée explicitement mais via des biais. Le délire du patient peut induire une certaine souffrance psychique. Le délire de l'implant, par exemple, est une thématique souvent retrouvée dans la schizophrénie sur une note persécutrice. On la retrouve dans « *Un Homme d'exception* » (2001) et « *Clean, Shaven* » (1994).

Il est fort probable également que du fait de la dissociation idéo-affective, notamment de l'ambivalence affective, le spectateur n'envisage pas que derrière cette apparente froideur, le patient puisse ressentir une souffrance psychique.

Son importante représentation dans les films et son absence de notification dans les études des représentations de la population générale, nous font envisager un biais dans le recueil de ce critère. Est ce notre expérience de psychiatre qui nous amène à évaluer une souffrance psychique quand le patient délire, ou derrière un froideur affective?

La souffrance physique est représentée dans la moitié des films. Le peu de représentation de la souffrance physique rejoint l'observation de Schulze et Angermeyer (2003) qui mettent en exergue, parmi les représentations des patients et des psychiatres, un comportement inapproprié des médecins non psychiatres, qui interpréteraient en premier lieu les souffrances des patients comme des souffrances imaginaires [17]. On retrouve aussi, la représentation des patients vus comme des créatures inhumaines incapables d'émotions ou de ressentis humains (comme Mickael Myers dans « *Halloween II* ») [1]. Dans les films étudiés, nous pouvons citer « *Haute Tension* » (2003) ou « *Shining* » (1980), où malgré de nombreuses blessures infligés par les héros, le personnage souffrant de troubles psychiques continue à les poursuivre ignorant ses propres blessures, comme si la détérioration psychique est telle que le patient ne ressent plus aucune douleur physique.

2. Les représentations de l'auto et l'hétéro agressivité, et de la violence subie et agie

Le patient est représenté comme dangereux dans 90 % des films, ce qui est concordant avec diverses études liant dangerosité et violence à la maladie mentale [12 ; 13 ; 17 ; 23 ; 24].

### a. La violence subie

On observe de la violence de la part de l'institution dans un tiers des films (même proportion pour les films représentant la schizophrénie), et dans deux tiers des films représentant l'institution. L'inadéquation de l'institution entre les hospitalisations sous contrainte, donc la loi, et le manque de moyen en santé mentale empêchant l'amélioration des prises en charge [17], sont bien représentés dans les films de notre étude. Notamment dans « *Vol au dessus d'un nid de coucou* » (1975), « *La fosse aux serpents* » (1948) et « *Shutter Island* » (2010), où l'on observe une privation de liberté lors de l'hospitalisation, dans des locaux sans intimité, voire même insalubre.

On observe bien dans ces films, une violence importante de la part des psychiatres et du personnel paramédical, en corrélation avec les « pratiques instituantes » [9], une attitude dirigiste évoquée par les soignants [17] et l'absence de relation égalitaire [16].

On observe de la violence dans l'administration des traitements dans moins d'un quart des films, violence qui peut se manifester par une administration de force, sans explication ou sans consentement [20], comme notamment « *Vol au dessus d'un nid de coucou* » (1975) et « *Shutter Island* » (2010) où les traitements sont même punitifs. Les représentations cinématographiques se différencient encore une fois des représentations de la population générale. On peut se demander si ces violences ne sont pas acceptées par la population générale au nom d'une dangerosité du patient, justifiant des mesures coercitives.

Un film sur cinq représente les effets secondaires des traitements. Or les patients rapportent un sentiment de discrimination du fait des effets secondaires des traitements [17], dont certains peuvent être assez fréquents comme des symptômes extrapyramidaux et une sédation. Cette différence entre les représentations des patients et celle des films est-elle dû seulement à un défaut d'expertise médicale permettant à la population générale de comprendre l'origine iatrogénique du sentiment d'étrangeté émanant de certains patients ? Dans « *Un homme d'exception* » (2000), on observe parmi les symptômes de John Nash (interprété par Russell Crowe) après l'introduction du traitement neuroleptique une rigidité. Cette représentation est-elle grâce à la présence de John Nash comme expert lors du tournage ?

Dans les deux tiers des films, on observe de la violence de la part de la famille. Ce chiffre semble corrélé avec le ressenti des patients, des aidants et des professionnels de santé [17]. Il est cependant étonnant que la population générale malgré une représentation élevée au Cinéma, ne l'aborde pas. Dans « *David et Lisa* » (1962) il est représenté une mère intrusive et

dirigiste, dans la prise en charge de son fils, telle que Mademoiselle C. décrit sa mère dans l'ouvrage de Jacques Serfass [20]. Peut-on conclure que cette attitude dirigiste semble adaptée pour la population générale du fait de la représentation de « benêt » [11] du patient souffrant de troubles psychiques ou/et de la conviction de l'inexorabilité de ses troubles [13]? Cette réflexion s'accorde aussi à l'absence de représentation d'une violence de la part des soignants et psychiatres dans la population générale, réflexion à laquelle on peut ajouter un rôle inconscient donné aux soignants et psychiatres de « garde-fou » contre la violence et la dangerosité [12 ; 13 ; 17], justifiant la privation de liberté du patient et un traitement coercitif.

Des violences dans le quotidien sont observées dans les deux tiers des films. Cela rejoint les représentations des patients, des aidants et des professionnels de santé [17] ; mais surprend quant aux représentations de la population générale qui ne l'évoquent pas. Même si les proches ne sont pas violents physiquement, ils évoquent les attitudes d'éviction [17]. On a pu observé ces attitudes d'éviction dans les films de la liste, notamment dans « *Un homme d'exception* » (2001) où le meilleur ami de John Nash (interprété par Adam Goldberg) s'excuse de ne pas lui avoir rendu visite plus tôt après son hospitalisation, avec un palpable sentiment de gêne, nous laissant interpréter une attitude d'évitement de sa part.

On retrouve les « pratiques instituantes » [9] comme « les contraintes » et « le contrôle relationnel », dans 6 films de l'étude. L'exemple le plus probant est « *Angel Baby* » (1995), film dans lequel les soignants, le psychiatre et les proches se posent en juge, au lieu d'aider à une autonomisation. Un film se différencie par son ouverture d'esprit, « *Le soliste* » (2009). En effet dans ce film, un journaliste vient en aide à une personne sans abri souffrant de schizophrénie. Au départ, il essaye d'imposer ses règles et sa vision de la « normalité » par la mise en place d'un traitement, d'un suivi et d'un mode de vie socio-professionnel, jusqu'à sa rencontre avec un professionnel de santé qui lui explique l'intérêt d'une alliance thérapeutique, de laisser le patient faire ses choix, s'autonomiser sans être dépendant des autres et selon ses proches désirs.

#### b. Violence agie

Dans le quotidien, le personnage principal est violent dans 4 films sur 5. Il est violent dans la totalité des films représentant le TDI [31]. Le personnage principal est violent dans le quotidien dans 10 films sur les 14 représentants la schizophrénie. Dans les films où le patient n'est pas violent ou agressif, comme « *Shine* » (1995) ou « *Benny and Joon* » (1993), le patient est représenté comme le gentil « benêt », ce qui rejoint les résultats de l'étude de Roe-

landt et ses collaborateurs [11], dans laquelle les représentations du patient sont soit d'un être agressif et dangereux (« *Clean Shaven* » 1994), soit « l'idiote du village » (« *Shine* » 1995) ou soit une personne échappant aux normes (« *Le soliste* » 2009)

Le personnage principal est hétéroagressif dans près de 9 films sur 10, hétéroagressivité allant jusqu'à l'homicide dans la moitié des films. Owen et ses collaborateurs (2010) observent dans leur analyse de films une hétéroagressivité dans 83% de leurs films et 31% d'homicide [33].

Dans la quasi totalité des films mettant en scène le TDI il y a un homicide. Alors qu'il y a un homicide dans moins d'un tiers des films mettant en scène la schizophrénie. Comme Wedding et Niemiec le pointent, il est assez récurrent d'observer une détérioration de l'état psychique jusqu'à un passage à l'acte fréquent [31]. Nous l'avons observé dans près de la moitié des films (notamment « *Lilith* » (1964), « *Répulsion* » (1966), « *Black Swan* » (2010) et « *Spider* » (2002)).

Les patients souffrant de schizophrénie sont trois fois plus violents que la population générale, cependant ils sont victimes de crime violent 12 fois plus que la population générale [42]. Or dans les films il est représenté en majorité une hétéroagressivité du patient, qu'une hétéroagressivité des autres sur le patient.

Les patients sont auto-agressifs dans un tiers des films et on observe un geste suicidaire dans moins de la moitié de ses films (versus 69% et 24% [33]). Plus de la moitié des films représentant la schizophrénie montre une autoagressivité du patient, mais seulement 3 de ces films mettent en scène un suicide ou une tentative. Ces représentations ne sont pas représentatives d'une réalité clinique où un patient sur deux fait une tentative de suicide et 10 à 15% meurent de suicide [42].

Les différences observées avec l'étude d'Owen et ses collaborateurs [33] peuvent s'expliquer par leur différence de méthode d'inclusion. Ils ont choisi des films, sortis sur une période de 20 ans, et appartenant à un éventail plus large de mots clefs tels que, par exemple : « schizophrénie », « folie », « psychose », « problèmes psychiatriques », « problèmes mentaux ». Nous estimons que cette méthode rend la liste des films étudiés dans leur étude, moins spécifique des films représentant la schizophrénie pour la population générale dans notre étude.

### 3. Traitements et étiologies

La psychothérapie individuelle est le traitement le plus souvent représenté, on l'observe dans un tiers des films (11/30), parfois de manière exacte, parfois absurde [2 ; 31]. Elle est le traitement principal dans 4 films. Dans un quart des films, le traitement principal est médicamenteux.

Hylér décrit que les traitements représentés diffèrent juste par leur efficacité [28]. Notre étude montre bien qu'elle n'est pas représentative d'une réalité clinique où la psychothérapie individuelle et le traitement médicamenteux font partie intégrante de la prise en charge de la schizophrénie. L'absence de restriction chronologique dans notre inclusion des films ne peut pas expliquer la variabilité des traitements comme la cure de Sakel et la lobotomie, qui sont des traitements désuets. En effet, la lobotomie est représentée dans « *Shutter Island* » (2010), film récent, bien que non comptée dans notre étude car n'étant pas le traitement principal, et elle n'est pas représentée dans les plus vieux films. Le premier film, par ordre chronologique, dans lequel la lobotomie est évoquée est « *Vol au dessus d'un nid de coucou* » (1975).

On observe bien une diversité des traitements représentés au Cinéma [28]. L'hypnose est aussi fréquemment représentée (« *Dédales* » 2002, « *Donnie Darko* » 2001), sa représentation n'est généralement pas précise ou réaliste. Dans « *Donnie Darko* », l'hypnothérapeute est montré comme un incompetent, par son inefficacité, le personnage homonyme finit par se masturber pendant la transe.

On observe une inexorabilité des troubles pour 4 films sur 5 (versus la moitié Crisp et al. 2000 [13]), résultats en discordance avec la réalité clinique où l'on rapporte que 20 à 30 % des patients sont non répondeurs au traitement [4].

En majorité, les films de notre étude représentent une absence de guérison possible [13 ; 24]. Or une rémission durable est observable après des années dans un tiers des cas [4]. On peut estimer que le manque de recul montré dans les films est la raison de cette faible représentation.

La principale cause retrouvée est traumatique, ces résultats sont concordants avec notre bibliographie [28 ; 30]. 30% des films mettent en évidence des parents schizophrénogéniques [28]. Hormis un stress aigu ou chronique pendant l'enfance, aucun des facteurs de vulnérabilité de la schizophrénie [39] n'est représenté au Cinéma. On peut se poser la question de l'absence d'intrication du cannabis dans le déclenchement de la maladie dans les représenta-

tions au Cinéma.

Dans une dernière partie nous allons présenter des pistes d'utilisation du Cinéma qui pourraient contribuer à changer les représentations de la schizophrénie, en nous basant sur les films visionnés pour notre étude.

## **E. Utilisation du Cinéma dans l'enseignement**

### **1. Bibliographie**

Berg-Cross et al. (1990) ont été pionniers de la cinémathérapie. Dans leur article, ils reviennent sur l'histoire de la thérapie par la fiction en partant de la Littérature utilisée dès le XIXème siècle dans les hôpitaux psychiatriques. Ils justifient la cinémathérapie en déclarant que déjà à cette époque, la proportion de lecteurs réguliers était en baisse et que le visionnage de films via VHS était devenu un passe-temps national, assurant une grande complaisance. Ils voient le Cinéma comme un médium culturel permettant de partager des valeurs, à l'influence sociale importante. Au travers de différentes vignettes cliniques, ils montrent l'intérêt que peut présenter la cinémathérapie. Notamment l'établissement d'un lien thérapeutique, par le sentiment d'être compris par son thérapeute, ou le soulagement de ne pas se savoir seul dans sa situation, mais également par une amélioration de l'insight, de la compréhension du patient de sa propre existence (autant de ses forces que de ses faiblesses) en cassant les résistances [56].

Wedding et Niemiec (2003) rapportent une utilisation des films en psychothérapie, mettant ainsi en évidence à partir d'un cas clinique, leur utilisation peut permettre une amélioration de la complaisance aux soins et du lien thérapeutique. Cette méthode a cependant une limite dans son utilisation car elle demande une grande connaissance cinématographique de la part du thérapeute [30].

Dans un article de l'Australasian Psychiatry, les auteurs (Friedman et al. 2014) expliquent que les films d'horreur pourraient être utilisés dans l'enseignement de la médecine. En effet ils divisent les films d'horreur en plusieurs sous catégories: les films de zombie qui pourraient s'expliquer par une lésion cérébrale de la partie médiale et ventrale de l'hypothalamus, les films de possession démoniaque où plusieurs hypothèses diagnostiques peuvent être mise en avant (épisode psychotique, épisode maniaque, syndrome du Gilles de la Tourette...), les "slashers" ( Sous-genre de film d'horreur, où un tueur psychopathe élimine un à un les personnages) pour lesquels les auteurs établissent qu'ils sont prometteurs pour enseigner sur la

dissociation, le syndrome d'alcoolisation fœtale et la psychopathie. A la fin de l'article, ils ouvrent la discussion en révoquant une potentielle utilisation thérapeutique de ses films parallèlement à une ouverture sur un potentiel pouvoir de stigmatisation et de peur [57].

Plusieurs auteurs (Robinson [58], et Wedding et Niemiec [31]) ont écrit des ouvrages destinés à l'enseignement de la psychopathologie en prenant comme référence des films.

Ces différentes études ouvrent des perspectives de réflexion. En effet ne pourrait-on pas utiliser le Cinéma afin d'éduquer la population générale, mais aussi dans un premier temps les patients sur leur pathologie, sur les représentations qui en existent et leurs permettre de s'en prémunir ? Ne pourrait-on pas se servir de ce médium pour éduquer les aidants sur la maladie et sur la souffrance des patients ? Ne pourrait-il pas aussi servir pour la formation du personnel soignant et médical pour lequel la psychiatrie n'est pas leur spécialité ?

Nous vous proposons donc dans le reste de ce chapitre une proposition pour certains symptômes en lien avec la schizophrénie, de films aux représentations les plus réalistes, à partir des 30 films étudiés.

## 2. Symptomatologie de la schizophrénie

### a. *Présentation*

On retiendra le film « *Spider* » (2002), pour la présentation du personnage principal qui est vêtu de vêtements baroques, il porte 5 chemises superposées avec deux ceintures par exemple. On soupçonne une incurie du fait de la saleté de ses vêtements, des cheveux gras et des doigts jaunis par le tabac. Sa démarche est étrange, hésitante. Elle laisse soupçonner une activité délirante avec des éléments de persécution.

### b. *Bizarrerie comportementale*

Robinson (2003) observe la richesse de « *La fosse aux serpents* » (1948) concernant les bizarreries comportementales [58]. En effet quand le personnage principal se retrouve dans l'unité 12, unité s'occupant des personnes souffrant de maladies mentales graves, on observe parmi les autres patientes, une plus grande richesse sémiologique, certaines ayant un maniérisme outrancier, certaines étant catatoniques, la plupart faisant des actes ne pouvant être rattachés à un quelconque sens... C'est d'ailleurs lors de son transfert que le personnage principal, Virginia fait cette métaphore où elle compare l'unité à un trou dans lequel s'agite des animaux, comme des serpents, une fosse aux serpents.

### c. *Activités hallucinatoires*

Robinson évoque la scène d'introduction de « *La fosse aux serpents* » (1948), pour illustrer les hallucinations, scène où le personnage principal entend son psychiatre lui parler via des hallucinations acoustiques, et a une conversation avec lui [58]. Nous avons pu cependant observer dans notre liste de films de meilleures représentations des hallucinations, notamment dans « *Clean Shaven* » (1994), où l'on entend au long du film, ce qui va s'avérer être des hallucinations intrapsychiques (le personnage l'explique en fin de film), elles consistent en une superposition de voix, de sexe, d'ethnie, d'âges différents qui tiennent un discours globalement dépréciatif et persécutif, pouvant commenter les gestes du personnage principal et lui en proposer certains.

Le mécanisme le moins bien représenté au Cinéma est l'interprétatif, difficile à cerner à l'écran, il est souvent mal-interprété par le spectateur comme une hallucination visuelle.

On observe un état confuso-onirique dans « *Pink Floyd : The Wall* » (1982).

#### *d. Symptômes négatifs et désorganisation*

Pour le langage dissocié, Robinson souligne à juste titre « *Shine* » (1996) [58]. En effet dans ce film, le personnage principal dès son monologue d'entrée présente des symptômes de la sphère de la dissociation du registre intellectuel, magnifiquement interprété par Geoffrey Rush. Nous avons donc pu observer des verbigérations, avec des incohérences, certains propos murmurés, des bruits parasites et de barrages. C'est également un exemple parfait d'un trouble des associations.

« *Shine* » se différencie des autres films par l'absence de représentation de la symptomatologie délirante. En effet la première partie du film nous montre l'enfance du personnage principal et son entrée progressive dans la maladie mentale, notamment l'apparition d'une désorganisation, ses difficultés sociales via un retrait et un rejet de ses pairs. Quand la tension psychique atteint son paroxysme, parallèlement à son génie, le personnage principal fait un malaise. La scène suivante est plusieurs années après, il est dans une institution, ne joue plus de piano. Commence alors la seconde partie du film, montrant une personne stabilisée sur le plan de la symptomatologie positive, mais une symptomatologie négative au premier plan. On y voit d'ailleurs un magnifique exemple de la littéralité des patients souffrants de schizophrénie. Quand une femme l'accompagne en voiture à son nouveau domicile, elle lui explique qu'elle n'accepte pas qu'il fume dans sa voiture, il se met donc à courir à côté de sa voiture pour continuer à fumer. Du fait de sa jovialité, et de sa désinhibition au niveau social, Robinson évoquera le diagnostic de trouble schizo-affectif [58]. Cependant, les troubles schizo-affectifs sont séparés de la schizophrénie, Eugen Bleuler (1924) signalait « jusqu'à quel point

maniaco-dépressive et jusqu'à quel point schizophrénie? » [40]. Au niveau de la symptomatologie, il est décrit des épisodes maniaques où sont prédominants une agitation associée à des idées délirantes, sans la franche euphorie caractérisant les états maniaques, mais plutôt une humeur instable, morose [40]. Il n'est pas évoqué d'hypomanie, mais il est décrit des épisodes dépressifs également atypiques, avec des idées délirantes de ruine ou de châtement, et également des épisodes mixtes fréquents [40]. Nous n'avons ainsi aucun argument pour conclure à un trouble schizo-affectif dans ce film.

#### *e. Entrée insidieuse dans la schizophrénie*

Robinson évoque « *Donnie Darko* » (2001) pour illustrer le somnambulisme [58]. Il part de l'observation des réveils nocturnes du personnage principal, chaque jour à la même heure (minuit précise), réveil qui de manière congruente au somnambulisme arrive au premier tiers de la nuit. C'est cependant sans prendre en compte les symptômes en faveur d'une entrée insidieuse en schizophrénie. Dans ce film, nous retrouvons des éléments en faveur de la pré-schizophrénie (notamment la schizoïdie évolutive) décrite par Henri Ey [36]. En effet, le personnage principal présente un fléchissement des activités (fléchissement des notes scolaires), une modification de l'affectivité (allant jusqu'à la dissociation idéo-affective) avec une hostilité importante contre sa famille, un intérêt subit pour des sciences occultes de voyage dans l'espace temps. Ce sont d'ailleurs ses parents, qui face à ses modifications du caractère, l'emmènent consulter un psychiatre. Par la suite, on observe une installation progressive du délire, au départ un écho de la pensée, puis une activité hallucinatoire : hallucinations visuelles, acoustico-verbales et probablement cénesthésiques.

#### 3. Dépression post-schizophrénique

Wedding et Niemiec saluent la capacité du film « *Un homme d'exception* » (2001) à montrer les difficultés du patient à prendre un traitement plusieurs fois par jour et à en subir les effets secondaires [31]. Le patient fait d'ailleurs une rechute, ce qui est assez commun chez les personnes souffrant de cette maladie. On voit ainsi parfaitement dans ce film, l'impact des traitements sur sa capacité à se concentrer, à s'occuper normalement de son fils (image saisissante de John Nash portant son fils pleurant, sans aucune réaction émotionnelle, mais là se pose la question de l'importance des symptômes négatifs chez le patient) et à avoir des relations sexuelles avec son épouse.

Ce film montre également la stigmatisation de la schizophrénie. On observe bien le changement de comportement de ses proches amis suite à l'entrée dans la maladie, le malaise, la suspicion.

#### 4. Impact de la maladie mentale sur les proches

Robinson cite le film « *Benny and Joon* » (1993) comme excellent portrait de l'impact de la maladie mentale sur la famille, expliquant que le travail et la vie romantique de Benny sont altérés par sa sœur [58]. Il nous semble que « *Revolution #9* » (2001) est un bien meilleur portrait. En effet, on observe la petite amie démunie face à son ami entrant dans la schizophrénie, les difficultés à organiser une hospitalisation contre sa volonté, les psychiatres n'ayant pas d'argument pour une hospitalisation sous contrainte. Elle observe le délire se majorer chaque jour, avec une participation affective de plus en plus intense le poussant après des troubles du comportement à type d'hétéroagressivité, à une tentative de suicide. C'est aussi le seul film présentant la procédure légale pour hospitaliser contre sa volonté un patient, avec intervention du juge, et un interrogatoire du tiers devant le juge et le patient, faisant vivre une terrible épreuve à sa petite amie.

#### 5. Trouble dissociatif de l'identité

Robinson cite « *Peur Primale* » (1995) comme portrait de la simulation [58]. Comme nous l'avons pu l'observer, le personnage interprété par Edward Norton montre une représentation adéquate et cliniquement objective du trouble dissociatif de l'identité, jusqu'à la fin du film, où, après avoir évité la prison, il déclare à son avocat avoir simulé. On retrouve ainsi une crainte fréquente selon Wahl que la défense adopte comme stratégie de défense la folie [1]. Cependant selon Wahl, plaider la folie est généralement en accord avec l'accusation, et la personne qui est hospitalisée en psychiatrie, le sera sur une durée plus longue que si elle avait été incarcérée [1].

Le TDI est souvent mal représenté au Cinéma du fait d'un montage pour entretenir l'intrigue, où les différentes personnalités interagissent (« *Fight Club* » 1999, « *Identity* » 2002, « *Dédales* » 2002, « *Haute Tension* » 2003).

#### 6. L'institution et les professionnels de santé en psychiatrie

Les hôpitaux psychiatriques sont souvent représentés comme sombres, peu accueillants, bruyants (cris en fond sonore), les patients déambulent sans but dans les couloirs (Wedding et Niemiec [32]). Le spectateur reconnaît immédiatement le stéréotype dès qu'il lui est présenté et sait que la scène se situe dans un hôpital psychiatrique. « *Shutter Island* » (2010) montre un portrait classique de l'institution au Cinéma. Les patients les plus malades y sont traités de manière sordide, dans un extrême isolement, allongés dans leurs propres excréments.

Dans « *Vol au dessus d'un nid de coucou* », on montre une institution violant les droits de l'Homme, où le personnage central (interprété par Jack Nicholson) ne présente pas des troubles mentaux justifiant cette hospitalisation. Cependant, l'institution y est moins sombre que dans certaines représentations, les conditions de vie sont cependant vétustes, avec dortoir sans aucune intimité. Cette représentation véhiculée de l'institution, montre une institution maltraitante, contribuant à la pérennité des troubles.

Gabbard et Gabbard estiment que « *Vol au dessus d'un nid de coucou* » (1975) est le meilleur portrait de l'institution psychiatrique comme étant pire que la prison, on y montre également les traitements psychiatriques les plus sensationnels comme l'électroconvulsivothérapie [2]. « *La fosse aux serpents* » (1948) rentre aussi dans cette catégorie de film, bien que Gabbard et Gabbard estiment qu'il est un des rares films représentant l'institution, à montrer une guérison[2]. Alors que l'on peut observer cette guérison dans « *David et Lisa* » (1962), dans « *Dédales* » (2002) et qu'elle peut être soupçonnée lors de la scène finale de « *Shutter Island* » (2010). De plus on peut observer une stabilisation de la symptomatologie dans « *Benny & Joon* » (1993) et « *Angel baby* » (1995).

Les psychiatres sont représentés de bien des manières au travers de ces différents films. Gabbard and Gabbard soulignent la représentation du psychiatre incompetent comme dans « *Peur Primale* » (1995) ou du bon psychiatre comme dans « *David et Lisa* »(1962), ou encore comme le psychiatre ayant toutes les connaissances comme dans « *Psychose* » (1960), où le psychiatre brille par sa compréhension, tel un oracle de la psyché de Norman Bates au moyen d'un monologue en fin de film[2]. Dans « *Vol au dessus d'un nid de coucou* » (1975), le psychiatre est représenté comme un conspirateur avec la cadre infirmière, pour asservir les patients. « *La fosse aux serpents* » (1948) représente à la fois le bon et le mauvais psychiatre: le bon psychiatre qui suit la lignée de Freud avec empathie, le mauvais poussant la patiente dans ses retranchements par un interrogatoire brutal (avec cette scène emblématique où il l'assomme de questions avec son index levé en accusation, ce qui nous amène à sympathiser pour cette patiente lorsqu'elle lui mord le doigt) [2].

Gabbard and Gabbard explique que « *La fosse aux serpents* » (1948) est le premier film montrant un psychiatre empathique, qu'on retrouvera plus tard dans « *David et Lisa* » (1962) [2]. C'est d'ailleurs avec ce film que l'âge d'or des psychiatres dans les films atteint son point culminant (psychiatre bienveillant laissant le patient venir à lui dans une neutralité bienveillante). C'est ici qu'apparaît selon les auteurs, le mythe du parent schizophrénogénique, au Cinéma [28 ; 31].

## **Conclusion**

La maladie mentale est souvent stigmatisée du fait de l'étrangeté fréquemment relayée aux patients et de la peur d'une violence agie de leur part. Les patients souffrant de schizophrénie ressentent une discrimination importante dans différents aspects de leur quotidien, à la fois sur le plan professionnel et sur le plan social, amenant ainsi à de la discrimination anticipée. La discrimination subie par les patients est reconnue par les professionnels de santé et les aidants.

Notre bibliographie a mis en évidence que la population générale se représente trois profils de la maladie mentale : le violent dangereux, le marginal et l'idiot du village. Le patient est imprévisible et ses troubles sont inexorables. On trouve également un amalgame fréquent entre la schizophrénie et le trouble dissociatif de l'identité. Les médias transmettent ces mêmes représentations et les promulguent.

Dans notre étude, le Cinéma met en scène les représentations sociales notamment au niveau de la violence et de la dangerosité, de l'amalgame fréquent avec un trouble dissociatif de l'identité, de l'inexorabilité des troubles, du déni des troubles et du caractère hors norme par rapport à celles existantes actuellement dans notre société. Du fait de la prédominance de l'hétéro-agressivité sur l'auto-agressivité, de la faible prévalence des symptômes négatifs et de la désorganisation, de l'importance des hallucinations visuelles, les représentations cinématographiques sont éloignées de la réalité clinique mais elles en sont plus proches que les représentations de la population générale. Cependant, elles reprennent également, en second plan, les représentations des patients, des soignants et des aidants, comme notamment la souffrance psychique et physique et la violence subie. En effet, comme nous avons pu l'observer dans notre dernière partie, le Cinéma peut montrer des portraits très justes de la schizophrénie et des difficultés rencontrées par les patients, portraits qui seraient peut-être à valoriser à des fins éducationnelles des professionnels de santé. Le Cinéma pourrait être utilisé à des fins d'enseignement mais également en Cinémathérapie. Pouvons-nous envisager l'utilisation de ce média dans le travail de psychoéducation des patients et pour l'éducation de la population générale ?

## ANNEXE 1 :

Les critères diagnostiques de la schizophrénie tels qu'ils ont été retenus par l'American Psychiatric Association (APA) et formalisés dans la dernière édition du Manuel Diagnostique et Statistique des maladies mentales (Diagnostic and Statistical Manual) ou DSM-5 sont les suivants :

A-Deux (ou plus) des symptômes suivants ont été présents une partie significative du temps pendant une période d'un mois (ou moins si traités avec succès). Au moins l'un d'entre eux doit être (1), (2) ou (3) :

- 1) des idées délirantes ;
- 2) des hallucinations ;
- 3) un discours désorganisé (par exemple, fréquent déraillement ou incohérence) ;
- 4) un comportement excessivement désorganisé ou catatonique ;
- 5) des symptômes négatifs (c'est-à-dire, expression émotionnelle diminuée ou avolition).

B-Pour une partie significative du temps depuis le début de la perturbation, le niveau de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines importants, tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels, est nettement en dessous du niveau atteint avant le début (ou en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, il y a un échec à atteindre le niveau attendu dans le fonctionnement interpersonnel, scolaire ou occupationnel). (2)

C-Des signes continus de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit inclure au moins un mois de symptômes (ou moins si traités avec succès) qui remplissent le critère A (c'est-à-dire, les symptômes de la phase active) et peuvent inclure des périodes de symptômes prodromiques (avant-coureurs, précurseurs) ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester par des symptômes négatifs seulement ou par deux ou plus des symptômes énumérés dans le critère A présents dans une forme atténuée (par exemple, des croyances bizarres, des perceptions inhabituelles).(2)

D-Le trouble schizo-affectif et le trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques (idées délirantes, hallucinations ou trouble de la pensée formelle) ont été écartés

parce que soit 1) aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a eu lieu en même temps que les symptômes de la phase active, ou 2) si des épisodes de trouble de l'humeur ont eu lieu pendant les symptômes d'une phase active, ils ont été présents pour une minorité de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.

E-La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue d'abus, un médicament) ou à une autre condition médicale.

F-S'il y a des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble de la communication apparu dans l'enfance, le diagnostic supplémentaire de schizophrénie est posé uniquement si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées, en plus des autres symptômes requis de la schizophrénie, sont également présentes pendant au moins 1 mois (ou moins si traitées avec succès).

Dans l'entité nosographique « trouble dissociatif de l'identité », les signes d'une perturbation de l'identité, repris dans le critère A, sont davantage explicités. Ce critère souligne également que l'affection peut être décrite dans certaines cultures comme une expérience de possession. Un critère C précisant que la perturbation entraîne une souffrance ou une altération du fonctionnement de l'individu et un critère D stipulant qu'elle ne peut être assimilée à des pratiques culturelles et religieuses culturellement admises ont été adjoints.

## ANNEXE 2 :

Les critères diagnostiques de la schizophrénie selon la CIM-10 sont :

Symptômes caractéristiques : le diagnostic repose sur la présence d'au moins un critère parmi les 4 premiers ou sur la présence d'au moins deux critères parmi les 4 suivants, ou du critère 9 pendant plus de 12 mois :

*Écho de la pensée, pensées imposées ou vol de la pensée, divulgation de la pensée.*

*Idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, se rapportant clairement à des mouvements corporels ou à des pensées, actions ou sensations spécifiques, ou perception délirante.*

*Hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix commentent en permanence le comportement du patient, ou parlent de lui ou autres types d'hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix émanent d'une partie du corps.*

*Autres idées délirantes persistantes, culturellement inadéquates ou invraisemblables, concernant par exemple l'identité religieuse ou politique ou des pouvoirs surhumains (être capable de contrôler le temps, ou de communiquer avec des extraterrestres...).*

*Hallucinations persistantes de n'importe quel type, accompagnées soit d'idées délirantes fugaces ou à peine ébauchées, sans contenu affectif évident, soit d'idées surinvesties persistantes, ou hallucinations survenant quotidiennement pendant des semaines ou des mois d'affilée.*

*Interruptions ou altération par interpolations du cours de la pensée. Rendant le discours incohérent et hors de propos, ou néologismes.*

*Comportement catatonique : excitation, posture catatonique, flexibilité cireuse, négativisme, mutisme ou stupeur.*

*Symptômes "négatifs" : apathie importante, pauvreté du discours, émoussement affectif ou réponses affectives inadéquates (ces symptômes sont généralement responsables d'un retrait social et d'une altération des performances sociales). Il doit être clairement établi que ces symptômes ne sont pas dus à une dépression ou à un traitement neuroleptique.*

*Modification globale, persistante et significative de certains aspects du comportement, se manifestant par une perte d'intérêt, un comportement sans but, une inactivité, une attitude centrée sur soi-même, et un retrait social.*



Les critères d'exclusion sont :






*Symptômes dépressifs ou maniaques au premier plan, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles de l'humeur. Ou symptômes affectifs d'importance à peu près égale aux symptômes schizophréniques et se développant simultanément : trouble schizo-affectif*






*Atteinte cérébrale manifeste ou apparaissant au cours d'une épilepsie*

*Intoxication ou un sevrage à une substance psycho-active*






**ANNEXE 3:**

1	Un Homme d'Exception (2001)		De Ron Howard, avec Russell Crowe et Ed Harris
2	Donnie Darko (2001)		De Richard Kelly, avec Jake Gyllenhaal et Maggie Gyllenhaal
3	Bennie & Joon (1993)		De Jeremiah S. Chechik, avec Johnny Depp et Mary Stuart Masterson
4	Le Soliste (2009)		De Joe Wright, avec Jamie Foxx et Robert Downey Jr.
5	Angel Baby (1995)		De Michael Rymmer, avec John Lynch et Colin Fries

	6 Clean Shaven (1994)		De Lodge Kerrigan, avec Peter Greene et Megan Owen
	7 Fous d'Irène (2000)		De Peter et Bobby Farrelly, avec Jim Carrey et Renée Zellweger
	8 Spider (2002)		De David Cronenberg, avec Ralph Fiennes et Bradley Hall
	9 Julien Donkey-Boy (1999)		De Harmony Korine, avec Ewen Bremner et Werner Herzog
	10 Psychose (1960)		De Alfred Hitchcock, avec Anthony Perkins et Janet Leigh

11	Répulsion (1966)		De Roman Polanski, avec Catherine Deneuve et John Fraser
12	Fight Club (1999)		De David Fincher, avec Brad Pitt et Edward Norton
13	Black Swan (2010)		De Darren Aronofsky , avec Natalie Portman et Mila Kunis
14	Shining (1980)		De Stanley Kubrick, avec Jack Nicholson et Shelley Duvall
15	Vol au dessus d'un nid de coucou (1975)		De Milos Forman, avec Jack Nicholson et Michael Berryman

	16 Lilith (1964)		De Robert Rossen, avec Warren Beatty et Jean Seberg
	17 La fosse aux serpents (1948)		De Anatole Litvak, avec Olivia de Havilland et Céleste Holm
	18 Shutter Island (2010)		De Martin Scorsese, avec Leonardo DiCaprio et Mark Ruffalo
	19 Dédales (2002)		De René Manzor, avec Sylvie Testud et Lambert Wilson
	20 Haute Tension (2003)		De Alexandre Aja, avec Cecile de France et Maïwenn

21	Identity (2002)		De James Mangold, avec John Cusack et Ray Liotta
22	Lost Highway (1997)		De David Lynch, avec Bill Pullman et Patricia Arquette
23	Peur Primale (1995)		De Gregory Hoblit, avec Richard Gere et Edward Norton
24	Pink Floyd : The Wall (1982)		De Alan Parker, avec Bob Geldof et Christine Hargreaves
25	The Machinist (2004)		De Brad Anderson, avec Christian Bale et Jennifer Jason Leigh

26	There will be blood (2008)		De Paul Thomas Anderson, avec Daniel Day-Lewis et Paul Dano
27	David & Lisa (1962)		De Franck Perry, avec Keir Dullea et Janet Margolin
28	Shine (1996)		De Scott Hicks, avec Geoffrey Rush et Armin Mueller-Stahl
29	Revolution #9 (2001)		De Tim McCann, avec Michael Risley et Adrienne Shelly
30	Take Shelter (2011)		De Jeff Nichols, avec Michael Shannon et Jessica Chastain

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1- Wahl O., Media madness: Public images of mental illness. New Brunswick, Rutgers University Press, 1997 ; p.1-56.
- 2- Gabbard G., Gabbard K., Psychiatry and the Cinema. Washington, American Psychiatric Press 2 ème édition, 1999 ; p.3-189.
- 3- Van Amerongen A.P. Schizophrénie et société. In : Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Elsevier Masson, 2011 ; 168-170.
- 4- Krebs M.O. Inserm [en ligne] Inserm [Mai 2014]. Disponible sur <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrénie> .
- 5- Giordana J.Y. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Issy-Les-Moulineaux, Elsevier, 2010 ; p. 11–47.
- 6- Benoist J. Logiques de la stigmatisation, éthique de la destigmatisation. L'information psychiatrique, 2007 ; vol. 83, no 8, 649-654.
- 7- Link B. G., Phelan J. C. Stigma and its public health implications. The Lancet, 2006 ; vol. 367, no 9509, 528-529.
- 8- Moscovici S., Doise W. Psychologie sociale. Paris, PUF, Le psychologue, 1989.
- 9- Doise W. Palmonari A., Jodelet D. L'étude des représentations sociales, Neuchatel, Delachaux et Niestlé 1986 ; p.171-192.
- 10- Daumerie N., Bacle S. V., Giordana J. Y., Mannone C. B., Caria A., Roelandt J. L. La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. L'Encéphale, 2012 ; 38(3), 224-231.
- 11- Roelandt J. L., Caria A., Defromont L., Vandeborre A., Daumerie N. Représentations sociales du «fou», du «malade mental» et du «dépressif» en population générale en France. L'encéphale, 2010 ; 36(3), 7-13.
- 12- Castillo M. C., Lannoy V., Seznec J. C., Januel D., Petitjean F. Étude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. L'Evolution psychiatrique, 2008 ; 73(4), 615-628.
- 13- Crisp A. H., Gelder M. G., Rix S., Meltzer H. I., Rowlands O. J. Stigmatisation of people with mental illnesses. The British Journal of Psychiatry, 2000 ;177(1), 4-7.
- 14- Villani M., Kovess-Masféty V. Qu'en est-il de l'annonce du diagnostic de schizophrénie aujourd'hui en France? L'Encéphale, 2016.
- 15- Georgieff N., Speranza M., Younès N., Hardy-Baylé M.C. Psychopathologie de

- l'intersubjectivité. Issy-Les-Moulineaux, Elsevier Health Sciences, 2013 ; p.117-133.
- 16- Viard D., Netillard C., Cheraitia E., Barthod V., Choffel J. M., Tartary D., et al. Education thérapeutique en psychiatrie: Représentations des soignants, des patients et des familles. *L'Encéphale*, 2016 ; 42(1), 4-13.
- 17- Schulze B., Angermeyer M. C. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social science & medicine*, 2003 ; 56(2), 299-312.
- 18- Haute Autorité de Santé (2011). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: suivi médical des aidants naturels*. Saint-Denis-la-Plaine: Service des bonnes pratiques professionnelles, HAS. Récupéré en juin, 2010-04.
- 19- Santé Mentale [en ligne] Île de France [publié le 13 Mars 2013] Disponible sur <http://www.santementale.fr/actualites/profamille-ile-de-france.html>
- 20- Serfass J. *Je suis Mademoiselle C., schizophrène*. Rennes, Presses de l'EHESP, 2016.
- 21- Castro D., Constantin-Kuntz M., Pons E., Artaud B., Tran J., & Zoute C. Perception de la maladie et processus d'observance thérapeutique. Le point de vue de 11 patients porteurs de schizophrénie paranoïde. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Elsevier Masson, 2013 ; 720-724.
- 22- Riou F. Barbin E., Le Nen D. *Sciences et Arts, représentations du corps et matériaux de l'art*. Vuibert, Ellipses, 2009 ; p.155-172
- 23- Philo G., Secker J., Platt S., Henderson L., McLaughlin G., Burnside J. The impact of the mass media on public images of mental illness: media content and audience belief. *Health Education Journal*, 1994 ; 53(3), 271-281.
- 24- PromesseS « L'image de la schizophrénie à travers son traitement médiatique »[en ligne] L'ObSoCo, disponible sur <http://www.lobsoco.com/wp-content/uploads/2016/02/Rapport-Etude-de-lObSoCo-sur-le-traitement-m%C3%A9diatique-de-la-schizophr%C3%A9nie.pdf>
- 25- Angermeyer M. C., Dietrich S., Pott D., Matschinger H. Media consumption and desire for social distance towards people with schizophrenia. *European Psychiatry* (2005) ; 20(3), 246-250.
- 26- Gerlach A. Le contre-transfert de l'analyste dans la série télévisée *In treatment*. *Topique*, 2015 ; (2), 7-15.
- 27- Cape G. S. Addiction, stigma and movies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003 ; 107(3), 163-169.
- 28- Hyler S.E *DSM-III at the Cinema : Madness in the Movies*. *Comprehensive Psychia-*

- try, 1988 ; Vol. 29, No. 2, p 195-206
- 29- Hyler, Steven E., Glen O. Gabbard, and Irving Schneider. "Homicidal Maniacs and Narcissistic Parasites: Stigmatization of Mentally Ill Persons in the Movies." *Psychiatric Services*, 1991 ; 42.10 ,1044-1048.
- 30- Wedding D., Niemiec R. M. The clinical use of films in psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 2003 ; 59(2), 207-215.
- 31- Wedding D., Niemiec R. *Movies and mental illness: using films to understand psychopathology*. Boston, Hogrefe, 4<sup>ème</sup> édition, 2014.
- 32- Torreblanca M., Zallo E., Euba O. P02-563-Electroconvulsive therapy and cinema. From "the snake pit" to "requiem for a dream". *European Psychiatry*, 2011 ; 26, 1159.
- 33- Owen P. R. Portrayals of schizophrenia by entertainment media: A content analysis of contemporary movies. *Psychiatric Services*, 2012 ; Vol. 63 No.7
- 34- Lazignac C., Cicotti A., Bortoli A. L., Kelley-Puskas M., Damsa C. états dissociatifs vers une clinique des troubles dissociatifs. In : *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson, 2005 ; p. 889-895.
- 35- Byrne P. Schizophrenia in the cinema. *The Psychiatrist*, 2000 ; 24.10. 364-365.
- 36- Ey H., Bernard D. P., Brisset C. *Manuel de psychiatrie: 6e édition revue et complétée*. Issy-Les-Moulineaux, Masson et Cie, 2010 ; p. 1288-1511
- 37- Bailly D. *L'enfant schizophrène-L'enfance du schizophrène*. Elsevier Masson, 2012.
- 38- Danel T., Amariei A., Pastureau D., Danel S., Plancke L. La santé physique des personnes souffrant de schizophrénie: implication du dispositif de soins psychiatriques. *L'information psychiatrique*, 2011 ; 87(3), 215-222.
- 39- Gourion D. *La fragilité psychique des jeunes adultes 15-30 ans : prévenir, aider et accompagner*. Paris. Odile Jacob 2015 ; p.37-49.
- 40- Kapsambelis V., Kecskeméti S. *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. Paris. PUF, 2012 ; p. 459-473
- 41- Cathébras P. *Troubles fonctionnels et somatisation: Comment aborder les symptômes médicalement inexplicables*. Issy-Les-Moulineaux, Masson, 2006 ; p.21-67.
- 42- Haute Autorité de Santé. (2011). *Dangerosité psychiatrique: étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*. Audition Publique, Recommandations de la Commission d'audition, Paris.
- 43- Senon J. L. *L'expertise psychiatrique pénale: audition publique de la Fédération Française de Psychiatrie selon la méthode de la Haute Autorité de Santé*. In *Annales Médi-*

- co-psychologiques, revue psychiatrique, 2007 ; Vol. 165, No. 8, 599-607.
- 44- Senon J. L., Manzanera C., Humeau M., Gotzamanis L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires? *L'information psychiatrique*, 2006 ; 82(8), 645-652.
- 45- Richard-Devantoy S., Chocard A. S., Bourdel M. C., Gohier B., Duflot J. P., Lhuillier J. P. et al. Homicide et maladie mentale grave: quelles sont les différences sociodémographiques, cliniques et criminologiques entre des meurtriers malades mentaux graves et ceux indemnes de troubles psychiatriques? *L'Encéphale*, 2009 ; 35(4), 304-314.
- 46- Richard-Devantoy S., Bouyer-Richard A. I., Jollant F., Mondoloni A., Voyer M., Senon J. L. Homicide, schizophrénie et abus de substances : des liaisons dangereuses ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2013 ; vol. 61, no 4, 339–350.
- 47- Nielsse O., Bourget D., Laajasalo T., Liem M., Labelle A., Häkkänen-Nyholm H. et al. Homicide of strangers by people with a psychotic illness. *Schizophrenia bulletin*, 2009 ; sbp112.
- 48- Vandamme M.J. Schizophrénie et violence : comorbidités et typologies. *Annales Médico-Psychologiques*, 2009 ; 167, 709–715.
- 49- Lovell A.M., Cook J., Velpry L. La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2008 ; 56, 197–207.
- 50- Internet world stats [en ligne] publié en novembre 2015 [consulté le 20 septembre 2016], disponible sur <http://www.internetworldstats.com/>
- 51- Renahy E., Parizot I., Chauvin P. Internet et santé: les enseignements de l'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, France, 2005. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2008 ; 56(2), 117-125.
- 52- Purcell K., Brenner J. et Rainie L. PewResearchCenter [en ligne] publié le 9 mars 2012 [consulté le 20 septembre 2016] disponible sur [http://www.pewinternet.org/files/old-media/Files/Reports/2012/PIP\\_Search\\_Engine\\_Use\\_2012.pdf](http://www.pewinternet.org/files/old-media/Files/Reports/2012/PIP_Search_Engine_Use_2012.pdf)
- 53- Fox S. PewResearchCenter [en ligne] publié le 29 octobre 2006 [consulté le 20 septembre 2016] disponible sur [http://www.pewinternet.org/files/old-media/Files/Reports/2006/PIP\\_Online\\_Health\\_2006.pdf](http://www.pewinternet.org/files/old-media/Files/Reports/2006/PIP_Online_Health_2006.pdf)
- 54- Orgaz-Molina J., Cotugno M., Girón-Prieto M. S., Arrabal-Polo M. A., Ruiz-Carrascosa J. C., Buendía-Eisman A. et al. A study of internet searches for medical in-

formation in dermatology patients: The patient–physician relationship. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 2015 ; 106(6), 493-499.

55- Kohut A., Wike R., Horowitz J., Simmons K., Poushter J., Barker C. et al. PewResearchCenter [en ligne] publié le 12 décembre 2012 [consulté le 20 septembre 2016] disponible sur <http://www.pewglobal.org/files/2012/12/Pew-Global-Attitudes-Project-Technology-Report-FINAL-December-12-2012.pdf>

56- Berg-Cross L., Jennings P., Baruch R. Cinematherapy: Theory and application. *Psychotherapy in private practice*, 1990 ; 8(1), 135-156.

57- Friedman S. H., Forcen F. E., & Shand J. P. Horror films and psychiatry. *Australasian Psychiatry*, 2014 ; 22(5), 447-449.

58- Robinson D. *Reel psychiatry: Movie portrayals of psychiatric conditions*. Port Huron, Rapid Psychler Press. 2003.

## Du cinéma à l'hôpital : étude des représentations de la schizophrénie

### Résumé

**Mots-clefs :** Schizophrénie-Représentation-Stigmatisation-Cinéma-

**Introduction-** Les patients souffrant de schizophrénie ressentent une importante stigmatisation dans leur quotidien, du fait de leur pathologie. Le mécanisme de stigmatisation est complexe, mais plusieurs populations (patients, aidants et professionnels de santé) se sont accordées à imputer une influence importante des médias. Le format audiovisuel ayant plus d'impact, nous avons choisi de nous intéresser aux représentations véhiculées par le Cinéma.

**Méthode-** Nous avons sélectionné par une recherche internet puis analysé trente films représentant la schizophrénie pour la population générale.

**Résultats-** Dans 80% des films, le patient agit violemment, il subit des violences dans 60% des films. Un quart des films représente le dédoublement de la personnalité. Le patient est imprévisible dans 90% des cas, ses troubles sont inexorables dans 80%. Le patient ressent de la souffrance psychique (90%) et physique (50%). Les symptômes positifs sont majoritairement présentés.

**Discussion-** On retrouve dans le Cinéma, les représentations de la population générale mais également celles des patients, des aidants et des professionnels de santé qui restent cependant en second plan derrière une violence agie importante.

**Conclusion-** Le Cinéma étant un média audiovisuel populaire, envisager son utilisation à des fins éducationnelles et thérapeutiques pourrait être intéressant. En effet malgré des représentations souvent violentes, il existe dans les films certains portraits proches de la clinique observée de la schizophrénie et des difficultés rencontrées par les patients.

### Abstract

**Key-words :** Schizophrenia-Representation-Social stigma-Cinema

**Introduction.** Patients suffering from schizophrenia experience significant social stigma in their daily lives. Mechanisms of stigma are complex but interviewed patients, caregivers and health professionals have granted a major influence of the media in this social phenomenon. We focused our analysis on the representations arising from movies because of a greatest impact of the audio-visual medium.

**Methods.** We have screened by an internet research, and analyzed thirty movies depicting schizophrenia-

**Results.** In 80% of the movies, the patient acts fiercely. He suffers some violence into 60% of the movies. One quarter of the movies represents a dissociative identity disorder. The patient acts unpredictably in 90% of the movies. The disorders are inexorable in 80% cases. The patient feels mental suffering (90%) and physical pain (50%). The positive symptoms of the disorder are mostly depicted.

**Discussion.** In the movies, the depictions of general population are presents but also, by the wayside, those of patients, caregivers and health professionals underneath a significant acted violence.

**Conclusions.** Using the Cinema as an educational media might be an interesting perspective considering its potential therapeutic effects. Indeed, beside violent representations, there some depictions in movies are close to clinic reality of schizophrenia and to the difficulties met by the patients.