



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2018

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Représentations de la psychiatrie dans la culture populaire et  
stigmatisation : l'exemple de *Arkham Asylum***

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 4 Octobre 2018 à 16h

Au Pôle Recherche

**Par Jérémie VANNESTE**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Madame le Docteur Marion HENDRICKX**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur Marion HENDRICKX**

---

## **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.



## Table des matières

Introduction.....	4
Partie I : La stigmatisation des troubles mentaux : concept, conséquences, moyens de lutte.....	5
1. Le concept de stigmatisation.....	5
Un modèle cognitivo-social de la stigmatisation publique.....	6
Un modèle cognitivo-social de l'auto-stigmatisation.....	7
2. Les stéréotypes dans la population générale et leurs conséquences en termes de stigmatisation.....	8
Concernant les troubles mentaux.....	8
Concernant les psychiatres.....	14
Concernant l'électro-convulsivo-thérapie.....	16
3. Moyens de lutte contre la stigmatisation.....	17
La protestation.....	17
L'éducation.....	18
Le contact.....	19
Partie II : Représentations de la psychiatrie dans les médias de divertissement.....	20
1. Étendue de ces représentations.....	20
2. Nature de ces représentations.....	22
Concernant les personnes atteintes de troubles mentaux.....	22
Concernant les professionnels de santé mentale.....	25
Concernant les soins psychiatriques.....	28

3. Impacts de ces représentations.....	30
Impact négatif sur la stigmatisation des troubles mentaux.....	30
Impact négatif sur la recherche d'aide.....	33
Utilisation de ces représentations pour la formation des futurs professionnels de santé mentale.....	33
Utilisation des médias de divertissement dans les processus de psychothérapies. .	34
Partie III : Représentations de la psychiatrie dans <i>Arkham Asylum : a serious house on serious earth</i> .....	35
1. Présentation des personnages du comic book.....	37
Batman, le chevalier noir.....	37
Le Joker, clown prince du crime.....	37
Amadeus Arkham, fondateur de l'asile d'Arkham.....	38
Les autres personnages clés.....	38
2. Représentations de l'institution psychiatrique : l'asile Arkham pour les criminels dangereux de Gotham City et l'hôpital psychiatrique de Metropolis.....	40
3. Représentations des professionnels de santé mentale.....	42
Dr Amadeus Arkham, du Dr Wonderful au Dr Evil.....	42
Dr Ruth Adams, une Dr Wonderful en pleine confusion des rôles.....	46
Dr Charles Cavendish, un Dr Evil stigmatisant.....	47
4. Représentations des soins psychiatriques.....	49
Représentations de l'ECT.....	50
Représentations de la psychothérapie.....	52
5. Représentation des personnages atteints de troubles mentaux.....	53

Un des premiers patients d'Arkham : Martin « le chien fou » Hawkins.....	53
Harvey Dent, Double-Face.....	55
La galerie des spécimens de zoo.....	57
Le Joker, un membre éclairé de la société ?.....	61
Batman.....	63
Conclusion.....	68
Bibliographie.....	70

## Introduction

« J'ai peur que le Joker ait raison à mon sujet. Parfois je... remets en question la rationalité de mes actes. Et quand je passerai les portes de l'asile... ...Quand j'entrerai dans Arkham, et que les portes se refermeront derrière moi... ...J'ai peur de m'y sentir... chez moi ».

Ce sont les paroles de Batman au Commissaire Jim Gordon, après avoir accepté l'invitation du Joker de se rendre à l'asile d'Arkham, dans le comic book *Arkham Asylum* (1), sous-titré *une maison sérieuse pour des troubles sérieux*

Ce comic book, publié aux États-Unis en 1989 par DC Comics, raconte deux histoires en parallèle : celle d'un psychiatre, le Dr Amadeus Arkham, et de sa création de l'asile Elizabeth Arkham pour les malades mentaux criminels, et celle de Batman qui se confronte lui-même à sa propre folie au cours d'un périple dans l'asile d'Arkham actuel.

Au cours de notre travail, nous allons dans un premier temps tenter de développer un modèle de la stigmatisation (stigmatisation publique et auto-stigmatisation), puis nous intéresser aux représentations de la psychiatrie dans la population générale ainsi qu'aux moyens de lutter contre la stigmatisation.

Ensuite nous étudierons les données anciennes et actuelles de la littérature scientifique sur la représentation de la psychiatrie dans la culture populaire, et son impact en termes de stigmatisation.

Enfin, au cours d'une lecture attentive du comic book, nous comparerons les représentations que font les deux auteurs de la psychiatrie aux données de la littérature, avant de conclure sur l'utilisation possible de ce récit comme outil de (dé)stigmatisation.

## **Partie I : La stigmatisation des troubles mentaux : concept, conséquences, moyens de lutte**

### **1. Le concept de stigmatisation**

Penchons nous dans un premier temps sur l'étymologie et la définition actuelle du mot « stigmaté », et son substantif « stigmatisation ».

Selon le dictionnaire Français-Latin de Félix GAFFIOT, « stigmaté » vient du latin *stigma*, lui-même dérivé du grec ancien *στίγμα*, *stigma*, signifiant « marque faite au fer rouge », ou encore « flétrissure, marque d'infamie ». (2)

Le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), nous offre cette définition : « marque durable sur la peau », alors même que la définition du CNRTL de la stigmatisation est la suivante : « Opération consistant à marquer d'une façon indélébile le corps d'une personne pour lui imprimer un signe distinctif, une marque d'infamie. »(3)

Nous pouvons d'ores et déjà remarquer dans cette définition généraliste la notion de signe distinctif, de marquer afin de pouvoir faire la différence.

Le concept de stigmatisation est difficile à définir tant il se trouve au carrefour de champs de recherches variés : la psychologie, la sociologie, l'anthropologie ou encore les sciences politiques.(4) Pourtant, dans une revue de littérature datant de 2005, Rüschi et collaborateurs (5) tentent, en intégrant ces différents champs de recherche, de proposer une définition à travers un modèle cognitivo-social de la stigmatisation publique et de l'auto-stigmatisation. Ce modèle inclut des aspects cognitifs, émotionnels et comportementaux : respectivement le stéréotype, le préjugé, et la discrimination.



### *Un modèle cognitivo-social de la stigmatisation publique*

La stigmatisation publique est définie par les réactions qu'a la population générale envers un groupe, basé sur la stigmatisation de ce groupe. Il est souvent tenu pour acquis de distinguer différents groupes dans la société et d'étiqueter les différences humaines en conséquence. Cependant, chaque démarcation de groupe nécessite des simplifications excessives. Par ailleurs, même avec des attributs évidents comme la couleur de peau, il n'y a pas de démarcation claire entre, par exemple, « noir » et « blanc ». De la même façon, il n'y a pas de frontière distincte entre la « santé » et la « maladie » mentale. (4) Il est ainsi important de noter que poser une étiquette implique souvent une séparation sociale entre « nous » et « eux », porteurs de l'étiquette, malgré cette absence de frontière franche et distincte. Cette séparation amène facilement à la croyance que « eux » sont différents de « nous ».

C'est à partir de ce constat de séparation du « eux » et du « nous » que la psychologie sociale a permis d'identifier les différents aspects cognitifs, émotionnels et comportementaux de la stigmatisation publique que sont le stéréotype, le préjugé et la discrimination.

Le stéréotype est une structure de connaissances connues par la plupart des membres d'un groupe social. (6) Il est un moyen efficace de catégoriser les informations qui portent sur les différents groupes sociaux car il contient les opinions collectives sur ces groupes de personnes. Il est efficace dans la mesure où il permet d'anticiper rapidement les impressions et les attentes que l'on peut avoir d'une personne qui appartient à un groupe stéréotypé.

Les personnes ne sont pas nécessairement en accord avec les stéréotypes dont ils ont

connaissance. Le préjugé apparaît lorsque l'on est en accord avec un stéréotype négatif, et a pour conséquence une réaction émotionnelle négative. Un exemple en santé mentale serait le stéréotype « Toutes les personnes atteintes de trouble mental sont violentes », avec comme réaction émotionnelle possible le préjugé « elles me font toutes peur ».

Le préjugé amène naturellement à une réaction comportementale : la discrimination. Par exemple, un préjugé qui provoque de la colère peut amener à un comportement hostile, et dans le cas plus précis de la santé mentale mener à un refus d'apporter de l'aide ou de remplacer le système de soins par le service judiciaire. Un autre exemple est une réaction émotionnelle de peur, qui peut mener à un comportement d'évitement.

Le stéréotype et le préjugé ne sont pas suffisants pour entraîner la stigmatisation, il est nécessaire d'avoir en plus un pouvoir social, économique et/ou politique.

En résumé, la stigmatisation publique consiste en ces trois éléments – stéréotype, préjugé, discrimination – dans un contexte de différence de pouvoir et mène à des réactions de la population générale envers un groupe stigmatisé.

### *Un modèle cognitivo-social de l'auto-stigmatisation*

L'auto-stigmatisation correspond aux réactions qu'ont les individus qui appartiennent à un groupe stigmatisé et qui retournent ces attitudes contre eux-mêmes.(7) De même que la stigmatisation publique, elle comprend le stéréotype, le préjugé et la discrimination.

Premièrement, les personnes retournent le préjugé contre elles-même en étant en accord avec le stéréotype. Un exemple pourrait être « c'est vrai, je suis faible et incapable de prendre soin de moi-même ».

Deuxièmement, cet auto-préjugé intègre des réponses émotionnelles négatives,

notamment une baisse de l'estime de soi.

Cela peut amener troisièmement à des réactions comportementales. De part l'auto-préjugé, les personnes atteintes de trouble mental peuvent échouer dans le maintien d'une activité professionnelle, ou de mode de vie en indépendance. Si elles ne parviennent pas à atteindre ces buts, ce n'est pas forcément dû au trouble mental en lui-même mais aux comportements d'auto-discrimination.(8)

On peut se poser la question de la manière dont survient ce comportement d'auto-stigmatisation, sachant que la plupart des personnes atteintes de trouble mental connaissent les stéréotypes concernant leur groupe. Mais, de la même façon que pour la stigmatisation publique, la connaissance du stéréotype seule ne suffit pas à l'auto-stigmatisation, si la personne n'est pas en accord avec le ou les stéréotype(s).

## ***2. Les stéréotypes dans la population générale et leurs conséquences en termes de stigmatisation***

### *Concernant les troubles mentaux*

On peut citer nombre d'études qui se sont penchées sur les représentations sociales des troubles mentaux. Cette première étude porte sur les représentations, sans tirer de conclusion en termes de stigmatisation mais nous semble indispensable à connaître tant les résultats sont éloquentes.

Roelandt et collaborateurs (9), dans l'enquête « Santé Mentale en Population Générale : images et réalités » (SMPG), décrivent les représentations sociales du fou, du malade

mental, et du dépressif dans un échantillon représentatif de la population générale française. 36 000 personnes ont ainsi pu être interrogées. Les résultats principaux en termes de stéréotypes sont les suivants : pour la population générale, le fou est inadapté au monde, à la société, à la réalité, et ne correspond à aucun des schémas qui régissent l'individu. C'est de l'imprévisible du fou que naît le danger. Les comportements qui lui sont attribués sont le meurtre (45% des enquêtés), le viol (39%), l'inceste (37,6%), la violence envers les autres (29%). De même que le fou, le malade mental est perçu comme un être différent, mais contrairement au fou on peut lui attribuer une maladie, une cause, et un traitement médical. De nombreux comportements violents et dangereux sont associés à l'image du malade mental : commettre un viol (46%), un inceste (46%), être violent envers soi même (45%) et envers les autres (43%), et battre régulièrement son ou sa conjoint(e) ou ses enfants (40%). Concernant la représentation du dépressif, le discours de la population générale fait référence spontanément à la souffrance psychologique et à une théorie de l'humeur. Les personnes décrivent spontanément le dépressif comme quelqu'un de triste, qui pleure, qui voit la vie en noir et a perdu le goût de vivre. Les comportements les plus associés au dépressif sont pleurer souvent (87%), tenter de se suicider (80%), et être isolé ou en retrait (62%).

Dans une revue d'articles concernant l'étendue et la nature de la stigmatisation de la psychiatrie, Hayward et collaborateurs (10) ont pour but de résumer les principaux résultats des études portant sur la représentation et la stigmatisation des troubles mentaux.

Avant de commencer leur revue, les auteurs nous font savoir la difficulté à laquelle ont pu être confrontés les chercheurs dans les prémices de la recherche dans le domaine des

représentations sociales des troubles mentaux. En effet, Cumming et Cumming en 1957, dans une étude intitulée « closed ranks » (11), avaient pour but d'évaluer l'attitude des habitants d'un village canadien envers les troubles mentaux pour ensuite proposer un programme éducationnel. Ils ont été confrontés à une réaction tellement hostile qu'ils ont été dans l'obligation d'arrêter leur étude. Un peu plus tard, en 1961, Nunnally (12) conclut que la population générale a des attitudes très négatives envers les troubles mentaux : « l'homme moyen généralise au point de considérer le malade mental comme sale, inintelligent, hypocrite, et sans valeur ». Une autre influence précoce vient du domaine de la sociologie, plus particulièrement de la théorie de l'étiquetage. Cette théorie « constitue un domaine essentiel de la sociologie et de la psychologie sociale nord-américaines des années 1960, dont l'axe de recherche central concerne les phénomènes de déviance », selon Lacaze.(13) Cette théorie suggère que les manifestations « déviantes » des troubles mentaux étaient une manifestation des effets de l'étiquette « trouble mental ». En 2001, Link et Phelan (4) revisitent cette théorie, et développent ainsi un concept de la stigmatisation, que Rüsçh et ses collaborateurs intègrent dans le concept de la stigmatisation détaillé ci-avant.

Après avoir évoqué ces recherches précoces, Hayward et collaborateurs se proposent alors de résumer les principaux résultats des études plus récentes portant sur la stigmatisation des troubles mentaux. Ils proposent ainsi quatre explications possibles, à travers quatre stéréotypes : la dangerosité, l'attribution de la responsabilité, le mauvais pronostic, et la perturbation des contacts sociaux.

L'idée de la dangerosité est la plus simple à comprendre : la population générale croit que les personnes atteintes de trouble mental sont enclines à la violence (stéréotype), et en

ont de ce fait peur (préjugé). Link et collaborateurs (14) montrent par exemple que la distance sociale par rapport aux personnes atteintes de trouble mental est corrélée à la croyance qu'elles peuvent être dangereuses et violentes (discrimination).

L'idée de l'attribution de la responsabilité a été développée par Weiner et collaborateurs. (15) En étudiant les jugements et réactions d'un groupe d'étudiants en rapport avec différents groupes stigmatisés : patients atteints du SIDA, personnes atteintes d'obésité, et vétérans de guerre souffrant de problèmes psychologiques, ils ont trouvé que les personnes souffrant d'un trouble mental étaient vues comme plus responsables de leur condition que les personnes atteintes de maladie physique (stéréotype), suscitaient ainsi plus de colère que de compassion (préjugé), et étaient moins enclines à susciter un comportement d'aide (discrimination). Cela implique que la population générale, ou tout du moins une partie non négligeable, estime que les personnes atteintes de trouble mental l'ont choisi.

L'idée du mauvais pronostic a été explorée par plusieurs auteurs. Goldin (16) montre que les conditions les plus stigmatisées sont celles perçues comme chroniques, difficiles à traiter et avec un mauvais pronostic (stéréotypes). Norman et Malla (17) trouvent que le rejet social (discrimination) était corrélé avec la croyance que les troubles mentaux étaient de mauvais pronostic.

L'idée de la perturbation des interactions sociales est basée sur la croyance que les personnes souffrant de troubles mentaux ne peuvent pas rentrer dans les modèles habituels d'interactions sociales (stéréotype), et que la population se sent mal à l'aise (préjugé) avec des situations dans lesquelles les rôles sociaux normaux ne fonctionnent pas harmonieusement. Dans son livre *Stigma*, Goffman (18) décrit par exemple que les

personnes « normales » évitent le contact avec les personnes atteintes de troubles mentaux (discrimination), car ils se sentent mal à l'aise (préjugé) du fait de leurs propres peurs et insécurité, en rapport avec le fait qu'ils croient que la personnes avec qui ils interagissent est imprévisible et pourrait ne pas accepter les règles et conventions sociales (stéréotype).

Dans un article paru dans le *World Psychiatry*, Corrigan et Watson (19) décrivent d'autres conceptions erronées entraînant des attitudes stigmatisantes. Ils reprennent les idées présentées ci-avant de la dangerosité et d'attribution de la responsabilité. Puis ils développent l'idée d'autoritarisme (*authoritarianism*), qui peut se résumer en la croyance que les personnes atteintes de maladie mentale sont irresponsables (stéréotype), et qu'ainsi leurs décisions de vie devraient être prises par quelqu'un d'autre (discrimination). Une autre idée développée est la bienveillance (*benevolence*), qui dit que les personnes atteintes de trouble mental sont puériles, et qu'il faut s'occuper d'elles.

Les conséquences en termes de stigmatisation décrites ici prennent quatre formes : le refus d'aide, l'évitement, les traitements coercitifs, et l'isolement en institution. Le refus d'aide est un comportement discriminatoire qui peut être conséquent au stéréotype qui décrit les personnes atteintes de trouble mental comme responsables de leur condition, via une réaction émotionnelle de colère. Une forme encore plus extrême de discrimination est un comportement d'évitement social, où la population générale refuse l'interaction avec des personnes atteintes de trouble mental. Martin et collaborateurs (20) rapportent que plus de la moitié des répondants, lors d'un sondage auprès de 1 444 personnes, ne souhaitent pas : passer une soirée avec, travailler proche de, ou avoir un membre de sa famille qui se marie avec une personne atteinte de trouble mental. Dans ce même

sondage, concernant cette fois l'autoritarisme, Pescosolido et collaborateurs (21) rapportent que plus de 40 % des sondés sont favorables à des traitements forcés concernant les personnes atteintes de schizophrénie. La population générale approuve le fait que l'isolement social en institution est le meilleur service à rendre pour les personnes atteintes de trouble mental.

Enfin, les conséquences de cette stigmatisation sur la vie des personnes atteintes de trouble mental revêtent plusieurs formes. Commençons par détailler l'auto-stigmatisation définie ci-avant comme l'ensemble réactions qu'ont les individus qui appartiennent à un groupe stigmatisé et qui retournent ces attitudes contre eux-mêmes. Link et collaborateurs (8) suggèrent que l'auto-stigmatisation diminue l'estime de soi et ainsi les interactions sociales, et en résulteraient des difficultés d'adaptation. À l'extrême inverse, il est possible de voir s'accroître l'estime de soi lorsqu'on est stigmatisé via la stimulation d'une réactance psychologique, en opposant nos propres perceptions de nous-mêmes aux stéréotypes communément admis, ceci est appelé « le paradoxe de l'auto-stigmatisation. » (7) Une autre conséquence est qu'une partie des personnes atteintes de trouble mental va essayer d'échapper à la stigmatisation en ne se considérant comme n'étant pas atteint de trouble mental, et ainsi ne suivent pas de soins psychiatriques. On retrouve donc la peur de la stigmatisation comme un frein à l'usage des soins. (22)

Concernant la stigmatisation publique, des études montrent qu'elle a un impact négatif sur le fait d'obtenir de bons emplois (23), et dans l'accès au logement (24).

Aussi, Vellenga et Christenson (25) montrent que la stigmatisation est une des quatre préoccupations majeures des personnes atteintes de trouble mental, et ainsi une source quotidienne de détresse. Ces résultats vont dans le sens d'un sondage australien datant



de 2000, où les personnes atteintes de trouble mental et leur famille déclaraient que la diminution de la stigmatisation était la première chose qui rendrait leur vie meilleure (24).

Par ailleurs, dans un sondage de familles de personne atteinte de trouble mental à propos de leur perception de ce qui cause la stigmatisation (27), 86,6 % citent les médias de divertissement, avec plus particulièrement « les films populaires à propos de malades mentaux tueurs », ce qui correspond au cliché du fou meurtrier, que l'on développera en partie II.

### *Concernant les psychiatres*

En 1990 déjà, Lamontagne (28) fait l'état des lieux des différents problèmes et idées reçues auxquels les psychiatres sont confrontés dans leur image publique :

- l'image de leur rôle professionnel n'est pas très bien définie,
- ils n'utilisent pas de technologie hautement sophistiquée,
- il y a peu d'interventions de psychiatres dans les médias d'information à part pour présenter une image négative de la psychiatrie,
- il y a peu d'opportunités d'exploiter une guérison miracle,
- le fait que les troubles mentaux sont mal connus du public crée un écart entre les psychiatres et la population générale,
- le manque de recherche en santé mentale n'améliore pas l'image des psychiatres,
- les psychiatres sont tenus responsables de l'augmentation du nombre de sans-abris dans les grandes villes,
- la perception du grand public est qu'ils ne font que donner des médicaments aux

patients,

- les résultats d'un traitement psychiatrique ne sont pas évidents à court terme, alors que les effets indésirables le sont souvent,
- le nombre et la variété des psychothérapies disponibles et les études et rôles respectifs des différents acteurs en santé mentale sont confus.

Dans une étude dont le but était d'examiner les sources, les types et les impacts des commentaires, attitudes et comportements expérimentés par les psychiatres, Bassiri et collaborateurs (29), à travers un questionnaire à destinée de psychiatres (explorant cinq domaines qui sont : la fréquence des expériences négatives, leur cible, leur source, leur impact, et la valeur accordée à leur profession), mettent en évidence que les psychiatres rapportent plus d'expériences négatives que positives en ce qui concerne leur profession.

La part des médias, qu'ils soient d'information ou de divertissement, n'est pas sans importance dans la création de l'image publique du psychiatre. Par exemple, dans l'étude que nous venons de citer, ce sont les médecins d'autres spécialités et les médias qui sont les deux plus grandes sources de stéréotypes et discriminations.

Après nous avoir rappelé cette phrase de Lacan : « le psychiatre a en effet un service social », Cacciali (30) nous dit bien que « ce service social expose le psychiatre aux jugements de tous ceux qui pensent avoir le souci du bon fonctionnement social, les médias en particulier ». Cacciali nous parle ici clairement des médias d'informations.

Cependant, les médias de divertissement nous offre des clichés stéréotypés des psychiatres et autres acteurs de soins en santé mentale, ce que nous détaillerons en partie II.

### *Concernant l'électro-convulsivo-thérapie*

Le traitement par électro-convulsivo-thérapie (ECT) consiste en l'administration d'un courant électrique transcrânien de très faible intensité provoquant secondairement une crise tonico-clonique généralisée. Ce traitement est réalisé sous anesthésie générale de courte durée, associant l'utilisation d'un curare d'élimination rapide, limitant les mouvements (et donc le risque de blessures, luxations, fractures) pendant la crise. (31)

Le manuel de psychiatrie nous indique, dès la définition de l'ECT, que « paradoxalement, [...] cette technique décrite comme une violence d'un autre temps [...] constitue aujourd'hui encore le traitement le plus efficace de la dépression sévère ».(32)

Malgré son efficacité, McFaquhar et Thompson (33) retrouvent, dans une étude comportant un questionnaire comprenant 17 idées reçues sur l'ECT et le degré d'adhésion à ces idées, que la population générale considère l'ECT comme un traitement cruel. Aussi, ce traitement est vu moins efficace que les traitements médicamenteux, et la population générale pense qu'il est douloureux. Ces idées reçues sont, d'après la définition donnée précédemment, des stéréotypes négatifs. On peut aisément imaginer que la réaction émotionnelle résultant de l'adhésion à ces stéréotypes peut être de la peur.

McFaquhar et Thompson retrouvent d'ailleurs des comportements qui sont la conséquence de ce préjugé : les personnes interrogées du groupe « population générale » seraient ainsi peu disposées à conseiller à un proche de bénéficier de traitement par ECT, et ne seraient pas prêtes à signer un recueil de consentement si leur conjoint(e) était trop malade pour consentir lui ou elle-même. Aussi, les auteurs retrouvent que dans le traitement de la dépression sévère, l'ECT serait le dernier recours dans la recherche d'aide, et montrent qu'en premier vient « parler à un thérapeute », en deuxième « prendre

des vacances loin du quotidien », loin devant le troisième qui est « prendre de l'homéopathie ou des remèdes naturels ». Outre ce qui semble être de la méconnaissance de la gravité, de la physiopathologie et des traitements de la dépression sévère, cela peut représenter une réelle perte de chance pour les personnes qui en souffrent. On retrouve ici la stigmatisation comme frein à l'accès aux soins appropriés.

Enfin, de la même façon que dans les parties concernant les troubles mentaux et les psychiatres, ils retrouvent que la principale source d'information concernant l'ECT dans la population générale est représentée par les médias d'information et de divertissement, les films et la télévision. L'ECT est d'ailleurs présentée comme « un outil barbare et injustifié pour le contrôle social » (34) dans certains films.

### ***3. Moyens de lutte contre la stigmatisation***

Trois stratégies sont utilisées principalement pour lutter contre la stigmatisation : la protestation, l'éducation, et le contact. (35)

#### *La protestation*

Rüsch et collaborateurs (5) nous indiquent que la protestation est souvent utilisée contre des déclarations publiques, des reportages ou des publicités stigmatisants. Beaucoup de ces interventions sont parvenues à modifier de telles déclarations publiques. Cette attitude envoie deux messages : l'un aux médias d'arrêter de véhiculer des représentations inexactes, l'autre à la population d'arrêter de croire ces visions négatives des troubles mentaux. La recherche en psychologie sociale a trouvé que la protestation peut mener à la suppression des stéréotypes et des comportements discriminatoires. Cependant, deux

problèmes majeurs sont retrouvés avec cet outil de lutte : le premier est que la suppression d'idées reçues demande des efforts ainsi des ressources et la population serait peu disposée à apprendre de nouvelles informations qui contrediraient les anciennes. Deuxièmement, il semble y avoir un effet rebond à cette suppression, avec encore plus d'idées reçues stigmatisantes par la suite.

Ainsi, la protestation semble être efficace en tant que stratégie réactive et pourrait aider à la diminution des comportements stigmatisants, mais serait peu efficace pour promouvoir de nouvelles attitudes positives.

### *L'éducation*

L'éducation fournit des informations pour que le public puisse avoir des avis plus éclairés sur les troubles mentaux. Elle peut prendre différentes formes : livres, vidéos, programmes structurés, campagnes de prévention... La recherche a montré que les personnes qui manifestent une meilleure compréhension des troubles mentaux adhéraient moins aux stéréotypes les concernant, et avaient moins de comportements stigmatisants.(36)

Nous pouvons citer le travail de Debien et Marcaggi (37) et leur chaîne YouTube « Le PsyLab », qui a vocation à pouvoir rendre accessibles gratuitement et de manière ludique des informations fiables concernant les troubles mentaux.

Plusieurs études montrent l'efficacité de programmes éducationnels sur l'attitude envers des personnes atteintes de troubles mentaux. (19) Cependant, d'autres études retrouvent que de tels programmes sont plus efficaces sur des personnes qui ont déjà des connaissances sur les troubles mentaux, ou qui ont des contacts réguliers avec une ou

des personne(s) souffrant de trouble mental. (5)

### *Le contact*

Le contact avec des personnes atteintes de trouble mental pourrait aider à augmenter les effets de l'éducation sur la réduction de la stigmatisation. Il y a beaucoup de facteurs qui créent un environnement favorable aux contacts interpersonnels et à la réduction de la stigmatisation comme un statut égal entre les participants, des interactions coopératives plus qu'une assemblée qui écoute un usager... Le contact semble être un moyen efficace de modifier les stéréotypes : après un contact agréable, un stéréotype qui semble naturel peut être remplacé par un autre, plus positif. La recherche a montré une relation inverse entre avoir des contacts avec une personne atteinte de trouble mental et l'adhésion aux stéréotypes.

## **Partie II : Représentations de la psychiatrie dans les médias de divertissement**

Dès 1916, dans un livre intitulé « The photoplay – A psychological study », le psychologue Munsterberg décrit comment le mélodrame qui se passe à l'écran affecte les spectateurs, et préconise d'étudier l'impact négatif que pourraient avoir les films. (38)

Depuis, de nombreux auteurs ont suivi ces conseils, et on sait aujourd'hui que la représentation des troubles mentaux dans les médias peut avoir un effet significatif sur l'image publique des personnes qui en souffrent. (39) Wahl rajoute même que les médias de divertissement pourraient avoir une influence plus importante que les médias d'informations via leur large portée et l'intérêt qu'ils suscitent. (40)

Nous avons ainsi choisi d'orienter notre travail sur l'étendue des représentations de la psychiatrie dans les médias de divertissement, pour développer ensuite quelles sont les natures de ces représentations, puis finir par l'impact que cela peut avoir sur la stigmatisation de la psychiatrie.

### ***1. Étendue de ces représentations***

De nombreux auteurs ont étudié les représentations de la psychiatrie que l'on retrouve dans les médias de divertissement. Concernant les personnes atteintes de troubles mentaux et les professionnels de santé mentale, il a été montré que l'étendue des représentations était très importante, tandis que concernant les traitements en psychiatrie, l'étendue dépend beaucoup de la nature du traitement, laissant beaucoup de place à la

psychothérapie et à l'ECT, peu aux traitements médicamenteux. (41)

Concernant les troubles mentaux et les personnes qui en sont atteintes, citons par exemple le travail de Condren et Byrne (42) qui met en évidence qu'il y a 28 personnages atteints de trouble mental au cours de 22 épisodes d'une série populaire américaine. Citons également les différents travaux de Wahl qui montrent que l'on retrouve des descriptions de troubles mentaux dans 6% des films au cinéma, et des personnages atteints de troubles mentaux dans 10 à 20% des émissions télévisées, (43) ou encore que parmi 49 films pour enfants sortis en 2000 et 2001, on retrouvait un personnage atteint de trouble mental dans 12 d'entre eux. (44) À propos des films dont la cible principale est les enfants, nous pouvons aussi citer Lawson et Fouts, qui dans leur étude retrouvent que sur les 34 films Disney de plus de 45 minutes sortis entre 1937 et 2001, 85 % contiennent des références verbales aux troubles mentaux, et 21 % des personnages principaux sont à un moment désignés comme « malades mentaux ».(45)

Concernant l'étendue de la représentation des professionnels de santé mentale, commençons par citer Gabbard (46) qui a pu recenser 400 films impliquant une psychothérapie, ainsi que le travail de Diefenbach et collaborateurs (47) qui met en évidence que parmi 107 programmes de première partie de soirée aux États-Unis (soit un échantillon d'une semaine), 10 ont impliqué un professionnel de santé mentale. Plusieurs hypothèses à cette ampleur ont été formulées, notamment que les psychiatres fascinent et sont donc un argument de vente, ou encore qu'ils sont un bon outil narratif, permettant au spectateur d'entrer dans les pensées des personnages. (41)

Enfin, concernant la représentation des soins psychiatriques, comme nous l'avons dit précédemment, l'étendue dépend de la nature des soins. La psychothérapie, au sens



large, est commune, comme nous le montre le fait que Gabbard (46) est parvenu à étudier pas moins de 400 films impliquant une psychothérapie. On peut retrouver comme hypothèse que la psychothérapie au cinéma permet au spectateur de fouiller les pensées de différents personnages, comme cité ci-avant, ainsi que le caractère utile dans la narration de la cure cathartique, que nous développerons quand nous évoquerons la nature des représentations. Une autre modalité de soin communément représentée est l'ECT, en raison de son potentiel spectaculaire. À l'inverse, nous trouverons peu de traitements médicamenteux, car ils servent peu l'intrigue et n'ont pas de potentiel spectaculaire. (41)

## **2. Nature de ces représentations**

### *Concernant les personnes atteintes de troubles mentaux*

Les études dans ce domaine ont montré que de tels portraits étaient bien plus négatifs que positifs, et qu'ils perpétuaient les stéréotypes à propos des troubles mentaux. Des techniques cinématographiques sont utilisées spécifiquement pour bien différencier les personnages atteints de troubles mentaux des autres personnages, comme le point de vue subjectif, un plan serré, des sauts de plan, un éclairage particulier, une musique discordante. (48) Un langage argotique stigmatisant est également régulièrement employé pour désigner le personnage malade, notamment en anglais les qualificatifs « crazy », « psycho », « deranged », « loony » . (49)

Hylér et collaborateurs (50) ont proposé une classification des représentations négatives des troubles mentaux au cinéma selon les stéréotypes suivants :

- le fou meurtrier (*the homicidal maniac*) : le stéréotype négatif le plus communément perpétué est que les personnes atteintes de trouble mental sont agressives et dangereuses. De nombreuses études ont montré que la violence était commise à l'écran bien plus souvent par des personnages atteints de trouble mentale que par les autres, et bien plus souvent que dans la vraie vie. Hyler nous propose les films *Psychose* (51), *L'exorciste* (52), *Halloween* (53), *Vendredi 13* (54). Un point important concernant *L'exorciste* est qu'il ramène le spectateur à une vision moyen-âgeuse des troubles mentaux, en faisant le parallèle avec la possession par un démon, et de soins psychiatriques par des religieux.
- L'esprit libre et rebelle (*the rebellious free spirit*) : que ce soit dans dans les films pour enfants ou adultes, les personnages excentriques, différents, libres d'esprit sont souvent étiquetés malades mentaux, et traités de façon inappropriée (souvent incarcérés). On trouve des exemple dans : *Vol au dessus d'un nid de coucous* (55), *La belle et la bête* (56), entre autres. Hyler met bien l'accent que la maladie mentale est ici associée au fait de vouloir s'échapper des carcans de la société.
- le membre éclairé de la société (*the enlightened member of society*) : qui décrit une personne avec une maladie mentale comme capable de créer une société utopique. Dans le film *Le roi de cœur* (57), durant la seconde guerre mondiale, un soldat Écossais libère un groupe de patients, pacifistes et qui aiment s'amuser, d'un asile dans un village français, et sont témoins de batailles entraînant un nombre incalculable de morts entre les Écossais et les Allemands. Quand les Écossais qui arrivent en renfort sont présentés comme des sauveurs, les patients préfèrent retourner dans leur asile que dans la société. Même si cette représentation est

moins négative, elle fait perdurer des conceptions erronées de la maladie mentale.

- la patiente séductrice (*the female patient as seductress*) : les femmes atteintes de maladie mentale sont décrites comme des nymphomanes avec un pouvoir de séduction qui peut détruire les hommes. Dans *Lilith* (58), un jeune psychiatre s'intéresse à une patiente séduisante : Lilith. Lorsqu'au début du film elle essaie de le séduire sans succès, il lui répond qu'il tient à travailler avec honneur. La réponse de Lilith fut « vous ne pouvez pas m'aider avec de l'honneur », sous-entendant que le seul moyen de l'aider est le sexe. Autre exemple dans *Pulsions (Dressed to kill)* (59), une patiente tente de séduire son thérapeute, et devant son refus a une aventure avec un inconnu. Elle trouve la mort de façon malencontreuse en retournant chez cet inconnu chercher sa bague égarée. Cette représentation stigmatise les femmes atteintes de trouble mental comme responsables de leur état, et comme « méritant » plus une punition qu'un traitement.
- Le parasite narcissique (*the narcissistic parasite*) : décrit les malades comme privilégiés, centrés sur eux-mêmes, en recherche d'attention et concernés uniquement par des problèmes triviaux et sans importance. On retrouve des exemples dans le film *Lovesick* (60), au début duquel sont présentés, comme s'ils étaient monnaie courante en psychiatrie, cinq patients, dont aucun n'a de trouble mental, de détresse, de handicap, mais sont présentés comme des privilégiés qui n'ont rien de mieux à faire avec leur temps et leur argent que de discuter de problèmes triviaux en thérapie.
- Le spécimen de zoo (*The zoo specimen*) décrit les malades comme déshumanisés, sans droit, et objet d'expériences scientifiques. Exemple dans le film *La fosse aux*

*serpents* (61), où une patiente fait la comparaison entre les conditions d'hébergement en hospitalisation et dans un zoo : enfermés, à clés, avec des barreaux.

Deux autres stéréotypes négatifs qui n'apparaissent pas dans la taxonomie de Hyler et collaborateurs sont le simplet et le raté/la victime :

- Le simplet (*the simpleton*) apparaît souvent dans les programmes et films pour enfants, et présente des difficultés de compréhension, paraît perdu, et adopte des comportements illogiques, irrationnels dans un but humoristique (44), exemple des hyènes dans *Le Roi Lion* (62)
- Le raté ou la victime (*the failure or victim*) ne répond pas aux traitements et est incapable d'offrir une contribution à la société, au chômage, et avec une qualité de vie médiocre.

Nous verrons que dans *Arkham Asylum*, les plus négatifs de ces stéréotypes sont utilisés pour représenter les personnages : le fou meurtrier, mais aussi le raté, le spécimen de zoo, même si un personnage s'approchera du membre éclairé de la société.

Par ailleurs, les représentations dans la culture populaire tendent à favoriser des conceptions erronées concernant les troubles mentaux. Nous pouvons citer par exemple des films où un personnage présenté comme atteint de schizophrénie a en fait des personnalités multiples, comme le film *Fous d'Irène* (63).

### *Concernant les professionnels de santé mentale*

De la même façon qu'Hyler l'a fait pour les différents types de patients rencontrés dans la

culture populaire, Schneider (64) a proposé une classification des représentations des psychiatres dans la culture :

- Dr Dippy, personnage comique, maladroit, idiot, incompétent, souvent plus fou que ses patients, souvent représenté avec un accent autrichien et parfois moralisateur. Quelle que soit sa référence théorique, elle défie le sens commun lorsqu'il la manie, et la plupart de ses méthodes de traitement sont bizarres et peu habituelles, mais ne font en général aucun mal. Schneider tire son nom du film *Dr Dippy's Sanitorium* sorti en 1906. Un exemple plus récent peut être trouvé dans *Harry dans tous ses états* (65), ainsi que dans de nombreux dessins animés pour enfants.
- Dr Evil, dont Schneider décrit trois sous-types, qui partagent une caractéristique clé : ils utilisent des outils psychiatriques de façon coercitive, que ce soit l'enfermement en institution, les expériences, l'ECT, la lobotomie, les traitements inutilement lourds, l'hypnose... Dans ses mains, cela devient des outils de contrôle, de manipulation, de recherche de pouvoir, de vengeance. Ces trois sous-types sont :
  - celui du psychiatre qui devient mauvais parce qu'il travaille dans des zones interdites et dangereuses de l'expérimentation. Il est le « Dr Frankenstein » de l'esprit, et utilise les autres pour parvenir à ses fins et répandre le mal sur le monde ;
  - celui du psychiatre qui utilise ses pouvoirs pour son profit personnel, qui tente en usant de son autorité et de ses talents, d'escroquer ses patients ;
  - celui du psychiatre suffisamment fou pour abuser de sa position afin d'effectuer des actes malfaisants. L'exemple typique se trouve dans *Pulsions* (59), où un

psychiatre qui a été excité sexuellement devient un meurtrier. On peut citer également le psychiatre de *Vol au-dessus d'un nid de coucou* (55).

- Dr Wonderful, qui est toujours chaleureux, humain, modeste, et soucieux du bien de l'autre. Le temps n'est pas un problème pour lui, et les patients peuvent lui parler à n'importe quelle heure de la journée et pendant autant de temps qu'ils le souhaitent, Dr Wonderful sera toujours disponible. Un exemple qu'on a déjà cité est le psychiatre dans le film *Lovesick* (60), où il passera d'un statut de Dr Dippy à celui d'un Dr Wonderful. Dans son arsenal thérapeutique, Dr Wonderful use de la psychothérapie avec un talent incroyable, notamment dans l'improvisation, arrivant toujours à trouver la manœuvre ou l'interprétation, même si elle est peu commune, au bon moment.

La classification de Schneider a été agrandie par deux représentations communément retrouvées, notamment par les travaux de Gabbard (46) :

- Dr Sexy est une femme séduisante, souvent représentée de manière non professionnelle, sa sexualité faisant partie intégrale de la relation médecin-patient, avec comme message que chaque résultat de la psychothérapie est plus imputable à la relation qu'elle entretient avec le patient qu'à ses compétences.
- Le *rationalist foil* qui arrive avec des explications scientifiques et des formulations psychodynamiques pour expliquer des phénomènes paranormaux, uniquement pour qu'on puisse prouver qu'il a tort à la fin, et qu'il est donc incompetent.

Dans la suite de notre travail nous verrons que là aussi ce sont les stéréotypes les plus négatifs qui seront utilisés pour caractériser les personnages de *Arkham Asylum*, avec de la même façon l'utilisation d'un stéréotype moins négatif.

### *Concernant les soins psychiatriques*

En ce qui concerne la psychothérapie, citons une nouvelle fois le travail de Gabbard (46), qui pour rappel a fait une revue de 400 films impliquant une psychothérapie. Il tire cette première conclusion : Hollywood est fasciné par la psychothérapie, preuve en est le nombre de films passés en revue. Il met en évidence ensuite à quel point Hollywood est perdu entre les rôles de psychiatre, psychologue, psychothérapeute et psychanalyste. Il décrit comment les médias de divertissement utilisent la psychothérapie pour servir des fins scénaristiques ou de mise en scène, au détriment de la justesse de la représentation, et véhiculant ainsi des idées fausses. Un exemple typique est la façon dont les scénaristes se sont emparés de ce qui fut appelé la « cure cathartique » et s'en sont servie de manière répétée, et ont exposé en conséquence de manière répétée les spectateurs à des patients qui guérissent après avoir réveillé un souvenir traumatique, générant une libération émotionnelle intense à valeur libératrice. Au terme de sa revue de films, Gabbard nous indique également qu'un thème récurrent est l'inefficacité de la psychothérapie, ce que nous aborderons dans la suite de notre travail concernant *Arkham Asylum*. Dans la plupart des films passés en revue, ce qui permet de dépasser les obstacles est l'amour, le sens commun, ou encore le courage. Un corollaire à cette idée d'inefficacité de la psychothérapie est le fait que les patients qui recherchent de l'aide d'un psychothérapeute sont représentés comme n'ayant pas de réelle détresse ou trouble mental, mais uniquement des problèmes triviaux – on retrouve ici la représentation de Hyler (50) du « parasite narcissique », présent notamment dans le film *Lovesick* (60).

En ce qui concerne les traitements médicamenteux utilisés en psychiatrie, Gabbard (46) nous indique que parmi les 400 films dont il a fait la revue, seulement un comprenait la

description d'une prescription médicamenteuse. Il s'agissait du film *Pour le pire et pour le meilleur* (66), où le personnage joué par Jack Nicholson bénéficie d'un traitement médicamenteux dont l'indication est un trouble obsessionnel compulsif. Il s'avère que, dans la description faite dans le film, il est difficile de savoir si c'est ce traitement ou l'amour d'une femme qui est à l'origine de l'amélioration clinique du personnage. Citons également un film plus récent, *Effets secondaires* (67), un thriller dont l'intrigue est centrée sur la psychopharmacologie. Dans les débuts du films, la protagoniste se voit prescrire un Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine pour soigner sa dépression, qui sera inefficace. Devant l'absence d'effet thérapeutique attendu, le psychiatre prescrit d'emblée une molécule en cours d'essai, qui aura pour effet secondaire un virage maniaque accompagné d'épisodes de somnambulisme. Lors d'un de ces épisodes, la protagoniste va poignarder à mort son mari. Le psychiatre actuel et l'ancienne psychiatre vont conclure à un effet secondaire du traitement essayé. Il s'avérera par la suite que l'ancienne psychiatre de la protagoniste se rapproche de la description d'un Dr Evil selon la classification de Schneider (64). Nous voyons dans ce film la description des traitements médicamenteux d'abord comme inefficaces, puis comme dangereux.

Concernant l'ECT, cet outil de soins est parfois décrit, comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, comme « un outil barbare et injustifié pour le contrôle social » dans certains films, d'après McDonald et Walter (34). Leur travail a constitué en une revue de films américains sortis entre 1948 et 2000 contenant des scènes ou des références à l'ECT. Ils ont identifié 22 films, dont seulement 20 ont pu être visionnés et donc inclus dans leur revue. Ils retrouvent comme principale indication un comportement antisocial, avec une intention de punition. La confusion entre ECT et des chocs électriques s'apparentant à



ce qui est délivré lors d'une peine de mort sur la chaise électrique a malheureusement permis de créer un sous-genre que les auteurs ont appelé « l'ECT comme arme du meurtre », exploité dans des films d'horreur *Jeu d'enfant* (68), et *La Nuit de tous les mystères* (69). Les psychiatres dans plusieurs de ces films sont décrits comme des agents sans visage du contrôle social. Dans plus de la moitié des films de la revue, le non-consentement du patient est outrepassé, avec seulement un film où le consentement est donné clairement par le patient. De plus, concernant le mode d'administration de l'ECT, tous les films montrent un patient complètement éveillé et terrorisé durant le traitement. Enfin, l'effet secondaire le plus souvent retrouvé est la « transformation en zombie ». De tout cela découle l'impression d'une manœuvre brutale, douloureuse et abusive sans effet thérapeutique bénéfique.

### **3. Impacts de ces représentations**

#### *Impact négatif sur la stigmatisation des troubles mentaux*

La première étude que nous avons retrouvée évaluant l'impact d'un film sur la stigmatisation des troubles mentaux remonte à 1983, conduite par Domino (38). Ce chercheur a demandé à 146 sujets de répondre à un questionnaire en 108 items, évaluant 5 axes qui sont l'attitude envers les professionnels de santé mentale, envers les hôpitaux psychiatriques, envers les malades mentaux, sur la maladie mentale comme phénomène héréditaire, et enfin sur la maladie mentale comme entité psycho-sociale. Ce questionnaire a été rempli par 124 sujets avant, et plusieurs mois après avoir visionné le film *Vol au-dessus d'un nid de coucou* (55). Avant visionnage, on ne retrouve aucune

différence significative entre les groupes. Après, on retrouvait significativement moins d'attitude positive dans 4 de ces 5 sous-échelles, la seule n'ayant pas été impactée par le visionnage du film étant la maladie mentale comme phénomène héréditaire.

En 1989, Wahl et Lefkowitz (70) évaluent grâce à l'échelle CAMI (pour *Community Attitudes Towards the Mentally Ill*, que l'on peut traduire par « Attitude publique envers le malade mental ») les différences d'attitudes entre des personnes qui ont vu le film *Jusqu'à la folie* (71), et d'autres non. L'échelle CAMI contient 4 sous-échelles qui sont : l'Autoritarisme qui évalue la croyance selon laquelle il y a une différence nette entre les individus qui sont atteints de troubles mentaux et les autres (le « eux » et le « nous »), la Bienveillance qui évalue l'empathie envers les personnes atteintes de troubles mentaux, la Restriction Sociale qui évalue la croyance que les individus atteints de troubles mentaux sont dangereux et devraient être évités ainsi qu'avec des libertés restreintes, et enfin l'Idéologie de la Communauté sur la santé mentale, qui évalue l'acceptation des services de soins en santé mentale, et des personnes atteintes de troubles mentaux dans la communauté. On retrouvait une différence significative entre les personnes ayant visionné le film et ceux ne l'ayant pas vu : ceux ayant vu le film étant plus enclin à des soins hospitaliers et moins favorables à des soins dans la communauté, et exprimaient moins d'empathie envers les individus atteints de troubles mentaux, ainsi qu'une croyance plus forte concernant leur dangerosité.

Schill et collaborateurs (72) ont, en utilisant une méthodologie similaire, évalué les croyances d'un groupe d'individus concernant la relation psychothérapeute-patient avant et après visionnage du film *Lovesick* (60). Ils retrouvent plus de fausses croyances après visionnage du film, notamment concernant les relations sexuelles entre un(e) patient(e) et

son(sa) psychothérapeute.

En 1999, Granello et collaborateurs (73) abordent la question sous un autre angle : ils donnent à 102 sujets un questionnaire incluant l'échelle CAMI et questionnent leurs principales sources d'informations en ce qui concerne la santé mentale. Les résultats sont que sur toutes les sous-échelles, les personnes qui recevaient principalement l'information des médias électroniques avaient des scores correspondant à une moindre tolérance, avec des différences significatives dans 3 sous-échelles : autoritarisme, restriction sociale, et idéologie de la communauté sur la santé mentale.

Concernant plus spécifiquement les programmes à destinée des enfants, Stuart (74) nous fait savoir que les personnages atteints de trouble mental sont représentés comme objets d'amusement, de peur ou de dérision. Une de ses conclusions est que la nature générale de la maladie mentale représentée dans les programmes pour enfants (sans symptômes spécifiques ou diagnostics) invite aux généralisations des stéréotypes négatifs.

Dans leur revue de littérature, Pirkis et collaborateurs (41) résument ce que nous venons de détailler ainsi : les médias sont perçus comme ayant plus d'importance que les expériences réelles dans la construction d'attitudes stigmatisantes envers les troubles mentaux, et les médias de divertissement encore plus que les médias d'information via, comme nous l'avons déjà vu, leur plus grande portée et le plus grand intérêt qu'ils suscitent, et enfin que les personnes qui citent comme première source d'information les médias électroniques ont une attitude moins tolérante envers les troubles mentaux.

### *Impact négatif sur la recherche d'aide*

Nombreux sont les auteurs qui sont parvenus à la conclusion que les portraits négatifs des troubles mentaux, des personnes qui en sont atteintes, des professionnels de santé mentale, ainsi que des soins en santé mentale dans les films de fiction et les programmes télévisés peuvent favoriser la réticence des personnes atteintes de trouble mental à chercher de l'aide ou à maintenir un suivi. (41) Citons pour notre part Gabbard (46), qui dans le travail déjà cité auparavant, nous raconte l'histoire d'un de ses patients qui s'est rétracté concernant des soins par ECT après avoir vu le film *Vol au-dessus d'un nid de coucou* (55).

### *Utilisation de ces représentations pour la formation des futurs professionnels de santé mentale*

Les auteurs semblent divisés concernant la question de l'utilisation des films de fictions et des programmes télévisés comme ressources éducationnelles pour la formation des futurs professionnels de santé.

D'un côté, on retrouve des auteurs comme Robinson, qui dans son livre *Reel Psychiatry : Movie portrayals of Psychiatric Conditions* (75), illustre les diagnostic du DSM-IV-TR avec des personnages de films, et discute pour chaque le degré de précision de la représentation par rapport à la réalité.

D'un autre, des auteurs pensent que ces représentations ne peuvent et ne pourront jamais être regardés comme des substituts d'expériences dans la vie réelle. (41)

## *Utilisation des médias de divertissement dans les processus de psychothérapies*

Plusieurs auteurs ont noté le bénéfice potentiel à utiliser de tels supports comme outil de psychothérapie, par exemple dans la présentation à un patient ou sa famille d'un trouble spécifique (nous pouvons par exemple citer le film *Shame* et l'addiction au sexe), dans la construction d'une alliance thérapeutique, dans la possibilité d'y trouver de l'espoir. (41) Il existe notamment un livre, écrit par Hesley et Hesley, intitulé *Rent Two Films and Let's Talk in the Morning : Using Popular Movies in Psychotherapy* (76), qui présente une liste de films et la façon dont ils peuvent être utilisés en psychothérapie, ainsi que les profils de patients qui peuvent en bénéficier.

Gardons à l'esprit que cette possibilité n'est pas envisageable avec tous les patients, dans la mesure où cela demande un certain niveau d'élaboration. De plus, cela nécessite de pouvoir échanger en entretien spécifiquement sur ce sujet avant et après le visionnage du film sans que cela détériore l'entretien post-visionnage en le transformant en discussion informelle autour d'un film.

## **Partie III : Représentations de la psychiatrie dans *Arkham***

### ***Asylum : a serious house on serious earth***

Afin d'illustrer par un exemple précis une représentation de la psychiatrie dans la culture pop, j'ai décidé de travailler sur un personnage iconique, que tout le monde connaît ne serait-ce que de nom : Batman. Le choix de travailler sur *Arkham Asylum : a serious house on serious earth* (77) (ou *Arkham Asylum : une maison sérieuse pour des troubles sérieux* dans sa version française) s'est fait car ce comic book est, à ma connaissance, le seul de l'univers Batman à dépeindre la psychiatrie sous autant d'aspects. J'aurais en effet pu choisir de travailler sur *The Killing Joke* (78), où Alan Moore traite de l'entrée dans la folie du célèbre Joker – qui essaie à son tour de rendre fou le Commissaire Gordon, ou de la série des années 90 *Batman : the animated series*, qui introduit le personnage du Dr Harleen Quinzel, psychiatre qui tombe amoureuse du Joker et devient son sa complice, ou encore des *Tourments de Double-Face* (79) où Harvey Dent lutte contre son trouble. Cependant, dans chacun de ces exemples on ne traite de la psychiatrie que sur un nombre restreint d'aspects : une origine possible de la folie dans *The Killing Joke*, la psychothérapie et une représentation de psychiatre dans *Batman : the animated series*, la confusion des troubles mentaux dans *Les tourments de Double-Face*. Dans *Arkham Asylum : a serious house on serious earth* sont exposées : une représentation d'une institution et des professionnels en santé mentale qui y travaillent, des patients qui y sont enfermés et/ou soignés, des soins psychiatriques (psychothérapie, ECT, l'absence caractéristique des traitements médicamenteux).

Il y a bien sûr d'autres raisons à ce choix, comme le succès de ce comic book décrit

comme « le roman graphique original le plus vendu jamais publié par DC comics » (77) par la responsable éditoriale Karen Berger, en 2004. Une première raison de ce succès immédiat peut être le fait qu'il soit paru juste après la sortie du film *Batman* (80) de Tim Burton, et a ainsi pu profiter de la vague d'engouement autour de ce personnage. Une raison d'un succès plus différé peut être le fait qu'il représente la première histoire de Batman écrite par Grant Morrison, ainsi que son premier succès commercial, auteur décrit aujourd'hui comme un « écrivain dont le travail inclut certains des comics les plus influents de la fin du XXème siècle et du début du XXIème siècle », selon une de ses biographies. (81) Son succès, et donc sa grande diffusion, en fait un sujet de choix pour un travail autour des représentations de la psychiatrie et de la diffusion des stéréotypes dans la culture pop.

Une autre raison est la volonté de Morrison de réaliser un comic book qui « ressemble plus à un morceau de musique ou à un film expérimental qu'à une BD d'aventure », d'après son introduction au scénario commenté. D'ailleurs, Karen Berger parle du script comme d'un « scénario de film ». En effet, nous verrons au cours de notre travail que Morrison, appuyé par les dessins de McKean, emprunte beaucoup au style cinématographique pour décrire ce qui a trait à l'univers de la psychiatrie, autant dans sa manière de « filmer » les personnages, que dans l'utilisation des clichés que nous avons cités en Partie II.

Pour réaliser ce travail, j'ai travaillé exclusivement à partir des éditions suivantes : *Batman Arkham Asylum 25th Anniversary Deluxe Edition* (77) publiée en 2014 par DC comics, et sa traduction française *Arkham Asylum* (1), publiée en 2015 par Urban Comics, qui est la traduction de l'édition spéciale pour le 25ème anniversaire.

## **1. Présentation des personnages du comic book**

### *Batman, le chevalier noir*

Batman est un personnage de fiction créé par le scénariste Bill Finger et le dessinateur Bob Kane. Il apparaît pour la première fois dans le comic book *Detective comics* numéro 27 paru en Mai 1939. Batman est l'identité secrète de Bruce Wayne, un milliardaire philanthrope qui a décidé de lutter contre le crime après avoir assisté au meurtre de ses parents par un voleur dans une ruelle de Gotham. Il est parfois accompagné dans ses aventures par Robin, dit le jeune prodige, en la personne de Jason Todd au moment de la parution de ce comic book. Il est allié et ami avec le commissaire Gordon, qui pour l'appeler possède un « bat-signal », un phare qui projette le logo de Batman sur les nuages de Gotham City. Dans *Arkham Asylum*, Morrison nous offre un Batman confronté à ses propres peurs et à sa propre folie.

### *Le Joker, clown prince du crime*

Le Joker est également un personnage créé par Bill Finger et Bob Kane. Il apparaît pour la première fois dans le comic book *Batman* numéro 1 paru en printemps 1940. En 1988, Alan Moore dans *The Killing Joke* (78) tente de lui donner une origine : le personnage qui deviendra le Joker est un humoriste sans succès qui pour subvenir aux besoins de sa famille accepte de participer à un cambriolage. Lors de ce cambriolage, Batman apparaît et tente de le capturer mais celui-ci tombe dans des produits chimiques : sa peau devient blanche, ses cheveux verts, et son visage se déforme, il devient le Joker.



### *Amadeus Arkham, fondateur de l'asile d'Arkham*

La création d'Amadeus Arkham est ultérieure à la création de l'asile d'Arkham. En effet, l'asile apparaît pour la première fois en 1974. Pour les besoins de la rédaction de l'encyclopédie *DC Who's Who* en 1984, Len Wein crée le personnage d'Amadeus Arkham dans l'article sur l'asile, afin de poser un contexte. Il est d'ores et déjà un psychiatre qui tombe dans la folie, mais initialement en raison du krash boursier de 1929. Ici, Morrison nous propose une nouvelle origine à ce personnage.

### *Les autres personnages clés*

Double-Face, alter ego d'Harvey Dent, est un ancien procureur devenu criminel suite à un accident qui défigura la moitié de son visage et qui le fera décompenser sur le plan psychiatrique. Son trouble est parfois décrit comme un trouble schizophrénique, comme un trouble dissociatif de l'identité, ou encore une obsession pour le chiffre deux. Il prend toutes ses décisions à pile-ou-face, avec son dollar d'argent à deux faces dont une est balafrée.

Black Mask est l'alias de Roman Sionis. C'est un criminel, membre de la mafia, qui lorsqu'il est capturé est ordinairement détenu au pénitencier de BlackGate et non à l'asile d'Arkham. À noter qu'en 1992, 3 ans après la parution d'*Arkham Asylum*, la personne sous le masque de Black Mask n'est autre que Jeremiah Arkham, neveu de d'Amadeus Arkham, psychiatre également et directeur de l'asile.

La personne sous le pseudonyme de Gueule d'argile est impossible à définir, car dans l'histoire des comics il n'y a non pas un mais sept Gueules d'argile différents. Cependant, dans la mesure où il parle à Batman de sa « maladie » et de pouvoir « partager son

affliction », il semble qu'il s'agisse du troisième Gueule d'argile : Preston Payne. En effet, ce personnage, scientifique au sein du STAR Lab, était atteint d'hyperpituitarisme et cherchait un remède. Il s'est ainsi injecté un échantillon du sang du deuxième Gueule d'argile, sa peau a rapidement commencé à fondre, et tout ce qu'il touchait était atteint de la même affliction.

Docteur Destin, ou John Dee pour son nom civil, est un criminel qui a créé une machine qui lui permet de contrôler les rêves. La Ligue de Justice parvient à lui ôter la possibilité de rêver, le rendant fou.

L'épouvantail est Jonathan Crane, un docteur en psychologie spécialisé dans les phobies qui a développé un gaz phobogène qui, associé à son costume d'épouvantail, lui sert à provoquer la panique chez ses adversaires.

Le chapelier fou, alias Jervis Tetch, est un chapelier criminel obsédé par *Alice au pays des merveilles* de Lewis Carroll. Il est convaincu d'être le personnage de ce roman, et enlève plusieurs adolescentes pour en faire des Alice. Il a développé une puce qu'il intègre dans ses chapeaux permettant alors de prendre le contrôle des personnes qui en portent.

Maxie Zeus, diminutif de Maximillian Zeus, est un criminel persuadé d'être Zeus le Dieu de l'Olympe.

Killer Croc est le pseudonyme de Waylon Jones, un criminel atteint d'une maladie de peau lui donnant l'aspect d'un crocodile. Cette maladie atteint également son cerveau, rendant son comportement plus bestial.

En ce qui concerne les personnages de Charles Cavendish, Ruth Adams, et Martin Hawkins, ils ont été créés dans ce roman graphique et ne réapparaîtront jamais dans les histoires éditées par DC comics.

## **2. Représentations de l'institution psychiatrique : l'asile Arkham pour les criminels dangereux de Gotham City et l'hôpital psychiatrique de Metropolis**

Dès 1901, après la mort de son père et alors âgé de 11 ans, Amadeus Arkham doit s'occuper de sa mère malade. En 1920, Amadeus, adulte, est psychiatre à Metropolis. Il dit avoir fait ce choix de s'orienter vers la psychiatrie après avoir « fait vœu de prévenir les souffrances de gens comme [sa] mère » qui vient de décéder par suicide, comme nous le croyons encore à ce moment du récit. On peut donc aisément penser que « les souffrances de gens comme ma mère » se réfère au fait que sa mère a sombré dans la folie, ce que présageait déjà le début du récit lorsqu'on voit Elizabeth Arkham manger des scarabées.

Lorsqu'il est psychiatre à l'hôpital psychiatrique de Metropolis, Amadeus Arkham voit en consultation un certain Martin « le chien fou » Hawkins, un patient adressé par l'administration pénitentiaire, sans doute pour une expertise. C'est après avoir rencontré ce patient qu'Amadeus Arkham décide de profiter de l'héritage récent dont il a bénéficié et de transformer le manoir familial en « institution pour le traitement des malades mentaux », afin de pouvoir apporter des soins à des patients tel que Hawkins : « des hommes dont le seul crime est la maladie mentale, piégés par le système pénal, sans espoir de traitement ». Cet établissement ouvrira en novembre 1921 et s'appellera en version française « l'asile Elizabeth Arkham pour les malades mentaux criminels », en honneur à sa mère. Dans la version originale, cet établissement s'appelle « the Elizabeth Arkham Asylum for the Criminally Insane ».

Avant de parler de l'institution en elle-même, nous voyons déjà dans cette traduction une façon, volontaire ou non de la part du traducteur, de diminuer l'impact négatif des mots en traduisant « insane » non pas par « fous », mais par « malades mentaux ». En effet, comme nous l'avons vu plus tôt, pour la population générale le « fou » est inadapté au monde, dangereux de nature car c'est de son imprévisibilité que naît le danger. En revanche, en ce qui concerne le « malade mental », même s'il est également associé à la dangerosité, la population générale comprend qu'il souffre d'une condition médicale, et peut donc bénéficier de soins, de traitements afin d'améliorer son état psychique.

Concernant les institutions présentées dans le comic book, nous n'avons que peu d'informations sur l'hôpital psychiatrique de Metropolis, mais la version originale nous indique tout de même qu'il s'appelle le « State Psychiatric Hospital ». La notion de soins organisés par l'État disparaît de la version française.

En ce qui concerne l'asile d'Arkham, il est pour une fois clairement identifié comme un lieu de soins pour les malades mentaux criminels, ce qui pourrait s'apparenter avant l'heure aux Unités Hospitalières Spécialement Aménagées que l'on connaît en France. Par ailleurs, on peut trouver dans ce comic book la mention de « cellule » pour désigner la chambre d'un patient, pouvant rendre confus le rôle de l'asile : lieu de soins ? lieu d'enfermement ? les deux ? Dans d'autres publications de DC comics, l'asile paraît être un lieu d'enfermement, au même titre que la prison de BlackGate, non mentionnée ici, qui est le centre de détention de Gotham City pour les criminels « non malades mentaux », avec la différence notable que les « cellules » d'Arkham sont aménagées spécifiquement pour chaque patient afin de pouvoir contenir au besoin leurs super-pouvoirs.

Au total, dans ce roman graphique les lieux de soin sont clairement identifiés. Nous avons à Metropolis un hôpital psychiatrique publique, dans lequel Amadeus Arkham a travaillé jusqu'à ses trente ans environ, où il a pu être amené à réaliser des expertises psychiatriques. De l'autre côté nous avons un établissement de soins pour malades mentaux criminels, ce qui justifie à la fois le fait qu'on y trouve ce qu'on appelle des « super-vilains » atteints de troubles mentaux, ainsi que du personnel soignant, et non des geôliers comme on peut le lire ailleurs.

### **3. Représentations des professionnels de santé mentale**

#### *Dr Amadeus Arkham, du Dr Wonderful au Dr Evil*

Le personnage d'Amadeus Arkham est représenté à trois temps de sa vie : à 11 ans au début du récit lorsqu'il prend soin de sa mère, dans la trentaine après le décès de sa mère, alors psychiatre, père de famille, et directeur de l'asile qu'il a décidé d'ouvrir, puis d'un âge incertain, après avoir sombré dans la folie, lui-même patient de l'établissement qui porte son nom.

Nous avons peu d'informations sur lui enfant. Nous savons tout de même que son père est décédé récemment sans en connaître les causes, et qu'il est déjà dévoué aux soins de sa mère malade.

Les premières images que l'on a du Dr Arkham sont celles d'un homme qui vient de perdre sa mère, décédée par suicide, et dont la première décision après cette perte est de transformer le manoir familial, son héritage, en lieu de soins pour les malades mentaux criminels après son entretien avec Martin Hawkins. On retrouve dans cette description des

éléments d'un Dr Wonderful, notamment concernant le dévouement. En effet, il est prêt à sacrifier son travail et sa vie de famille actuels et quitter Metropolis, pour dévouer sa vie et son manoir familial aux soins des malades mentaux criminels.

Dès sa deuxième apparition pourtant, on peut noter des prémices de virage vers un des trois sous-types de Dr Evil selon Schneider, à savoir celui du psychiatre suffisamment fou pour abuser de sa position afin d'effectuer des actes malfaisants. En effet, il se décrit d'abord comme investi d'une mission : « mon destin m'apparaît alors ». On peut ensuite noter des éléments mégalomaniques avec une thématique mystique lorsqu'il orne le manoir – futur asile – d'une statue de Saint-Michel terrassant Satan : « Tout comme l'Archange a maîtrisé le Dragon, je dois plier cette maison à ma volonté. J'apporterai la lumière aux couloirs sombres de mon enfance. Je déverrouillerai les portes, et j'emplirai les pièces qui étaient vides. Et au-dessus de tout cela, j'installerai une image de la raison triomphant de l'irrationnel ».

Lors de sa troisième apparition en tant qu'adulte, en parallèle à la description d'un homme cultivé (adepte de Jung, jouant aux échecs avec Aleister Crowley, avec une large culture générale comme en témoignent ses connaissances sur les poissons clowns), nous avons également l'image d'un médecin moins disponible. En effet, même s'il reçoit un appel professionnel lors d'un temps en famille et qu'il prend la peine d'y répondre, il déclare « ce n'est PAS mon problème. Pas ce soir », lorsque la police l'appelle afin de connaître la dangerosité de Martin Hawkins. Cette diminution de sa disponibilité, et donc de son dévouement, est un autre élément qui le fait s'écarter peu à peu d'un Dr Wonderful.

C'est lors de sa quatrième apparition qu'aura lieu le point de rupture. Le premier Avril 1921, Amadeus Arkham trouve son épouse morte, découpée en morceaux, et sa fille

décapitée, la tête placée dans une maison de poupée. Nous le voyons ensuite revêtir la robe de mariée de sa mère « au milieu de cet abattoir », comme pour retrouver la contenance de ses racines familiales disparues afin de se protéger de l'horreur à laquelle il assiste. Il sort de cet épisode dissociatif et revient à la réalité lorsqu'il vomit, et déclare alors « je crois que je suis malade ».

Nous voyons par la suite un personnage qui est tombé dans la folie. L'asile ouvre finalement comme prévu en Novembre 1921, et Amadeus Arkham a pour premier patient celui qui a tué sa famille, qu'il prétend soigner avec le même dévouement dont il pouvait faire preuve par le passé. Il prépare en fait sa vengeance, qui aura lieu un an jour pour jour après le meurtre de sa famille. Ainsi, le premier Avril 1922, Amadeus Arkham profite d'une séance d'ECT dont bénéficiait Martin Hawkins pour s'en servir comme arme et le tuer : « Et je fais GRILLER cette ordure ».

Puis nous le voyons lutter contre un délire de persécution semble-t-il via des mécanismes de défense obsessionnels. Il parle lui-même de « routine » qui « évite que l'esprit parte dans des divagations morbides », ou encore de « déambulations rituelles », de « déplacements devenus aussi formels qu'un ballet ». Il est malgré cela sujet à des hallucinations auditives et à des modes de pensée paralogiques, masquant le miroir dans sa chambre partant du postulat qu'il est l'origine des rires moqueurs qu'il hallucine.

C'est dans l'apparition que nous venons de décrire que nous pouvons voir en quoi ce personnage est maintenant devenu un Dr Evil. Un psychiatre lui-même fou, usant de sa position, de son pouvoir et de ses connaissances pour exécuter sa vengeance.

Lorsque nous revoyons Amadeus Arkham, nous trouvons un personnage qui se décrit « brisé », qui vient d'ingéré des champignons toxiques afin de mettre fin à ses jours. Nous

suivons ensuite ses pensées, envahies d'idées délirantes polymorphes, avec idées de grandeur, identifications mystiques à des Dieux de diverses religions, sentiment d'injustice. Cet épisode délirant se termine avec la résurgence d'un souvenir refoulé, de la même façon que dans une cure cathartique : Elizabeth Arkham ne s'est pas suicidée, il l'a tuée lui-même comme pour la sauver de la folie, avant de revêtir une première fois sa robe de mariée, dans le même contexte que cité ci-avant.

Nous apprenons ensuite qu'Amadeus Arkham, 8 ans plus tard, a tenté de tuer son conseiller financier, et qu'il a en conséquence été « enfermé » dans l'asile.

Nous le voyons ensuite vieillard, enfermé dans l'asile. Il grave sur le sol de sa cellule un sort inspiré de pratiques chamaniques afin de sceller la chauve-souris, identifiée comme l'élément qui alimente la folie des hommes. Ici Amadeus Arkham n'est plus psychiatre, il est devenu un patient anonyme (le personnel soignant qui le retrouve allongé dans sa cellule ne connaît pas son nom).

Nous pouvons mettre en évidence dans cette évolution du personnage la description d'une idée reçue retrouvée communément mais non identifiée dans les clichés de Schneider : celle de la contagiosité des troubles mentaux, et du psychiatre qui, à force de contact avec ses patients, devient aussi voire plus fou qu'eux.

Pour résumer, nous avons ici un personnage de psychiatre qui, s'il est décrit au départ comme un Dr Wonderful, s'écarte peu à peu de ce cliché pour se rapprocher de celui du Dr Evil qui use de sa position pour assouvir sa vengeance, pour ensuite devenir patient lui-même.



### *Dr Ruth Adams, une Dr Wonderful en pleine confusion des rôles*

En la comparant aux stéréotypes de Schneider et de Gabbard concernant les psychiatres dans la culture populaire, le Dr Ruth Adams ne s'apparente définitivement pas au Dr Sexy. En effet, elle n'est pas représentée séduisante à outrance, ni de manière non professionnelle. Elle se rapprocherait plus d'un Dr Wonderful. Les différents éléments qui orienteraient Ruth Adams vers Dr Wonderful sont, dans un premier temps et de la même façon que pour Amadeus Arkham, son dévouement aux patients. Pour rappel, elle choisit de rester à l'intérieur de l'asile alors que les otages ont été libérés. On retrouve également le fait qu'elle est représentée comme soignant par la psychothérapie, et avec efficacité. Parlons notamment du patient Harvey Dent, ou Double-Face, qu'elle tente de soigner de son obsession pour la dualité, avec un certain succès comme nous le verrons dans la partie sur la représentations des soins. Un troisième élément est l'intérêt qu'elle porte à la maladie mentale et aux mystères qui l'entourent, avec sa théorie de la « sursanté mentale » dont souffrirait le Joker. Enfin, elle est représentée comme soucieuse du bien de l'autre quand elle refuse de réaliser un test d'associations de mots à Batman sans son accord, ainsi que le fait qu'elle l'arrête prématurément, constatant l'impact qu'il peut avoir sur Batman. Même lors de sa dernière apparition, alors menacée d'un rasoir par le Dr Charles Cavendish, elle reste calme, puis finit par le tuer, mais uniquement parce qu'il était en train lui-même de céder à la folie et de tuer Batman.

Ce qui caractérise le plus ce personnage est la difficulté d'identifier son métier au sein du lieu de soins. Elle se présente elle-même comme étant psychothérapeute. Elle est aussi appelée « Docteur » par Batman puis répond « La psychiatrie fonctionne ainsi ». C'est elle qui fait la passation du test de Rorschach ou encore le tests d'association de mots,

classiquement associés à la psychanalyse.

On peut aisément penser que le Dr Ruth Adams est psychiatre, et comme chaque psychiatre use de psychothérapie dans les soins elle se présente comme psychothérapeute. Partant de ce postulat, on peut imaginer que les références théoriques de l'enseignement qu'elle a reçu sont psychanalytiques.

Cependant un lecteur non familiarisé au domaine des soins psychiques peut facilement se perdre entre ces différentes notions. N'oublions pas les problématiques et idées reçues auxquels les psychiatres sont confrontés dans leur image publique, notamment celle disant que « le nombre et la variété des psychothérapies disponibles et les études et rôles respectifs des différents acteurs en santé mentale sont confus. »

Nous voyons donc que, malgré le fait que cette présentation du Dr Ruth Adams est plutôt positive, l'incertitude autour de son rôle ne peut faire que renforcer une problématique déjà existante dans la population générale dans la confusion des rôles des professionnels en santé mentale.

### *Dr Charles Cavendish, un Dr Evil stigmatisant*

Le Dr Charles Cavendish est d'abord représenté avec un nez de clown, que l'on devine sous une injonction du Joker devant la peur qu'il semble lui inspirer. À l'instar du Dr Ruth Adams, il a choisi de rester dans l'asile de son plein gré lorsque les otages ont été libérés. Cependant, contrairement à Adams qui reste pour maintenir les soins auprès des patients, Cavendish reste car, en tant qu'« administrateur » de l'asile, il veut rester pour ne pas laisser l'asile au « mains de malades » en version française, mais « in the hands of

madmen » en version originale. Nous voyons ici encore une manière, que l'on ne sait volontaire ou non, du traducteur d'utiliser des mots moins stigmatisants, pourtant cela fait perdre du sens et du caractère au personnage de Cavendish, qui semble détester être là. Nous avons également notion par l'intermédiaire du Joker que Cavendish « adore administrer des électrochocs », c'est-à-dire utiliser la table d'ECT qui rappelons-le est l'arme du meurtre de Martin Hawkins utilisée par Amadeus Arkham.

À la fin du récit, nous apprenons que c'est le Dr Cavendish qui est à l'initiative de la libération des patients de l'asile, prévoyant qu'ils demanderaient à Batman de venir afin de tendre « un piège à la chauve-souris ». Nous retrouvons chez le Dr Cavendish une symptomatologie similaire à celle d'Amadeus Arkham une fois qu'il a lu son journal. Nous retrouvons les idées délirantes de grandeur, du sentiment d'être investi d'une mission : « J'ai réalisé que **mon** destin était d'achever ce qu'il avait entrepris. » De la même façon qu'Amadeus Arkham a gravé sur le sol un sort pour sceller la chauve-souris, il adhère à d'anciennes croyances en entourant l'asile d'un cercle de sel pour empêcher la chauve-souris de sortir du piège, la croyant responsable de la folie des personnes résidant dans le manoir, puis dans l'asile. Nous trouvons également un point de rupture lorsque Batman lui signifie qu'il est malade et a besoin d'aide. Cavendish, vêtu de la robe de mariée d'Elizabeth Arkham, dans un instant de folie répond à cette affirmation en tentant de tuer Batman par strangulation. Batman à ce moment-là venait pourtant de dire qu'il n'était qu'un homme, bien différent du symbole qu'il représente lorsqu'il porte son costume, et donc bien différent de la chauve-souris. Dans la bataille entre les deux personnages nous voyons d'ailleurs non pas un Batman habituel, maître de tous les arts martiaux, mais un homme affaibli par ses doutes et ses peurs. Il répète « fils à maman » en l'étranglant, sans

doute au courant des difficultés qu'a éprouvées Batman lors du test d'association de mots. Il finira tué, la gorge tranchée par le même rasoir dont s'est servi Amadeus Arkham pour trancher la gorge de sa mère.

Ainsi nous avons un personnage de psychiatre dès le début présenté comme antipathique, ne souhaitant pas être là mais resté car il ne pouvait pas laisser l'asile aux mains des « madmen », et appréciant utiliser l'ECT sans que l'on sache à quelle fin. Il est ensuite décrit comme un Dr Evil, et se laisse plonger dans la folie du journal d'Amadeus Arkham et profite de sa position de chef d'établissement pour tendre un piège à Batman qu'il pense responsable de la folie des patients d'Arkham.

#### **4. Représentations des soins psychiatriques**

Lorsque Martin « le chien fou » Hawkins tue la famille d'Arkham, il ne le connaît que parce qu'il a été reçu en consultation à l'hôpital psychiatrique de Metropolis à la demande de l'administration pénitentiaire, mais n'est pas encore son patient. Il n'a donc pas encore bénéficié de soins psychiatriques. C'est après ce meurtre que l'asile d'Arkham ouvre et qu'il en sera l'un des premiers patients. Amadeus Arkham déclare qu'il « le traite, six mois durant ». Au terme de ces mois de soins, sans que l'on puisse connaître leur nature ou leur efficacité, Hawkins est tué sur la table d'ECT dans un plan échafaudé par Arkham, que les soins aient donné des résultats satisfaisants ou non. Voyons plus en détail comment est représentée l'ECT, ainsi qu'une autre modalité de soins retrouvée dans ce comic book : la psychothérapie. Nous ne pourrions parler de traitement médicamenteux, dont l'absence est caractéristique dans la culture populaire, comme nous l'avons déjà vu.

## *Représentations de l'ECT*

Comme nous venons de l'évoquer ainsi qu'à plusieurs reprises au cours de notre travail, l'ECT a servi d'arme dans le meurtre de Martin Hawkins. Comme nous l'avons déjà vu par le passé, notamment en examinant la revue de littérature de McDonald et Walter (34), nombre d'idées reçues sur l'ECT sont véhiculées dans la culture populaire. Ils retrouvaient comme principale indication un comportement antisocial, avec une intention de punition. Qu'en est-il ici ? Martin Hawkins semble souffrir d'un trouble psychotique, avec un syndrome positif constitué d'hallucinations acoustico-verbales et injonctions hallucinatoires à thématique mystique : il entend la voix de la vierge qui lui ordonne de mutiler le visage et les organes sexuels des victimes. On retrouve un syndrome de désorganisation avec un émoussement des affects visible lorsqu'il raconte sans le moindre affect le déroulement du meurtre lors de la consultation à Metropolis. On pourrait égarer parler de désorganisation cognitive en ce qui concerne la croyance que les mutilations que nous venons d'évoquer sont « le seul moyen d'empêcher ces petites putes de répandre des maladies », avec un rationalisme morbide. Il est difficile de retrouver plus de symptomatologie avec le peu de matériel clinique que nous avons à propos de ce personnage, mais cela permet d'évoquer un éventuel trouble schizophrénique paranoïde. Ce trouble, lorsqu'il est résistant, représente bel et bien une indication à l'ECT. Par contre, Arkham déclare qu'Hawkins prend plaisir à lui raconter les détails du meurtre de sa famille, ce qui pourrait plus s'apparenter cette fois avec un fonctionnement antisocial avec absence de culpabilité, ce qui représente un trouble de personnalité qui n'est pas une indication à l'ECT. Quoi qu'il en soit, ici nous voyons l'utilisation de l'ECT comme le décrivaient McDonald et Walter, c'est-à-dire avec une intention de punition.

Ces deux auteurs retrouvaient également une confusion entre ECT et des chocs électriques s'apparentant à ce qui est délivré lors d'une peine de mort sur la chaise électrique. Nous sommes clairement en présence d'une œuvre qui véhicule cette idée reçue, l'ECT étant l'arme qui permet de « griller » Hawkins.

Ils retrouvaient également une problématique de recueil de consentement. Ici, même si le recueil du consentement n'est pas clairement identifié, l'air serein de Hawkins sur la table d'ECT peut nous signifier son accord à un tel mode de soins.

Enfin, ils identifiaient des idées reçues concernant le mode d'administration de l'ECT, les œuvres étudiées montrant un patient complètement éveillé et terrorisé durant le traitement. Durant le traitement administré à Hawkins, il est clairement éveillé, et on peut mesurer la terreur, non pas de l'ECT en tant que soin, mais en tant qu'arme.

L'ECT est représentée une seconde fois lorsqu'on rencontre Maxie Zeus. Des câbles partant de la machine rentrent dans sa peau et cela sur plusieurs parties du corps. Ici l'ECT n'est pas représentée comme un soin, c'est Maxie Zeus qui s'en sert pour donner un plaisir masochiste à un gardien d'une part, et pour renforcer sa conviction délirante d'être le Dieu de la foudre d'autre part. Dans cette seconde représentation, nous retrouvons encore cette idée reçue de l'ECT comme instrument de torture, idée reçue amplifiée par la représentation graphique de la machine, s'insinuant sous la peau et cela dans chaque partie du corps.

En conclusion, l'ECT est représenté comme un soin d'une indication douteuse, à visée de punition, d'arme de meurtre pour assouvir une vengeance, d'instrument de torture, et cela avec une représentation graphique monstrueuse, bien loin de la réalité.

## *Représentations de la psychothérapie*

Malgré l'importance de la psychothérapie dans la pratique de soins quotidienne, elle n'est ici qu'abordée lorsqu'on évoque Ruth Adams et Harvey Dent. Reprenons le travail de Gabbard (47) dont nous avons déjà détaillé les conclusions. Il décrit comment les médias de divertissement utilisent la psychothérapie pour servir des fins scénaristiques ou de mise en scène, au détriment de la justesse de la représentation. Dans l'œuvre que nous étudions, Adams souhaite élargir le choix de possibilité de Dent, un patient obsédé par la dualité, qui prend toutes ses décisions avec une pièce d'argent d'un dollar. Pour cela, elle use de ce qui pourrait s'apparenter à de la Thérapie Cognitivo-Comportementale en élargissant d'abord à six possibilités au moyen d'un dé, puis actuellement à soixante-dix huit au moyen d'un jeu de tarot, avec pour objectif « un éventail complet de jugement qui pourra se passer d'absolus en noir et blanc ». Cette thérapie semble inefficace, voire délétère, la première fois que nous rencontrons Harvey Dent, souillé par ses urines car il n'est pas parvenu à prendre la décision de se rendre aux toilettes. Pourtant, à la toute fin du récit, c'est bien l'efficacité du soin psychothérapeutique qui permet à Batman de sortir de l'asile. En effet, il rend sa pièce à Harvey Dent et lui laisse décider de son sort : face intacte Batman peut sortir, face balafrée il meurt. Après avoir lancé sa pièce, il déclare Batman libre. Nous voyons ensuite un gros plan sur la main du personnage : c'est la face balafrée qui est tombée, Dent est ainsi parvenu à se libérer des choix imposés par la pièce. Cela va à l'encontre d'une conclusion qu'avait tirée Gabbard, à savoir qu'un thème récurrent est l'inefficacité de la psychothérapie.

Nous avons donc ici une image contrastée : une psychothérapie très peu présente, qui malgré un caractère délétère initial s'avère être un outil de soins efficace.

## **5. Représentation des personnages atteints de troubles mentaux**

Dans la partie précédente, et plus spécifiquement dans la partie concernant l'ECT, nous avons déjà tenté de développer la clinique que présente Martin Hawkins. Le but ici n'est pas de faire une analyse sémiologique de chaque personnage. Si nous l'avons effectivement fait pour Martin Hawkins, c'était afin d'évaluer s'il bénéficiait d'ECT pour une bonne indication.

Dans cette partie, nous verrons plutôt en quoi les représentations des personnages peuvent être stigmatisantes, dans le sens où elles véhiculent des stéréotypes, voire les préjugés et comportements discriminatoires qui y sont associés.

### *Un des premiers patients d'Arkham : Martin « le chien fou » Hawkins*

Notre première rencontre avec Hawkins se fait à l'hôpital psychiatrique de Metropolis où il est reçu en consultation par le Dr Arkham, à la demande de l'administration pénitentiaire de l'établissement dans lequel il est détenu. Le décor est d'ores et déjà planté le concernant : il est adressé par une prison à un psychiatre avant son procès, on peut imaginer que le but est une expertise psychiatrique afin de savoir s'il est ou non responsable de ses actes criminels.

Nous voyons un visage balafré, avec un sourire gênant, discordant avec son discours. L'image qu'en dépeint le psychiatre amène pourtant à une certaine empathie, notamment lorsqu'il déclare « Combien d'autres comme lui, encore ? Des hommes dont le seul crime est la maladie mentale, piégés par le système pénal, sans espoir de traitement. » Le point de vue sur Hawkins change, il n'est plus un « fou dangereux », mais un homme en



souffrance psychique, un malade mental, une personne qui nécessite des soins. Cette empathie est renforcée par les dessins et par un travelling arrière montrant Hawkins seul au milieu d'une pièce trop grande, comme si personne ne pouvait le comprendre.

On fait ensuite allusion à Hawkins lorsqu'Arkham reçoit un appel chez lui. Hawkins vient de s'évader de l'établissement pénitentiaire, et la police veut connaître « son état d'esprit ». Le point de vue sur le personnage change encore lorsqu'Arkham déclare qu'« il est extrêmement dangereux ».

Quelques pages plus tard, nous assistons à la scène où Arkham rentre chez lui et trouve sa femme et sa fille mortes, découpées en morceaux. À côté du corps de sa femme nous pouvons lire une signature « mad dog », le chien fou. Cette scène est réalisée de telle sorte qu'on puisse mesurer l'horreur de ce qui vient d'arriver. On perd toute empathie pour Hawkins, il est dépeint comme un « fou dangereux ».

Nous le retrouvons une dernière fois, maintenant patient de l'asile Arkham qui vient d'ouvrir. En une vignette sont résumés les différents entretiens qui ont eu lieu entre Arkham et Hawkins. À ce moment du récit, nous suivons les pensées d'Arkham qui estime qu'Hawkins « prend plaisir à [lui] raconter en détail les atrocités auxquelles il s'est livré sur Constance et Harriet. » Le sentiment d'antipathie ne fait que s'agrandir.

Dans la même page Arkham tue Hawkins, faisant passer le meurtre pour un accident lors d'une séance d'ECT.

Reprenons maintenant la classification des représentations négatives des troubles mentaux de Hyler. Hawkins est l'exemple parfait du fou meurtrier (the homicidal maniac). Cette représentation véhicule l'image du malade mental comme personne dangereuse, envers lequel il est impossible de ressentir de l'empathie. Ce stéréotype est associé à des

images d'horreur, qui peuvent provoquer une émotion telle que le dégoût ou la peur. Ainsi, non seulement Martin Hawkins est présenté par le biais d'un stéréotype, mais on nous donne également un préjugé associé.

### *Harvey Dent, Double-Face*

La première rencontre avec Harvey Dent nous montre un personnage pathétique, replié sous une table, souillé par sa propre urine, en train de manipuler maladroitement des cartes de tarot. Rappelons qu'avant de devenir Double-Face, Harvey Dent était procureur de la République à Gotham City. En effet, nous voyons une personne atteinte de trouble mental, ici une obsession pour le chiffre 2, que le Dr Ruth Adams tente de soigner en élargissant ses choix possibles, à l'heure actuelle en remplaçant sa célèbre pièce par un jeu de tarot. Lorsque Batman le voit, sa réaction est la suivante « Mais dans l'intervalle, il ne peut plus prendre une décision simple, comme d'aller aux toilettes sans consulter les cartes ? Vu d'ici, vous avez totalement **détruit** sa personnalité, Docteur ». À ce moment du récit, nous voyons donc le stéréotype du raté dans la classification de Hyler, un patient qui ne répond pas au traitement et qui a une qualité de vie médiocre.

Lors de sa deuxième apparition, le stéréotype du raté est encore plus appuyé. Le voyant de profil – son hémiface intacte – il admire la lune et nous dit « la lune est si belle... ». C'est lorsque nous le voyons sous son autre profil – son hémiface balafrée – qu'on le voit comparer la lune à son dollar d'argent : « comme un dollar d'argent jeté en l'air par **Dieu**. La face abîmée est sortie... Alors, il a créé le monde. » Il reste tellement obsédé par la binarité, par son dollar d'argent dont une face est balafrée, qu'il le voit même dans la lune.

Une nouvelle preuve de l'échec du traitement...

Nous le voyons pour la troisième fois lorsque Batman a détruit des câbles, une fenêtre, une porte, laissant le champ libre aux patients d'Arkham de sortir. Il vient faire face au Joker, lui disant qu'il est libre. Le Joker lui laisse le choix entre revendiquer son manteau royal (une camisole – nous y reviendrons plus tard) et mettre fin à ses souffrances. Batman décide de laisser Double-Face choisir, en lui rendant son dollar d'argent. Lorsqu'il le récupère, sa posture change pour une posture plus affirmée, comme si les soins lui avaient enlevé une partie de lui qu'il récupérait. Il lance sa pièce et déclare Batman libre. Ici, nous voyons ce qui pourrait être considéré comme un retour en arrière dans les soins (le fait que Batman lui rende sa pièce), mais qui permet à Double-Face d'être lui-même. Encore une fois l'auteur nous signifie l'échec des soins dans cette représentation, et appuie sur le stéréotype du raté.

Pourtant, dans la scène finale, face à un personnage adoptant la même posture affirmée, nous voyons dans sa main que la pièce affiche sa face balafrée. Contre toute attente et malgré les représentations que l'on a eues du personnage auparavant, les soins ont permis à Harvey Dent de se débarrasser de son obsession pour la dualité. Fier, il se tourne vers le château de cartes construit avec son jeu de tarot, et reprend cette citation d'Alice au pays des merveilles : « Qui se soucie de vous ? Vous n'êtes rien qu'un paquet de cartes ». Il se débarrasse là d'un outil qui le desservait.

Nous avons donc un personnage qui, malgré une représentation initiale et qui dure la quasi-totalité du récit de raté, parvient à montrer l'efficacité des soins qu'il a reçus.

### *La galerie des spécimens de zoo*

Le Joker lance « l'activité de la soirée » : il souhaite que Batman se prête à un jeu de cache-cache, qui sera l'occasion de se confronter à ses propres troubles. Cette partie de cache-cache est également l'occasion de rencontrer plusieurs patients qui ne seront présents que pour une à quatre pages du récit, hormis le dernier : Killer Croc. Cette présentation donne l'impression d'une galerie, de l'allée d'un zoo où on regarderait avec une attention incertaine les animaux dans leur enclos. Les personnages sont tellement déshumanisés que le récit ne prend pas la peine de leur donner un nom, ils sont appelés par leur pseudonyme de super-vilain (même si nous avons tenté dans notre présentation des personnages de leur offrir un background afin d'aider la lecture).

Le premier patient de cette galerie est Gueule d'argile. Aucune indication n'est donnée quant au trouble mental dont il pourrait souffrir. Nous le voyons pathétiquement errer dans le couloir, nu, difforme, contagiant jusque les murs de sa maladie de peau qui lui a fait perdre son humanité.

Il demande pitoyablement de l'aide à Batman qui en a peur et en est dégoûté. Même les bulles dans lesquelles figurent son paroles sont déformées, rendant son discours plus pathétique encore. Batman répond à cette demande d'aide en lui criant « Ne me touche pas ! » avant de lui briser la jambe. Les réactions émotionnelles possibles peuvent être le mépris, le dégoût, la peur. De plus, le comportement discriminatoire qu'adopte Batman est non seulement un refus d'aide, mais en plus un comportement de violence envers un malade uniquement car il est malade.

Par ailleurs, cette image véhicule également l'idée d'une contagiosité des troubles mentaux, allant jusqu'à rendre malades les murs.

Le deuxième patient de cette galerie est le Dr Destin. À l'instar de Gueule d'Argile, la présentation est pathétique, et aucune indication n'est donnée quant à l'indication d'une hospitalisation (ou d'un enfermement) à Arkham. Nous savons juste par le Joker que le Dr Destin n'a qu'à « nous regarder... Et alors on cesse d'être réels... » Le personnage entre dans la « cellule » (selon le commentaire du script présent dans la version originale, partie absente de la version française éditée par Urban Comics) de Gueule d'argile, à la recherche d'une aide pour le pousser dans son fauteuil roulant. Pris de panique dans ce jeu de cache-cache macabre et après les déclarations du Joker quant à ses pouvoirs, Batman pousse le Dr Destin du haut des escaliers. On le voit ainsi, encore plus pathétique, allongé en bas des escaliers, incapable de se mouvoir seul.

Outre une présentation qui s'ancre dans le stéréotype du spécimen de zoo, nous avons également là le stéréotype de la victime, dépendant des autres, et les mêmes préjugés et comportements de discrimination qu'avec Gueule d'argile.

Le troisième personnage est l'épouvantail. Il est représenté encore plus déshumanisé que les autres personnages : il ne dit aucun mot, marche de façon désarticulée, comme un pantin, et il porte son costume de super-vilain cachant son visage humain par une toile à la forme vaguement humanoïde. Ce personnage n'est d'ailleurs présent que sur une page, et sert le récit uniquement car il montre un Batman qui en a tellement peur qu'il s'en cache dans une cellule ouverte proche de lui, dans laquelle il va découvrir des écritures gravées sur le sol (c'est plus tard dans le récit, même si nous l'avons déjà développé, qu'on apprendra que ces écritures sont un sort gravé par Amadeus Arkham avec ses ongles afin de sceller la chauve-souris).

Nous rencontrons ensuite le Chapelier fou. Il se lance dans un monologue et, à l'inverse

des autres patients spécimens de zoo, ici nous pouvons imaginer la raison de sa détention en Arkham : de probables conduites pédophiles « C'est pourquoi les enfants m'intéressent tant. [...] Les connaître, c'est me connaître moi-même. Surtout les petites filles. Les blondes. Quelles petites putes... » La représentation graphique de ce personnage se veut inquiétante : il a les cheveux et les sourcils hirsutes, un sourire malveillant fait de dents pointues, le regard aux expressions changeantes. La volonté du scénariste et du dessinateur est clairement affichée : ce personnage est dérangeant. Il semble présenter un syndrome de désorganisation, avec sur le plan cognitif un discours diffluent, décousu, une ambivalence, un raisonnement paralogique. On retrouve également une désorganisation affective, avec ce large sourire discordant avec le discours.

On pourrait rapprocher ce personnage du stéréotype du fou meurtrier, dans son côté dérangeant et dangereux, en plus du stéréotype de spécimen de zoo. Avec un personnage bien différent de Hawkins, les auteurs nous donnent une nouvelle fois le même préjugé associé aux troubles mentaux : tout est fait pour que le lecteur ressente de la peur et/ou du dégoût.

Après une courte pause dans cette galerie, nous rencontrons Maxie Zeus, qui lui a droit à quatre pages de développement. Il est le premier personnage de la galerie à avoir un nom civil, mais il est important de noter que Maxie Zeus n'a pas de pseudonyme de supervilain. Maxie Zeus est lié à la machine d'ECT de toute part, et délivre des électrochocs à un garde qui y prend plaisir. Maxie Zeus présente des idées délirantes, avec une intuition mystique d'être Zeus, conviction renforcée par le pouvoir que lui confère la machine d'ECT dans ce comic book. Il dit même « For I am Zeus. Lord of ECT. God of electric retribution », traduit par « Car je suis Zeus, seigneur d'électrochoc, dispensant l'électrique

rétribution ». Il n'est pas difficile d'imaginer l'indication pour ce personnage de bénéficier de soins psychiatriques au sein d'une structure hospitalière. Le fait qu'il en bénéficie dans un « asile pour malades mentaux criminels » jette un flou sur la limite entre la maladie mentale et la dangerosité. Même si en effet, Zeus se sert de la machine à ECT comme un instrument de torture, à la demande du torturé, cette machine vient appuyer sa conviction délirante d'être le Dieu du tonnerre de la mythologie grecque, et rien ne transparait dans son discours sur l'intérêt de soins dans une structure pour « criminels ». Nous avons donc un personnage spécimen de zoo, qui sert à véhiculer des idées fausses sur l'ECT, ainsi qu'à faire l'amalgame entre maladie mentale et dangerosité.

Le dernier patient de la galerie est Killer Croc, et c'est celui qui a droit au plus grand nombre de pages. Malgré cette apparition plus longue que les autres personnages de la galerie, Killer Croc ne parlera pas. Il entraîne Batman dans une lutte qui servira le récit dans un sens où Batman, en tuant Killer Croc de la même façon que Saint-Michel terrasse Satan, tue ses démons. La présentation du personnage n'en est pas moins stigmatisante. La représentation graphique est animale, le comportement impulsif et bestial (il se jette dans une lutte sans un mot), véhiculant une nouvelle fois une image d'imprévisibilité dangereuse du malade mental.

Pour résumer, parmi ces six personnages qui peuvent entrer, selon la classification des représentations négatives des troubles mentaux au cinéma de Hyler, dans la catégorie « spécimen de zoo », d'autres stéréotypes sont véhiculés tels la dangerosité comme inhérente à la maladie mentale, la contagiosité des troubles mentaux, ainsi que le stéréotype présentant les personnes atteintes de troubles mentaux comme incapables de s'occuper d'elles-mêmes. En plus de ces stéréotypes, le récit nous sert des préjugés de

peur et de dégoût des personnes atteintes de troubles mentaux, ainsi que des comportements discriminatoires de refus d'aide et de violence envers elles qui sont banalisés.

### *Le Joker, un membre éclairé de la société ?*

Le Joker est présenté comme un personnage machiavélique, dans le sens où il n'hésite pas à user de perfidie pour parvenir à ses fins : confronter Batman à sa propre folie. C'est en effet le Joker qui est à l'origine de la venue de Batman à Arkham, des tests psychologiques sommaires dont bénéficiera Batman, du jeu de cache-cache, et c'est lui qui accompagnera Batman jusqu'aux portes de l'asile. C'est également lui qui va permettre de nous présenter plusieurs lieux communs en rapport avec la psychiatrie, ce que nous verrons en parallèle.

Sur le plan psychiatrique, il est le personnage sur lequel nous avons le plus d'informations de la part de la psychiatre le Dr Ruth Adams. Malgré cela nous sommes au milieu d'un flou diagnostique tant elle perd le lecteur : doute sur une condition médicale de trouble mental, possession chamanique par un Loa vaudou, syndrome neurologique analogue au syndrome de Tourette, concept nouveau et peu fondé de « sursanté mentale » où le Joker n'a pas d'unité dans le temps et « se recrée chaque jour » : « C'est pourquoi certains jours, il n'est qu'un clown facétieux, et d'autres un tueur psychotique. » (notons ici que la version originale indique « psychopathic killer », et non « psychotic »). Il est décrit comme une énigme médicale, que « certains [...] croient au-delà de tout traitement. » Ici le Joker sert à présenter le stéréotype de la psychiatrie comme discipline médicale inefficace,



incapable même de poser un diagnostic.

Dans cette partie du récit nous avons un commentaire de Batman qui indique que le Joker a fait des victimes, avec la réponse du Dr Adams qui nous apprend plus clairement qu'il a commis un ou des meurtres. Outre le fait que cela approche le Joker du stéréotype de fou meurtrier, cela véhicule le lieu commun du psychiatre comme gardien de l'ordre social.

À l'issue de cette scène, le Joker nous sert un nouveau stéréotype qui est celui du psychiatre qui fouille, creuse, voire lit les pensées de la personne en face de lui : « Je veux creuser plus profond que ça ! Je veux qu'il sache ce que ça fait de sentir des doigts tout collants explorer les sales petits recoins de son esprit. » C'est ainsi qu'il use de deux symboles forts de la psychiatrie dans l'imaginaire collectif : une planche du test de Rorschach (qui semble être inspirée de la planche I) qu'il montre directement à Batman, et le test d'associations de mots qu'il demande au Dr Adams de faire passer, comme pour mieux ancrer l'image du psychiatre qui pénètre par effraction dans la psyché du patient.

Nous le voyons ensuite juste énoncer les règles des « activités de la soirée », et menacer le Dr Adams avec un revolver après avoir tué de sang froid un gardien de l'asile afin de contraindre Batman à se prêter au jeu de cache-cache. Ceci installe encore plus le personnage dans le stéréotype du fou dangereux bien sûr, mais nous ne manquerons pas de noter que le gardien en question porte une casquette bien similaire à celle d'agent de police, rajoutant encore du flou sur la mission principale de l'établissement, et par extension de l'institution psychiatrique : soigner ou enfermer ?

Nous retrouvons le Joker dans une des scènes finales, lorsque Batman a détruit une partie de l'asile pour rendre libres les patients. Il lui répond « Oh, mais on le savait déjà... Et toi ? Es-tu venu pour revendiquer ton manteau royal ? Ou bien pour que nous mettions

fin à tes souffrances, pauvre créature malade que tu es ? » Ici le « manteau royal » renvoie à la camisole de force, autre symbole fort de l'arsenal psychiatrique dans l'imaginaire collectif, outil de maintien de l'ordre contre la dangerosité.

Enfin, il raccompagne Batman aux portes de l'asile en lui disant « Amuse-toi bien, dehors... Dans l'asile. » Rappelons-nous que Batman vient de libérer les patients, ce à quoi le Joker répond qu'il savait déjà qu'il était libre, et reste à l'intérieur d'Arkham. Finalement, la contenance de l'asile ne permettrait-elle pas au Joker d'échapper à la folie de la société ? Sa décision de rester dans cette contenance plutôt que de se confronter à la folie du dehors ne fait-elle pas de lui un fou dangereux éclairé ?

### *Batman*

Dans ce comic book, Batman n'est pas présenté comme un patient. Pourtant, à l'instar de Amadeus Arkham et Charles Cavendish, il est clairement représenté en grande souffrance voire en détresse psychique.

Dès la première scène où il apparaît, Bruce Wayne sort de son personnage de Batman pour avouer au commissaire Gordon qu'il a peur : « Peur ? Batman n'a peur de rien. C'est **moi, j'ai** peur. » Il n'a pas peur du Joker ou des criminels d'Arkham, mais peur que le Joker ait raison à son sujet lorsqu'il dit « Nous te voulons. Ici, avec nous, dans l'asile. Là où est ta place ». Ce dont il a peur est de se sentir chez lui à Arkham, et cette peur vient lorsqu'il questionne la rationalité de ses actes.

Il ne questionne donc pas leur caractère illégal (rappelons tout de même que Batman est un justicier qui se substitue aux forces de l'ordre, la plupart du temps illégalement), ce qui

pourrait être l'objet d'une peine peut-être de détention émise par la justice ; il questionne ici leur rationalité, et a peur de se découvrir lui-même fou. C'est ici que l'on retrouve ses paroles citées en introduction : « Et quand je passerai les portes de l'asile [...] j'ai peur de m'y sentir... chez moi. » Cette dernière phrase est stigmatisante en deux points. Le premier est que Batman, de même que le Joker, fait une distinction nette et franche entre le « nous » et le « eux ». Rappelons que c'est cette distinction, impliquant une différence significative entre ces deux groupes, qui est à l'origine même de l'identification du concept de la stigmatisation.

Le deuxième point est l'amalgame, encore une fois dans ce récit, entre troubles mentaux et dangerosité, voire criminalité. En effet, si Batman remet en question sa santé mentale, pourquoi sa place serait-elle à Arkham, un établissement pour malades mentaux criminels, et non dans un centre de soins en santé mentale ?

Lors de sa deuxième apparition, Batman a un discours et une attitude stigmatisants à plusieurs reprises. Ses premiers échanges avec le Joker sont teintés de peur et de dégoût, en témoigne son « Ne pose pas tes sales pattes sur moi ! », suivi de l'insulte « Sale dégénéré ! ». Nous avons ici un stéréotype sous forme d'insulte, et des préjugés négatifs.

Ensuite, lorsqu'il discute avec le Dr Ruth Adams à propos de soins psychiques et de psychothérapie, avec des paroles telles que « Vu d'ici, vous avez totalement détruit sa personnalité, docteur », « vous devez bien admettre qu'il est difficile d'imaginer cet endroit comme favorable à la santé mentale de qui que ce soit... », ou encore « vous m'excuserez si j'ai du mal à percevoir l'effet de vos techniques », le personnage multiplie les idées reçues sur l'inefficacité des soins psychiques, stéréotype largement véhiculé par la culture

pop, comme l'avait conclu Gabbard. (46)

Dans la suite, nous nous écartons de ce Batman stigmatisant pour aller vers un Batman auto-stigmatisé. Le passage du « nous » aux « eux » qu'il redoutait tant commence ici, lorsque le Joker lui montre une planche fictive inspirée du test de Rorschach et qu'il y voit une chauve-souris. Dans l'impossibilité de dévoiler une faiblesse, il déclare ne rien voir, mais le lecteur et le personnage savent que la vision d'une chauve-souris est venue effracter sa pensée. À partir de ce point, nous passons d'un Batman fragile à un Batman qui s'enfonce peu à peu dans la mélancolie. Nous le retrouvons ainsi effondré sur sa chaise dans les suites directes du test d'association de mots qui lui rappelle ses parents et lui fait revivre la scène dans laquelle ils se sont fait assassiner. Il sortira de cet état dissociatif et se ramène à la réalité en se mutilant avec un miroir brisé. Cette scarification inscrit Batman en tant que personnage atteint de trouble mental, dans un moment où le symbole d'effroi qu'il essaie d'incarner s'effondre, et que l'on a accès uniquement à la personne derrière le masque, Bruce Wayne en quête de ses parents. Bruce Wayne en souffrance.

De retour à la réalité il parcourt la « galerie des spécimens de zoo » en exprimant des réactions émotionnelles négatives comme nous l'avons décrit plus tôt. Sur le plan scénaristique, cela sert à confronter Batman à sa folie comme le décrit le chapelier fou : « Parfois j'ai l'impression que cet asile est une tête... Que nous sommes tous dedans, des rêves dans cette tête. Peut-être est-ce la tienne Batman. Arkham est un miroir. Et nous sommes toi ».

Cette galerie se termine par le combat contre Killer Croc, en parallèle des écrits dans le journal d'Amadeus Arkham décrivant comment lui-même, après avoir tenté de se suicider

en mangeant une amanite, fait « face au DRAGON » et craint de n'être pas assez fort pour le vaincre. Ce combat se solde par la victoire de Batman après avoir terrassé le dragon avec la lance qu'il a prise à la statue de Saint-Michel. C'est le début pour Batman de la sortie de la mélancolie.

Il retrouve ensuite le Dr Cavendish qui lui avoue avoir lui-même libéré les patients de l'asile. Batman rencontre ici l'origine du mal et la combat. C'est dans cette scène que l'on pourra prendre compte de l'importance de l'auto-stigmatisation. Après ce qu'il vient de vivre et les doutes qu'il a traversés, il doit affronter Cavendish. Il adhère à cette proposition de Cavendish qui le décrit comme malade : « Malade, moi ? Vous vous êtes regardé dans la glace, dernièrement ? HEIN ? » Rappelons qu'il est parvenu à défaire Killer Croc décrit comme un monstre reptile surhumain et entraîné au combat, et ne parvient pas à surpasser la force d'un homme qui le menace d'une simple lame. Ce n'est donc pas son état physique ou sa mélancolie qui le freinent dans ce combat, mais bien le comportement d'auto-stigmatisation qu'il adopte juste après les paroles de Cavendish. Il parvient tout de même à demander de l'aide, qu'il obtiendra en la personne du psychiatre Ruth Adams.

Enfin, on retrouve un Batman reconstruit, qui détruit de ses forces les murs de l'asile afin de rendre libres les patients, puis laissé en vie par la décision d'un Double-Face sur la voie de la guérison. Rajoutons à ce sujet que malgré l'indication du Dr Ruth Adams lorsque Batman entre dans l'asile lui demandant d'appeler Double-Face par son vrai nom, Batman choisit délibérément de l'appeler par son pseudonyme, le ramenant à sa condition de criminel.

Concernant l'amélioration de l'état psychique de Batman, nous avons donc pour la deuxième fois dans ce récit l'idée reçue que « Parfois, il faut détruire pour pouvoir

reconstruire. [...] La psychiatrie fonctionne ainsi. », comme le décrivait le Dr Ruth Adams lorsqu'elle parlait d'Harvey Dent.

Pour résumer, le personnage de Batman a un portrait évolutif et complexe. Il porte d'abord un regard stigmatisant sur les patients de l'asile, tout en craignant être lui-même malade. Dès son entrée dans l'asile, son discours stigmatisant s'élargit et englobe les soins, remettant également en cause l'intérêt du rôle du psychiatre. Au cours du jeu de cache-cache organisé par le Joker, il rencontrera plusieurs patients et présentera des stéréotypes, des préjugés ainsi que des comportements discriminatoires négatifs envers eux. Il souffrira ensuite des conséquences de l'auto-stigmatisation après qu'un psychiatre lui suggère qu'il est lui-même malade (ce qu'il redoute depuis le début), et s'en sortira en parvenant toutefois à demander de l'aide. Lui-même reconstruit après avoir été détruit, il libère ensuite les patients de l'asile, de la même façon que lui est parvenu à se libérer de sa condition, offrant le stéréotype de détruire pour mieux reconstruire comme principe des soins psychiques.

## Conclusion

À ma première lecture de ce comic book je m'étais posé la question de son utilisation comme outil de lutte contre la stigmatisation de la psychiatrie, dans le sens où il pouvait donner une représentation parfois contrastée : le personnage du Dr Ruth Adams comme psychiatre qui élabore des théories sur l'énigme que représente le Joker, qui insiste pour dire que l'asile est un lieu de soins, l'amélioration de Harvey Dent grâce à la psychothérapie après une période d'aggravation de son trouble...

Le travail sur le concept de stigmatisation et les moyens de lutter contre met en évidence que le processus de déstigmatisation ne prend pas qu'un chemin, que ce soit celui de la protestation, de l'éducation ou du contact, mais nécessite bien ces trois voies, notamment dans la déconstruction des idées reçues et dans la construction d'idées plus justes, afin de pouvoir diminuer les préjugés et les comportements discriminatoires.

Le travail sur les représentations de la psychiatrie dans la culture populaire a mis en lumière des idées reçues et stéréotypes tellement retrouvés qu'ils ont pu faire l'objet de classifications. Ces idées reçues concernaient des champs bien différents de la psychiatrie et pourraient être résumées ainsi : les psychiatres sont soit trop fous soit trop bons, les patients sont pour la plupart dangereux, les soins quelle que soit leur forme sont soit inutiles soit dangereux. Il existe bien sûr des œuvres de fiction qui offrent un portrait plus contrasté, plus juste, mais si minoritaires qu'elles ne parviennent pas à apparaître dans les revues de littérature.

Quelle est donc la place d'*Arkham Asylum* dans la lutte contre la stigmatisation ?

Elle ne se trouve assurément pas dans le contact humain avec les personnes atteintes de

trouble mental et les usagers de soin. Elle ne se situe pas non plus du côté de la protestation, le comic book véhiculant lui-même des messages vecteurs de stigmatisation.

Se situe-t-elle donc du côté de l'éducation ?

Nous avons cité une étude de Wahl et Lefkowitz (72) qui évaluait les différences d'attitudes entre des personnes qui avaient ou non vu le film *Jusqu'à la folie* (73). Ils retrouvaient une différence significative entre les personnes ayant visionné le film et ceux ne l'ayant pas vu. Par contre, nous n'avons pas encore évoqué la partie de leur étude qui évaluait les différences d'attitudes entre des personnes qui avaient vu le film seul, et un autre groupe qui avait vu le film accompagné d'un message de prévention. Ils n'avaient étonnamment retrouvé aucune différence significative entre ces deux groupes. En extrapolant au sujet de notre travail, nous pouvons penser qu'ajouter un message de prévention dans ce comic book n'aurait pas ou peu d'impact.

*Arkham Asylum* ne peut pas être considéré comme un outil de lutte contre la stigmatisation de la psychiatrie. Au contraire il peut être vecteur de stigmatisation dans ses représentations véhiculant des stéréotypes, des préjugés et des comportements discriminatoires négatifs. Toutefois, il offre un terrain de réflexion sur nos propres idées reçues, notamment dans ses portraits plus contrastés bousculant les clichés habituellement véhiculés dans la culture populaire.



## Bibliographie

1. Morrison G, McKean D, Kane B. Arkham asylum. Paris: Urban comics; 2015.
2. stigma - Dictionnaire Gaffiot français-latin - Page 1478. Disponible sur: <https://www.lexilogos.com/latin/gaffiot.php?q=stigma>
3. STIGMATISATION : Définition de STIGMATISATION. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/stigmatisation>
4. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. Annu Rev Sociol. août 2001;27(1):363-85.
5. Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. Eur Psychiatry. déc 2005;20(8):529-39.
6. Hilton JL, von Hippel W. Stereotype. Annu Rev Psychol. févr 1996;47(1):237-71.
7. Corrigan PW, Watson AC. The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. Clin Psychol Sci Pract. 11 mai 2006;9(1):35-53.
8. Link BG, Cullen FT, Struening E, Shrout PE, Dohrenwend BP. A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. Am Sociol Rev. juin 1989;54(3):400.
9. 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. janv 2010;36(3):7-13.
10. Hayward & Jenifer A. Bright P. Stigma and mental illness: A review and critique. J Ment Health. janv 1997;6(4):345-54.
11. Elaine Cumming. Closed ranks. Cambridge: Harvard Univ Press; 2013 Disponible

sur: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3047278>

12. Nunnally JC. Popular conceptions of mental health, their development and change. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1961. 311 p. Disponible sur: [//catalog.hathitrust.org/Record/001564091](http://catalog.hathitrust.org/Record/001564091)
13. Lacaze L. La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée. *Nouv Rev Psychosociologie*. 2008;5(1):183-99.
14. Link BG, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF. The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. *Am J Sociol*. mai 1987;92(6):1461-500.
15. Weiner B, Perry RP, Magnusson J. An attributional analysis of reactions to stigmas. *J Pers Soc Psychol*. nov 1988;55(5):738-48.
16. Goldin CS. Stigma, biomedical efficacy, and institutional control. *Soc Sci Med*. janv 1990;30(8):895-900.
17. Norman RMG, Malla AK. Adolescents' attitudes towards mental illness: relationship between components and sex differences. *Soc Psychiatry*. 1983;18(1):45-50.
18. Goffman E, Kihm A. *Stigmaté: les usages sociaux des handicaps*. 2015.
19. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. févr 2002;1(1):16-20.
20. Martin JK, Pescosolido BA, Tuch SA. Of Fear and Loathing: The Role of « Disturbing Behavior, » Labels, and Causal Attributions in Shaping Public Attitudes toward People with Mental Illness. *J Health Soc Behav*. juin 2000;41(2):208.
21. Pescosolido BA, Monahan J, Link BG, Stueve A, Kikuzawa S. The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *Am J Public Health*. sept 1999;89(9):1339-45.

22. Leaf PJ, Bruce ML, Tischler GL. The differential effect of attitudes on the use of mental health services. *Soc Psychiatry*. 1986;21(4):187-92.
23. Link BG. Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *Am Sociol Rev*. févr 1987;52(1):96.
24. Segal SP, Baumohl J, Moyles EW. Neighborhood types and community reaction to the mentally ill: a paradox of intensity. *J Health Soc Behav*. déc 1980;21(4):345-59.
25. Vellenga BA, Christenson J. Persistent and severely mentally ill clients' perceptions of their mental illness. *Issues Ment Health Nurs*. août 1994;15(4):359-71.
26. 2013-A life Without Stigma\_A\_SANE\_Report.pdf Disponible sur: [https://www.sane.org/images/PDFs/2013-A Life Without Stigma\\_A\\_SANE\\_Report.pdf](https://www.sane.org/images/PDFs/2013-A Life Without Stigma_A_SANE_Report.pdf)
27. Wahl OF, Harman CR. Family Views of Stigma. *Schizophr Bull*. 1 janv 1989;15(1):131-9.
28. Lamontagne Y. The public image of psychiatrists. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. nov 1990;35(8):693-5.
29. Bassiri M, Lyons Z, Hood S. Stigmatisation of psychiatrists: Experiences of psychiatrists and psychiatric registrars in Western Australia. *Educ Res Perspect*. 2011;38(2):35.
30. Cacciali J-L. Les psychiatres seraient-ils dangereux ? *J Fr Psychiatr*. 2004;23(3):38.
31. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 2016.

32. Jentz EB, III, Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Elsevier Masson; 2012.
33. McFarquhar TF, Thompson J. Knowledge and Attitudes Regarding Electroconvulsive Therapy Among Medical Students and the General Public: J ECT. déc 2008;24(4):244-53.
34. McDonald A, Walter G. The Portrayal of ECT in American Movies: J ECT. déc 2001;17(4):264-74.
35. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. Am Psychol. sept 1999;54(9):765-76.
36. Brockington IF, Hall P, Levings J, Murphy C. The Community's Tolerance of the Mentally Ill. Br J Psychiatry. janv 1993;162(01):93-9.
37. Le PsyLab. YouTube. Disponible sur : <https://www.youtube.com/channel/UC72lswiocu5Asjt6j9RWh7A>
38. Domino G. Impact of the Film, "One Flew over the Cuckoo's Nest," on Attitudes towards Mental Illness. Psychol Rep. août 1983;53(1):179-82.
39. Mckeown M, Clancy B. Images of Madness: Media Influence on Societal Perceptions of Mental Illness. Vol. 15. 1995. 10 p.
40. Wahl OF. Mass Media and Psychiatry: Curr Opin Psychiatry. nov 2001;14(6):530-1.
41. Pirkis J, Blood RW, Francis C, McCallum K. On-Screen Portrayals of Mental Illness: Extent, Nature, and Impacts. J Health Commun. juin 2006;11(5):523-41.
42. Condren RM, Byrne P. Challenging ER's psychokiller. West J Med. sept 2000;173(3):156-7.
43. Wahl OF. Mass media images of mental illness: A review of the literature. J Community Psychol. oct 1992;20(4):343-52.

44. Wahl O. Depictions of mental illnesses in children's media. *J Ment Health*. janv 2003;12(3):249-58.
45. Lawson A, Fouts G. Mental Illness in Disney Animated Films. *Can J Psychiatry*. mai 2004;49(5):310-4.
46. Gabbard G. Psychotherapy in Hollywood Cinema. *Australas Psychiatry*. déc 2001;9(4):365-9.
47. L. Diefenbach D, J. Burns N, L. Schwartz A. *Mental Health Professionals According to Prime-Time: An Exploratory Analysis*. 1998.
48. Wilson C, Nairn R, Coverdale J, Panapa A. Constructing Mental Illness as Dangerous: A Pilot Study. *Aust N Z J Psychiatry*. avr 1999;33(2):240-7.
49. Wilson C, Nairn R, Coverdale J, Panapa A. How mental illness is portrayed in children's television. *Br J Psychiatry*. mai 2000;176(05):440-3.
50. Hyler SE, Gabbard GO, Schneider I. Homicidal maniacs and narcissistic parasites: stigmatization of mentally ill persons in the movies. *Hosp Community Psychiatry*. oct 1991;42(10):1044-8.
51. Hitchcock A. *Psychose*. Paramount Pictures; 1960.
52. Friedkin W. *L'exorciste*. Warner Bros. Inc.; 1973.
53. Carpenter J. *Halloween : la nuit des masques*. Warner-Columbia Film; 1978.
54. Cunningham SS. *Vendredi 13*. Paramount Pictures; 1980.
55. Forman M. *Vol au-dessus d'un nid de coucou*. United Artists; 1975.
56. Trousdale and Wise. *La Belle et la Bête*. Buena Vista Pictures Distribution; 1991.
57. de Broca P. *Le Roi de cœur*. United Artists; 1966.
58. Rossen R. *Lilith*. Columbia Pictures; 1964.

59. De Palma B. Pulsions. Filmways Pictures; 1985.
60. Brickman M. Lovesick. Warner Bros.; 1983.
61. Litvak A. La Fosse aux serpents. Twentieth Century Fox; 1948.
62. Allers and Minkoff. Le Roi Lion. Buena Vista Pictures Distribution; 1994.
63. Farrelly B et P. Fous d'Irène. Twentieth Century Fox; 2000.
64. Schneider I. The theory and practice of movie psychiatry. *Am J Psychiatry*. août 1987;144(8):996-1002.
65. Allen W. Harry dans tous ses états. Fine Line Features; 1997.
66. Brooks J. Pour le pire et pour le meilleur. TriStar; 1997.
67. Soderbergh S. Effets secondaires. Open Road Films; 2013.
68. Holland T. Jeu d'enfant. United Artists; 1988.
69. Castle W. La Nuit de tous les mystères. 1959.
70. Wahl OF, Lefkowitz JY. Impact of a television film on attitudes toward mental illness. *Am J Community Psychol*. août 1989;17(4):521-8.
71. Page A. Jusqu'à la folie. Twentieth Century Fox; 1985.
72. Schill T, Harsch J, Ritter K. Countertransference in the Movies: Effects on Beliefs about Psychiatric Treatment. *Psychol Rep*. oct 1990;67(2):399-402.
73. Granello DH, Pauley PS, Carmichael A. Relationship of the Media to Attitudes Toward People With Mental Illness. *J Humanist Couns Educ Dev*. déc 1999;38(2):98-110.
74. Stuart H. Media portrayal of mental illness and its treatments: what effect does it have on people with mental illness? *CNS Drugs*. 2006;20(2):99-106.
75. Robinson DJ. *Reel Psychiatry: movie portrayals of psychiatric conditions*. Port Huron, Mich: Rapid Psychler Press; 2003. 340 p.

76. Hesley JW, Hesley JG. Rent two films and let's talk in the morning: using popular movies in psychotherapy. 2nd ed. New York: Wiley; 2001. 353 p.
77. Morrison G, McKean D. Batman Arkham Asylum 25th Anniversary Deluxe Edition. 25th Anniversary deluxe ed. New York: DC Comics; 2014. 120 p.
78. Moore A, Bolland B. Batman: the killing joke. Deluxe ed. New York: DC Comics; 2012. 1 p.
79. Jenkins P, Lee J, Phillips S, Auverdin M. Les tourments de Double-Face. Paris: Urban comics; 2014.
80. Burton T. Batman. Warner Bros.; 1989.
81. Grant Morrison | Scottish writer. Encyclopedia Britannica. Disponible sur: <https://www.britannica.com/biography/Grant-Morrison>

**AUTEUR : Nom :VANNESTE**

**Prénom : Jérémy**

**Date de Soutenance : Jeudi 4 Octobre 2018**

**Titre de la Thèse : Représentations de la psychiatrie dans la culture populaire et stigmatisation : l'exemple de *Arkham Asylum***

**Thèse - Médecine - Lille 2018**

**Cadre de classement : DES de psychiatrie**

**Mots-clés :** stigmatisation, représentation, culture populaire, psychiatrie, Batman, asile d'Arkham, Arkham asylum, comics, comic book

**Résumé :** Arkham Asylum est un roman graphique publié aux États-Unis en 1989 par DC Comics. Il raconte deux histoires en parallèle : celle d'un psychiatre, le Dr Amadeus Arkham, et de la création de l'asile Elizabeth Arkham pour les malades mentaux criminels, et celle de Batman qui se confronte lui-même à sa propre folie au cours d'un périple dans l'asile d'Arkham actuel. Ce comic book offre un terrain de réflexion sur les représentations de la psychiatrie dans la culture populaire et de son impact en termes de stigmatisation.

Le concept stigmatisation, qu'elle soit publique ou auto-stigmatisation, peut se définir à travers un modèle cognitivo-social qui inclut des aspects émotionnels, cognitifs et comportementaux : respectivement le stéréotype, le préjugé, et la discrimination, dans un contexte de différence de pouvoir. Il existe trois stratégies principalement utilisées dans la lutte contre la stigmatisation : la protestation, l'éducation et le contact.

Les représentations de la psychiatrie dans la culture populaire ont fait l'objet de classifications véhiculant globalement des idées reçues connotées négativement en ce qui concerne les psychiatres et les malades. Les représentations des soins véhiculent les idées reçues de l'électro-convulsivo-thérapie comme une modalité de soins dangereuse, et la psychothérapie comme inefficace.

En comparant les représentations de la psychiatrie dans ce comic book aux données de la littérature, nous faisons le constat que les stéréotypes qui y sont véhiculés sont similaires à ce qui est retrouvé dans la culture populaire. Ils sont pour la plupart négatifs et parfois associés à des préjugés, voire des comportements discriminatoires négatifs. Néanmoins certains portraits sont décrits plus contrastés et évolutifs.

En conclusion, ce comic book ne peut être considéré comme un outil de lutte contre la stigmatisation. Au contraire il peut être vecteur de stigmatisation dans ses représentations véhiculant des stéréotypes, des préjugés et des comportements discriminatoires négatifs. Toutefois, il offre un terrain de réflexion sur nos propres idées reçues, notamment dans ses portraits plus contrastés bousculant les clichés habituellement véhiculés dans la culture populaire.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

**Assesseurs :**

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Madame le Docteur Marion HENDRICKX