

**Faculté des sciences économiques,  
sociales, politiques et de communication**

# **La représentation sociale de la personne schizophrène à Namur**

**Rencontres avec les secteurs de l'insertion sociale  
dans le contexte de la loi 107**

Auteur : Thomas Grégoire  
Promotrice : Annalisa Casini  
Lecteur·rices : Claudine Drion, Pierre Schepens  
Année académique 2019-2020  
Master en politique économique et sociale



**Faculté des sciences économiques,  
sociales, politiques et de communication**

# **La représentation sociale de la personne schizophrène à Namur**

**Rencontres avec les secteurs de l'insertion sociale  
dans le contexte de la loi 107**

Auteur : Thomas Grégoire  
Promotrice : Annalisa Casini  
Lecteur·rices : Claudine Drion, Pierre Schepens  
Année académique 2019-2020  
Master en politique économique et sociale

Je profite de cette page blanche pour remercier l'ensemble des membres du comité d'accompagnement,  
pour leurs conseils, leur patience et leur encouragement.

Merci aux travailleurs du Baobab et de Prisme pour leur soutien. Sans eux, je n'aurais pas pu suivre cette  
formation et la mener à son terme.

Enfin, merci à mon entourage pour le support qu'il m'a apporté, et pour sa patience !

## Table des matières

1	Partie I - Introduction .....	8
1.1	Historique de la désinstitutionnalisation en Belgique.....	8
1.2	Psy 107.....	10
2	Partie II - Cadre théorique .....	15
2.1	Définir la notion de représentation sociale.....	15
2.1.1	Historique de la notion .....	15
2.1.2	Qu'est-ce qu'une représentation sociale / Définitions .....	17
2.1.3	Contenu .....	17
2.1.4	Comment .....	18
2.1.5	Les fonctions des RS.....	20
2.1.6	L'architecture de la pensée sociale .....	21
2.2	Définir la notion de stigmatisation / discrimination .....	22
2.3	Question de recherche et hypothèses .....	28
3	Partie III - Méthodologie .....	30
3.1	Les débuts .....	30
3.2	L'entretien semi-directif .....	31
3.3	La grille d'entretien .....	32
3.4	Échantillon .....	33
3.5	Aspects déontologiques .....	34
3.6	Les services rencontrés .....	34
3.6.1	Formation/emploi .....	34
3.6.2	Logement social.....	35
3.6.3	Culture et loisirs.....	36
3.7	Profil des personnes rencontrées .....	37
3.8	Méthode d'analyse des entretiens.....	38
3.8.1	Analyse de contenu.....	38
3.8.2	A propos des codes .....	41
3.8.3	IRaMuTeQ .....	41
3.9	Conclusion .....	42
4	Partie IV - Résultats .....	43
4.1	Introduction.....	43
4.2	Codage.....	44
4.2.1	La personne schizophrène – Origine.....	44
4.2.2	La personne schizophrène – Symptômes .....	45
4.2.3	La personne schizophrène – Au quotidien .....	48

4.2.4	Nombre de passages par code.....	50
4.2.5	Loi 107.....	51
4.2.6	Mesure de l'attitude envers la personne schizophrène.....	52
4.3	Iramuteq.....	54
4.3.1	Nuage de mots.....	56
4.3.2	Analyse des similitudes.....	57
4.4	Mise en commun des différents résultats.....	59
5	Partie V - Discussion.....	61
5.1	Introduction.....	61
5.2	Stigmatisation.....	62
5.3	Retour sur la question et ses hypothèses.....	65
5.4	Recommandations.....	67
5.5	Limites.....	72
5.6	Perspectives.....	72
6	Partie VI - Conclusion générale.....	74
7	Bibliographie.....	76
7.1	Ouvrages.....	76
7.2	Revue.....	76
7.3	Autres documents.....	77
7.4	Internet.....	77
8	Annexes.....	79
8.1	Grille d'entretien.....	79
8.2	Codage.....	80

## Tables des Figures et Tableaux

Figure 1 - Multiple mediating mechanisms reproduce disadvantage for stigmatized groups .....	26
Figure 2 - Lutte contre la stigmatisation .....	27
Figure 3 - Nuage de mots - Iramuteq .....	56
Figure 4 - Analyse des similitudes - Iramuteq.....	58
Figure 5 - Lutte contre la stigmatisation .....	62
Tableau 1 - Interviewés – Secteurs rencontrés et informations sociodémographiques.....	37
Tableau 2 - Codage « Origine » - nombre d'entretiens évoquant l'item.....	40
Tableau 3 - Codage « Origine » - nombre d'entretiens évoquant l'item.....	44
Tableau 4 - Codage « Symptômes » - nombre d'entretiens évoquant l'item.....	45
Tableau 5 - Codage « Au quotidien » - nombre d'entretiens évoquant l'item .....	48
Tableau 6 - Nombre de passages évoquant l'item.....	50
Tableau 7 - Codage « Loi 107 » - nombre d'entretiens évoquant l'item.....	51
Tableau 8 - Résultats moyen obtenu par le code sur l'échelle bipolaire.....	53

## **1 Partie I - Introduction**

La personne schizophrène suscite à nos yeux de nombreux fantasmes et est porteuse d'une image négative. Nous reviendrons plus précisément sur ces représentations dans la suite de ce travail. Depuis une dizaine d'années, la Belgique propose de réorganiser son secteur psychiatrique, avec, nous le verrons également, différentes ambitions. L'une d'elles est de permettre une meilleure inclusion dans la société de la personne souffrante. Ainsi, différentes initiatives ont été entreprises afin d'inclure et donc de donner accès à la formation, à l'emploi ou à la culture aux personnes fragilisées psychologiquement, ci-inclus les personnes schizophrènes. Il nous paraît important, voir indispensable, suivant le résultat de différentes études que nous aurons l'occasion de présenter dans ce travail, que l'image de la personne schizophrène puisse évoluer (positivement) si l'on souhaite rencontrer l'objectif d'inclusion que porte la dernière réforme du secteur.

Ainsi, nous allons présenter dans un premier temps la genèse et les contours de la réforme « psy 107 » en Belgique. Ensuite, nous mettrons en avant différents points théoriques afin de cadrer ce travail de recherche. Nous pourrons alors nous emparer de ces outils afin de comprendre et de mesurer l'impact qu'a pu avoir la réforme du secteur psychiatrique sur la représentation sociale de la personne schizophrène et donc, mesurer la pertinence des objectifs affichés en termes d'inclusion sociale.

Nous débutons par une présentation du processus de désinstitutionnalisation en Belgique.

Pour ce faire, il nous semble important de revenir sur l'histoire de la psychiatrie en Belgique, et notamment sur les dernières décennies, où, nous le verrons, la politique en matière de santé mentale évolue. Celle-ci se dirige vers une « humanisation » des soins. Eux-mêmes, prodigués au maximum dans la Cité (dans la société) et dans l'environnement social de la personne concernée. Bref, nous définirons le processus de désinstitutionnalisation.

### 1.1 Historique de la désinstitutionnalisation en Belgique

Jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale en Belgique, les institutions psychiatriques sont des structures fermées où la notion d'hébergement prédomine sur celle de soin. Ces établissements sont dépendants du Ministère de la Justice. Il faut attendre 1948 pour que le transfert vers le Ministère de la Santé s'opère, et avec celui-ci, s'impose l'idée de soin d'une personne malade face à l'idée de protection de la société face à une personne dangereuse.

En 1951 apparaissent les services ouverts de psychiatrie. Ces années sont celles de découvertes importantes dans le champ pharmacologique avec la mise place des premiers traitements agissants sur les symptômes psychotiques et sur l'agitation des patients<sup>1</sup>. Avec ces évolutions, l'individu sort de l'hôpital plus fréquemment, rentre chez lui, s'occupe dans la Cité plus aisément.

Les années 60 marquent un tournant important pour la psychiatrie moderne. La plupart des États occidentaux décident de repenser leur modèle de soin. Le *Mental Health Act* anglais signé en 1959, la circulaire sur la sectorisation française de 1960 ou encore le *Community Mental Health Center Act* américain de 1963 vont tous dans le même sens général : réduire le temps d'hospitalisation au risque de voir se chroniciser le patient ; organiser le soin dans la Cité et pouvoir proposer un accompagnement communautaire. Nous retrouvons avec ces volontés une définition de la notion de désinstitutionnalisation.

La Belgique n'est pas hermétique à ce mouvement. En 1974, le politique souhaite pouvoir donner une nouvelle impulsion au secteur psychiatrique et à la manière dont l'accompagnement s'organise. Il ressort de ces discussions des axes prioritaires :

- « Traiter les patients de façon active ;
- Assurer la prévention sur le plan des soins de santé mentale ;
- Mettre en service la coordination, l'intégration et la continuité des soins ;
- Réinsérer et traiter le patient dans son propre environnement ;
- Réduire le nombre de lits hospitaliers ;
- Prévoir un statut digne pour les malades mentaux en considérant que la maladie mentale est une maladie ordinaire et le malade mental un patient à part entière<sup>2</sup>. »

Le processus de désinstitutionnalisation se poursuit en 1986 en Belgique avec la signature du moratoire sur les lits psychiatriques. Par celui-ci, le législateur demande que le nombre de lits psychiatriques disponibles au 1<sup>er</sup> juillet 1986 ne puisse plus augmenter.

---

<sup>1</sup> MISSA, J.-N., (2008), « La psychopharmacologie et la naissance de la psychiatrie biologique », in *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, n°2, s.d., p.134.

<sup>2</sup> VERHAEGEN, L., et WERY, A., (1992), « Évolution de la psychiatrie à Bruxelles », in *Courrier hebdomadaire du CRISP*, n°1360-1361, s.d., p.9.

Une première réforme pour le secteur apparaît avec la loi de 1990 sur les IHP (Initiatives d’Habitations Protégées) et MSP (Maisons de Soins Psychiatrique). Celle-ci invite à fermer des lits hospitaliers afin qu’ils puissent être disponibles pour les structures extrahospitalières proposant un accompagnement ancré dans la société. L’idée de ces projets d’accompagnement est de pouvoir proposer un suivi en dehors de l’hôpital psychiatrique et vise une forme démocratique de soin.

De l’initiative des IHP, répondant à un appel à projets du SPF santé publique, naissent les services SPAD (Soins psychiatriques pour personnes séjournant à domicile) en 2002. L’une des missions principales de ces services est l’accompagnement au domicile de personne ayant une fragilisation psychiatrique<sup>3</sup>. La volonté déjà affichée par le législateur de « réinsérer et traiter le patient dans son propre milieu » s’accélère ici.

Enfin, en 2010, est actée une nouvelle – et dernière – réforme du secteur de la santé mentale connue sous le nom « psy 107 ».

## 1.2 Psy 107

Nous pourrions voir la genèse de la dernière réforme de la santé mentale en 2002 où, outre la création des SPAD, nous pouvons lire la déclaration commune des ministères de la Santé et des Affaires sociales. Dans celle-ci, nous retrouvons la volonté d’organiser en circuits et réseaux de soins le secteur. L’ambition est d’éviter l’institutionnalisation ou, du moins, la réduire le plus possible. Afin de permettre l’émergence de ces derniers, des fonctions sont pensées et développées :

- « des activités en matière de prévention et de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic;
- des équipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes de santé mentale aigus que chroniques;
- des équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale;
- des unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes de santé mentale aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable;

---

<sup>3</sup> FIHP – Fédération des initiatives d’habitations protégées, <http://www.fedihp.be/spad/presentation>, SPAD – Présentation. (Consulté le 18 avril 2019).

- des formules résidentielles spécifiques permettant d'organiser l'offre de soins lorsque la poursuite des soins s'avère impossible à domicile ou en milieu substitutif du domicile<sup>4</sup>. »

Le rapport de l'OMS de 2001, la résolution « *Mental health : responding to the call for action* » de 2002 ou encore les accords d'Helsinki de 2005 plaident tous pour accentuer l'offre de soin dans le milieu social de la personne souffrante, et ce, en proposant une offre d'accompagnement ambulatoire plus forte. Dans ce schéma, et suivant les études réalisées dans les pays où l'offre communautaire est utilisée, le recours à l'hospitalisation reste nécessaire, mais doit être marqué par une plus forte intensité – notamment par des temps de séjour réduits.

Le choix de se diriger vers une intensification des soins extra-muros se base notamment sur des études réalisées en Angleterre mettant en avant que l'élargissement de l'offre de soin dans la communauté – et la réduction des soins en milieu hospitalier – diminuerait le nombre de suicides<sup>5</sup>. S'y-ajoute le rapport publié en 2008 par l'OMS (« *Policies and Practices for Mental Health in Europe - Meeting the Challenges* ») où la Belgique est pointée du doigt. En effet, d'après ce rapport, seule Malte (180 lits/100000 habitants) propose plus de lits psychiatriques que la Belgique (152/100000) en Europe. Le « haut » du classement est détenu par la Grèce, la Turquie, l'Italie et la Galice en Espagne qui tous, proposent moins de 20 lits/100000 habitants.

Avec ces constats, la Belgique décide de mettre en avant des objectifs à atteindre via une restructuration du secteur de santé mentale passant par un transfert de l'offre de soin des structures résidentielles vers la communauté. Cinq points sont ainsi visés :

- « **La désinstitutionnalisation** : Mise en place de formules de soins ambulatoires intensifs et spécialisés en tant qu'alternatives à l'hospitalisation.
- **L'inclusion** : Réadaptation et réhabilitation dans le cadre d'une indispensable collaboration avec les secteurs de l'enseignement, de la culture, du travail, du logement social, etc.
- **La dé-catégorisation** : Mise en place, via les circuits et les réseaux de soins, d'une collaboration avec et entre les soins aux personnes âgées, les services de santé mentale, le secteur des personnes handicapées et la justice.

---

<sup>4</sup> S.N., *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*, s.d., Bruxelles, p.5.

<sup>5</sup> Notons que les études n'ont pas pu mettre en évidence un rapport statistique entre ces deux variables. Il reste que cet argument est celui invoqué par les autorités bruxelloises dans leur présentation de la réforme « psy 107 » sur le territoire.

- **L'intensification** : Intensification des soins au sein des hôpitaux
- **La consolidation** : Régularisation des différents projets pilotes, tant au niveau fédéral, que communautaire et régional, dans le concept de globalisation des soins en santé mentale.<sup>6</sup> »

En 2009, la conférence interministérielle santé publique décide de la mise en action de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux. Avec cet article, les politiques s'engagent à utiliser une partie des budgets alloués aux hôpitaux psychiatriques et de les transférer vers une offre extra-muros. Plus précisément, des projets sont visés avec notamment la création d'équipes ambulatoires de traitement intensif (« équipes mobiles »), d'équipe de réhabilitation (visant l'intégration sociale des personnes et leur réinsertion) et le financement d'équipe de soin intensif dans les hôpitaux lorsque l'hospitalisation s'avère inévitable. Sont concernés par ce projet tant les hôpitaux psychiatriques « classiques » que les services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG).

La réforme 107 est donc lancée en 2010 et avec elle un modèle de soin basé sur cinq fonctions clés<sup>7</sup> reprenant ce que nous venons de voir :

- La fonction 1 vise la prévention et la promotion de la santé, la détection précoce, le dépistage et la pose d'un diagnostic. Sont concernés par cette fonction les acteurs implantés dans la société tels que les services de santé mentale, les soins généralistes, etc.
- La fonction 2 concerne les équipes ambulatoires de traitement intensif ou « équipes mobiles ». Cette fonction se subdivise en deux parties : F2A pour les personnes présentant des problématiques aiguës et F2B pour les personnes présentant des problématiques chroniques. L'idée ici est de pouvoir accompagner une personne à domicile tant en temps de crise, qu'en période de stabilisation et ainsi éviter les institutionnalisations.
- La fonction 3 propose la mise en place d'équipe de réhabilitation et d'inclusion sociale. Par leur travail, le secteur espère pouvoir proposer à la personne souffrante un accompagnement vers une intégration aux activités de la Cité. Nous pouvons ainsi retenir la formation et la mise à l'emploi, l'accès à la culture, au sport, etc. Les communautés thérapeutiques sont souvent mises en avant pour cette fonction même

---

<sup>6</sup> S.N., *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*, s.d., Bruxelles, p.8.

<sup>7</sup> S.N., *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*, s.d., Bruxelles, p.10-11.

s'il s'avère que les équipes identifiées dans les F1 et F2 peuvent également travailler à ces points.

- La fonction 4 concerne les services hospitaliers. Ceux-ci sont pensés afin de proposer un traitement intensif et donc de courtes durées.
- La fonction 5 est réservée aux formules de soins résidentielles. Ici, nous retrouvons les MSP et les IHP qui proposent des logements encadrés en dehors des hôpitaux.

La réforme maintenant située et définie, nous pouvons revenir plus en avant sur notre problématique. Nous proposons de nous pencher sur le territoire namurois. En effet, si la réforme est fédérale et touche donc l'ensemble du territoire belge, il se fait qu'elle s'organise concrètement suivant les possibilités qu'offre chaque province sur le royaume. Les ressources disponibles afin d'appliquer pleinement la réforme varient selon la zone géographique. Le territoire namurois s'est lancé dans la restructuration de son secteur psychiatrique dès 2010 et offre donc à nos yeux un terrain intéressant à notre étude.

L'aspect inclusion de la réforme (F3) retient particulièrement notre attention pour cette recherche. L'idée de ce point semble plaider pour une plus grande intégration de l'individu dans la société. Ainsi, celui-ci pourra travailler, trouver un logement (social) ou encore avoir accès à la culture et aux loisirs comme tout un chacun. Pour ce faire, il est nécessaire dans un premier temps de rendre accessibles ces secteurs à la personne souffrante, notamment par la mise en place d'un accompagnement ancré dans la Cité. Malgré tout, il reste que la maladie mentale, et particulièrement la schizophrénie, est perçue comme un danger dans notre société. De nombreuses études à travers le monde aboutissent à des conclusions relativement similaires :

Prenons pour exemple cette étude de Corrigan et Watson<sup>8</sup> où les auteurs mettent en avant que les stéréotypes et préjugés entourant les personnes ayant une fragilisation psychologique limitent l'accès à un travail de qualité, à un logement sûr, à des soins de santé satisfaisants ou encore à l'intégration à d'autres groupes sociaux. Lorsqu'il ne s'agit pas de la personne elle-même (autostigmatisation<sup>9</sup>), les auteurs montrent que la discrimination, découlant des stéréotypes et des préjugés, est réalisée par la plupart des individus dans le monde occidental.

---

<sup>8</sup> CORRIGAN, P. et WATSON, A., (2002), "Understanding the impact of stigma on people with mental illness", in *World psychiatry*, vol. 1, n° 1, février, p. 16–20.

<sup>9</sup> Link et Phelan nous proposent l'idée d'auto-étiquetage. À leurs yeux, les individus intériorisent les traits de caractère supposés des personnes fragilisées psychologiquement – tel que des traits de dangerosité ou d'hyperviolence diffusés dans les œuvres cinématographiques. Une personne ayant un trouble mental aura alors tendance à s'appliquer à elle-même les conceptions défavorables de la maladie. L'individu risque de se dévaloriser et/ou de s'isoler et d'éviter les interactions sociales. LINK, B., et PHELAN, J., (2001), « Conceptualizing stigma », in *Annual review of sociology*, vol. 27, août, p.97.

Cette attitude provient notamment de méconnaissance par rapport à la maladie mentale. Ainsi, les auteurs se sont penchés sur les informations couramment véhiculées dans les livres et films : les personnes souffrantes d'une maladie mentale sont généralement représentées comme des « tueurs maniaques qui doivent être craints » ; ils ont une vision infantile du monde et sont responsables de leur condition. L'idée qu'il est nécessaire d'exclure de la communauté les personnes souffrantes de maladie mentale, qu'elles sont irresponsables et qu'il est nécessaire de faire preuve d'autorité envers elles, est partagée. Les auteurs poursuivent en nous apprenant que la maladie mentale est généralement associée à d'autres maux tels que la criminalité, nous l'avons déjà évoquée, la toxicomanie ou encore la prostitution.

Avec ces considérations, nous voyons que les individus se donnent une image de la « personne schizophrène ». Le concept est empreint de morale (« ils sont responsables de leur condition » ; les causes de la maladie sont parfois liées à la conduite à risques des individus notamment en matière de consommation de drogues) et a des conséquences sociales (le rejet, l'invitation à l'institutionnalisation et à la médication de force, etc.)<sup>10</sup>. Celui-ci est en quelque sorte la définition de sens commun que se donnent les individus de « la personne schizophrène ». Nous le voyons, cette définition « naïve » a des conséquences sur le quotidien. Les interactions entre individus s'en voient affectées et les conséquences sociales pour les individus caractérisés sont bien réelles (difficultés à trouver un emploi, un logement, etc.).

Il semble donc bien insuffisant pour l'heure de conclure que les soins ambulatoires vont permettre une inclusion visée par la réforme. L'extra-muros ne peut se suffire et un regard sur le stigmatisme porté par l'individu est nécessaire.

Dans *stigmatisme*, Goffman traite de l'identité virtuelle et réelle de l'individu. Le sociologue se pose la question de la place du stigmatisé dans la société. Il semble que deux positions coexistent : les stigmatisés ont le choix entre « militer » ou « se conformer ». En militant, l'individu cherche à faire reconnaître sa différence ; en se conformant, il tente de cacher son stigmatisme et de « faire semblant d'être normal ».

Nous proposons ici une analogie avec la réforme. Celle-ci, et notamment son aspect inclusion, vise-t-elle à promouvoir la « militance » et donc conscientiser sur la problématique de la santé mentale vers les secteurs du travail, de la culture et du logement ? Ou cherche-t-elle à « imposer » une adaptation à l'individu ? Autrement dit, nous pouvons nous poser la question de savoir si la réforme permet une intégration sociale de la personne souffrante et donc propose

---

<sup>10</sup> CORRIGAN, P. et WATSON, A., (2002), *op. cit.*, p.17.

une véritable humanisation des soins psychiatriques ou si, au contraire, la réforme est avant tout le reflet de la logique libérale d'activation des individus en cours dans notre société ; l'État social actif s'invite-t-il un peu plus dans le secteur psychiatrique ?

Cette question peut d'ailleurs trouver écho dans le questionnement que se fait Eric Messens de la ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale au sujet de la loi 107. À ses yeux, les différentes réformes que le secteur a connues ont toujours eu deux dimensions. L'une est sociale et vise à humaniser les soins de santé par la désinstitutionnalisation, tandis que l'autre est effectivement économique, cherchant à réduire les coûts de la santé en Belgique. À ses yeux, « le problème est aussi lié à tout ce qui est dans l'air du temps : l'État social actif, le néolibéralisme. Toute personne est aujourd'hui amenée à prendre son destin en main. C'est la responsabilisation<sup>11</sup> ».

## 2 Partie II - Cadre théorique

### 2.1 Définir la notion de représentation sociale

#### 2.1.1 *Historique de la notion*

La notion de « représentation collective<sup>12</sup> » est dans un premier temps utilisée par Émile Durkheim en 1898. À ses yeux, les individus possèdent des croyances et/ou des valeurs communes dans une même société. Ce concept mis en avant par le sociologue montre l'emprise que la société a sur les individus et leurs croyances personnelles.

Il faudra ensuite attendre près de 70 ans pour que la notion de Durkheim soit reprise et repensée<sup>13</sup>. En effet, Moscovici réalise en 1961 une étude « des représentations sociales » (ou RS) de la psychanalyse dans différents groupes sociaux<sup>14</sup>.

La représentation n'est plus collective, mais devient sociale. La société de Moscovici n'est plus celle de Durkheim où les idées des individus sont plus fortement orientées par des « guides d'opinions » - les prêtres ou les instituteurs - et donc, où la pensée est plus « monolithique » qu'au milieu du vingtième siècle. Ainsi, nous voyons qu'en 1960, des groupes sociaux plus

---

<sup>11</sup> MORMONT, M., CBCS asbl, [www.cbcs.be](http://www.cbcs.be), Dossier psy 107 : la réforme et puis ? – Analyse n°1. (Consulté le 20 mai 2018).

<sup>12</sup> DURKHEIM, E., (1898), « Représentations individuelles et représentations collectives », in *Revue de métaphysique et de morale*, tome VI, n° de mai, p.273-302.

<sup>13</sup> Notons que Freud, Piaget ou encore Levy-Bruhl reprendront entre temps la notion sans véritablement la faire évoluer. BERGAMASCHI, A., (2011), « Attitudes et représentations sociales ; les adolescents français et italiens face à la diversité », in *Revue européenne de sciences sociales*, (en ligne), n°49-2, p.96.

<sup>14</sup> MOSCOVICI, S., (1964), *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF.

fortement éloignés entre eux existent. Moscovici montre ainsi que la RS de la psychanalyse dépend de la position sociale – du groupe social – de l'individu. Chacun choisit des éléments appartenant à priori à l'objet suivant la compréhension, la lecture et l'intérêt qu'il en a. En résulte une définition naïve de l'objet et donc une RS, qui diffère d'un groupe à l'autre suivant les éléments sélectionnés.

De plus, Moscovici fait le constat que les représentations se créent, peuvent se modifier et disparaître. Pour Durkheim, il semble qu'une modification de la représentation collective soit très rare et qu'elle est vouée à perdurer dans le temps de façon extrêmement stable.

Moscovici nous explique que les RS sont des éléments mentaux qui se construisent par nos actions. Elles ont également pour but d'expliquer ces dernières. Elles sont donc présentes « pour et par la pratique<sup>15</sup> ».

Avec cet ouvrage, l'auteur définit le concept de RS et nous explique comment elles se forment et se transmettent entre individus. Il y introduit les notions d'objectivation et d'ancrage dont nous parlerons ci-après.

La notion de RS a été utilisée à de nombreuses reprises pour les recherches en psychologie sociale, mais également dans d'autres domaines de la science (tel que par exemple en sociologie). Il est d'ailleurs possible de lire différentes conceptualisations des RS. Ainsi, nous verrons certains auteurs considérer que les RS sont les résultats de la réalité qui s'impose aux individus. La perception du monde physique et social qui nous entoure construit les RS en chacun de nous. Cette vision est dite « objective ». À l'opposé, nous retrouvons une vision « subjective ». Ici, c'est la réalité qui est le fruit de nos RS. Enfin, d'autres auteurs ont voulu dépasser ce clivage avec une approche dite « dialectique ». Pour ceux-ci, la réalité existe à notre naissance. Elle impose et cadre les individus, par exemple dans leur rapport à une langue, une religion, aux institutions existantes, etc. Malgré tout, la réalité est également reconstruite par les individus qui l'intériorisent afin de pouvoir agir. Ainsi, les RS - sorte de réalité subjective - sont l'intériorisation d'une réalité objective. Cette approche dialectique se retrouve en sociologie notamment chez Bourdieu<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> DANIC, I., (2006), « La notion de représentation pour les sociologues, premier aperçu », in *ESO, travaux et documents*, n°25, décembre, p.29.

<sup>16</sup> DANIC, I., (2006), *op.cit.*, p.30.

### 2.1.2 *Qu'est-ce qu'une représentation sociale ? / Définitions*

Différentes définitions ont été proposées au cours de l'histoire de la psychologie sociale.

Depuis Moscovici, de nombreux auteurs ont proposé des définitions de la notion de RS. Pour Jodelet, la RS est « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social<sup>17</sup> ». Nous retenons cette définition, car elle apparaît comme faisant consensus dans la sphère académique<sup>18</sup>.

### 2.1.3 *Contenu ?*

La RS définie, des auteurs, tel que Gilly, ont tenté d'analyser le contenu de ces dernières<sup>19</sup>. Ainsi, pour le psychologue social, il faut s'intéresser à la question de « l'information ». À ses yeux, l'information « renvoie à la somme et l'organisation des connaissances sur l'objet de la représentation ». En effet, suivant le groupe social dans lequel un individu évolue, il est susceptible d'avoir une information plus ou moins exhaustive sur un objet. Nous pouvons par exemple imaginer que l'objet « personne schizophrène » sera plus connu et organisé d'une autre façon dans un groupe constitué de médecins par rapport à un groupe constitué de journalistes. Si les uns et les autres ont effectivement une information sur l'objet, celle-ci n'est pas nécessairement de même nature. La RS s'en trouve affectée autrement.

Vient ensuite l'idée que les éléments de la RS sont hiérarchisés<sup>20</sup>. L'ensemble de l'information, le contenu, est donc organisé suivant le traitement qu'elle reçoit par l'individu. Moscovici parle ici du champ de représentation, qu'il donne comme synonyme pour l'image. Il suppose par-là que l'information est traitée au niveau imageant (devient une image pour l'individu, nous y reviendrons). Tout comme nous venons de l'apprendre avec Gilly concernant l'information, le champ de représentation peut varier d'un individu à l'autre.

Enfin, l'attitude est décrite comme l'élément le plus résistant par Gilly<sup>21</sup>. Il s'agit de polariser positivement ou négativement l'objet d'une représentation. Notons que même en présence de

---

<sup>17</sup> ABRIC, J.-C., (1994), « Les représentations sociales : aspects théoriques », in ABRIC, J.-C., (DIR.), *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF, (Psychologie sociale), p.13.

<sup>18</sup> PFEUTI, S., (1996), « Représentations sociales : quelques aspects théoriques et méthodologiques », in *Vous avez dit pédagogie*, n°42, mai, p.6.

<sup>19</sup> PFEUTI, S., (1996), *op. cit.*, p.5.

<sup>20</sup> PFEUTI, S., (1996), *op. cit.*, p.5.

<sup>21</sup> PFEUTI, S., (1996), *op. cit.*, p.5.

peu d'informations et d'une organisation réduite du champ de représentation, un avis positif ou négatif est émis.

Nous pouvons donc ici retenir que le contenu d'une représentation est un ensemble organisé et structuré d'informations relatives à l'objet. C'est avec ce contenu qu'une signification est donnée à l'objet. Ainsi, nous pouvons donner l'exemple relatif à notre sujet d'étude. La personne schizophrène est porteuse d'une RS de laquelle nous pouvons retenir que « Cette maladie serait incurable ; Elle s'aggraverait progressivement et fatalement ; Les schizophrènes seraient violents et dangereux ; La promiscuité avec des malades schizophrènes serait susceptible de compromettre l'équilibre psychique de chacun et ces personnes pourraient contaminer les autres par leur folie ; De plus, leur inaptitude à toute activité serait totale, les personnes atteintes de schizophrénie sont perçues comme paresseuses. Leur maladie même est le résultat d'un manque délibéré de volonté et de motivation ; Ces personnes ne sont pas fiables et ne peuvent se voir confier la moindre responsabilité ; Elles ne sont pas capables de travailler, en particulier en raison de leur imprévisibilité ; Elles ne sont pas crédibles dans leurs propos et leurs allégations. Tout ce qu'elles disent n'a pas de sens ; Les schizophrènes auraient un faible quotient intellectuel, ils souffriraient de retard mental ; Ces personnes seraient totalement incapables de prendre des décisions rationnelles dans leur vie, etc.<sup>22</sup> ».

#### 2.1.4 Comment ?

Une représentation est globalement le fait de mentaliser (de penser à) un objet ou un fait absent. L'individu a du mal à penser l'abstrait ou ce qu'il ne connaît pas. Afin de pouvoir agir, il a besoin de se représenter les choses de la vie, ne fût-ce que naïvement. Moscovici explique que la fonction primaire de la RS est de « rendre quelque chose d'inhabituel ou l'inconnu lui-même, familier<sup>23</sup> ». C'est en effet grâce à la RS, et à l'impression de « connu » qu'elle produit, que l'individu peut exercer une action et anticiper les répercussions liées à celle-ci. Ce processus premier, concrétisant l'abstrait pour l'individu, est appelé « l'objectivation » par Moscovici. L'objet, aussi inconnu soit-il, se transforme via l'objectivation, en un « noyau figuratif » ou plus simplement en une image compréhensible.

- L'objectivation se déroule en trois étapes pour le psychologue social :

---

<sup>22</sup> MARTIN, J-B., (2014), *Regards croisés sur les représentations sociales autour de la santé mentale, à travers l'étude de l'hôpital de jour itinérant du secteur 59G02, implanté dans la cité*, Mémoire pour le diplôme inter-universitaire « santé mentale dans la communauté », Lille-Paris, Université Lille 2 – Université Paris 13, p.9-10.

<sup>23</sup> BERGAMASCHI, A., (2011), *op. cit.*, p.96.

### 1) Sélection et décontextualisation.

Les informations relatives à l'objet vont être triées en fonction de critères culturels tels que les normes, les valeurs et les représentations préexistantes. Ces informations deviennent alors la propriété du sujet et n'appartiennent plus au champ spécifique dont elles sont issues. Si nous revenons à l'exemple de la RS de la personne schizophrène dans la population générale, nous voyons que des éléments sont retenus tels que des aspects de dangerosité ou de fainéantise.

### 2) Élaboration d'un noyau figuratif

Les éléments retenus sont classifiés. Certains vont être considérés comme « indissociables » de l'objet. Ils sont retenus par l'individu pour créer le noyau figuratif. D'autres éléments sont mis de côté, car ils peuvent être conflictuels ou moins prédominants. Si nous reprenons l'exemple de la personne schizophrène, nous pourrions considérer que l'idée « d'imprévisibilité » est indispensable pour la définir. Tandis que, nous pourrions en même temps choisir de mettre de côté la notion de « clinophilie », car nous la comprenons moins, ou qu'elle ne crée pas d'interaction avec ce qui est déjà connu.

Cette organisation permet de faire passer « d'entité abstraite » à « entité saisissable » par l'individu l'objet rencontré. Un noyau figuratif se crée.

### 3) Processus de naturalisation

Le noyau figuratif devient concret. Les éléments sélectionnés sont « chosifiés ». L'individu se fait une image concrète de l'objet abstrait. Nous pourrions ainsi imaginer « la personne schizophrène » comme un homme armé, sombre, ayant plusieurs personnalités, étant imprévisible dans ses actes, et ayant une camisole en guise de chemise. Bref, le concept de personne schizophrène, intimement lié à l'idée d'imprévisibilité, est chosifié pour le rendre compréhensible par l'individu.

- La seconde étape que Moscovici nous propose est l'ancrage :

Ce concept est le processus par lequel une représentation et son objet s'insèrent dans le social. C'est ici que l'objet « s'enracine » dans le système culturel de l'individu. Palmonari et Doise ne disent pas autre chose lorsqu'ils évoquent l'ancrage comme étant le fait de « mettre un objet nouveau dans un cadre de référence bien connu, pour pouvoir l'interpréter ».

Pour Doise, trois étapes existent concernant l'ancrage :

- 1) La signification : L'objet se voit attribuer un sens. En effet, pour l'auteur, l'objet est considéré par rapport aux valeurs et croyances qu'un groupe social partage. Ainsi, il acquière un sens et s'inscrit donc dans un champ de signification existant au préalable dans le groupe. Notons que d'un groupe à l'autre, l'objet et sa RS varient, puisqu'intimement liés aux valeurs dominantes dans le groupe.
- 2) L'ancrage : C'est le moment où l'individu va véritablement intégrer la notion dans son système de pensée. C'est ici une intégration cognitive.
- 3) L'objectification : L'objet est maintenant représenté et connu. Il peut être utilisé afin d'interpréter l'environnement de l'individu et guider l'action.

Enfin, Doise estime qu'une RS est systématiquement à mettre en lien avec « d'autres significations régissant les relations symboliques entre acteurs sociaux<sup>24</sup> ». « Autrement dit, la signification d'une représentation sociale est toujours imbriquée ou ancrée dans des significations plus générales intervenant dans les rapports symboliques propres à un champ social donné<sup>25</sup> ». Nous pouvons ainsi retrouver trois types d'ancrages :

- 1) Le psychologique : se jouant à un niveau individuel et interindividuel.
- 2) Sociologique : se jouant entre groupes sociaux.
- 3) Psychosociologique : se jouant à un niveau individuel dans un groupe social. La façon dont l'individu interprète sa place dans un groupe ou celle d'autrui aura une influence.

La représentation, pour Doise, ne peut être considérée comme un fait isolé. Il est primordial de la considérer dans son contexte d'évolution. Les rapports entre individus ou à la société (jeux de pouvoirs par exemple), l'appartenance à un groupe social, les valeurs et les RS préexistantes auront une influence sur l'ancrage de la RS<sup>26</sup>.

### 2.1.5 Les fonctions des RS

Abric nous explique les 5 fonctions des RS<sup>27</sup>.

- 1) Fonction de savoir : la RS sert à comprendre et à intégrer le monde et ses objets dans un cadre compréhensible pour lui – c'est-à-dire « en cohérence avec leur fonctionnement

---

<sup>24</sup> DANY, L., (2016), « Analyse qualitative du contenu des représentations sociales », in LO MONACO, G., et al., *Les représentations sociales, théories, méthodes et applications*, Bruxelles, De Boeck supérieur, (Ouverture psychologique), p.88.

<sup>25</sup> ABRIC, J-C., (1994), *op. cit.*, p.15.

<sup>26</sup> NEGURA, L., (2006), « L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales », in *SociologieS*, (en ligne), <https://journals.openedition.org/sociologies/993>, p.3. (Consulté le 12 janvier 2019).

<sup>27</sup> ABRIC, J-C., (1994), *op. cit.*, p.15-18.

cognitif et les valeurs auxquelles ils [les acteurs] adhèrent<sup>28</sup> ». Ainsi, la RS crée un cadre de référence permettant aux individus de se comprendre ou plus largement de communiquer.

- 2) Fonction identitaire : la RS permet à un groupe de se situer dans le social par rapport aux autres groupes. De plus, comme l'a montré Doise dans une étude sur l'impact des RS sur les relations intergroupes, nous pouvons noter que la RS a tendance à créer des phénomènes d'assimilation endogroupe tandis qu'elle provoque des phénomènes de contraste exogroupe. Nous voyons bien que la RS sert à se donner ou renforcer son identité.
- 3) Fonction d'orientation : nous en avons déjà parlé plus haut. La RS est un guide pour l'action. L'individu, se dotant d'une définition naïve de la situation, imagine la finalité et agit en conséquence. Il ne s'agit pas tant d'une tâche à faire que l'idée dont la tâche doit être faite qui guide l'action de l'individu.
- 4) Fonction justificatrice : après avoir posé une action, grâce à la RS, nous pouvons également constater que l'individu justifie son action par la RS. Ainsi, un groupe a tendance à justifier de son comportement envers un autre groupe par la RS qu'il en a. La finalité est peut-être trouvée dans une volonté de maintenir une distance avec un groupe social. Les phénomènes de discriminations, alimentés par des stéréotypes notamment, trouvent leurs « justifications » dans les relations entretenues par un groupe envers un autre ; et donc des RS en jeu.

### 2.1.6 *L'architecture de la pensée sociale*

Afin de pouvoir pleinement appréhender une RS, il est nécessaire de pouvoir la considérer dans le contexte sociétal dans lequel elle s'inscrit. L'idéologie se compose de « valeurs, de normes, de croyances générales et de thémata<sup>29</sup> ». En outre, elle est l'élément le plus stable dans l'architecture de la pensée sociale proposée par Rouquette. L'idéologie influence donc la RS d'un objet. Elle-même est la justification de l'action ou de l'attitude, nous l'avons vu plus haut, portée envers cet objet. Enfin, l'opinion sur l'objet peut être donnée. Idéologie, RS, attitude et opinion forment l'architecture proposée par Rouquette. Ces éléments sont proposés du plus stable au plus mouvant.

---

<sup>28</sup> ABRIC, J-C., (1994), *op. cit.*, p.16.

<sup>29</sup> GAMBY-MAS, D., et al., (2012), « Idéologie et représentations sociales : étude expérimentale du rôle de thémata », in *Bulletin de psychologie*, t.65, n°520, juillet-août, p.322.

La définition naïve que l'individu se fait de la personne schizophrène est intimement liée aux connaissances et à la façon de communiquer sur la pathologie. Comme signalé plus haut, la RS a un impact sur les comportements des individus envers la personne schizophrène. Ainsi, il nous paraît important de proposer un point sur les notions de stigmatisation et discrimination.

## 2.2 Définir la notion de stigmatisation / discrimination

Le terme stigmat provient de l'antiquité, et plus précisément de la société grecque. Pour ceux-ci, la notion désigne « des marques corporelles destinées à exposer ce qu'avait d'inhabituel et de détestable le statut moral de la personne ainsi signalée<sup>30</sup> ». Concrètement, les Grecs réalisaient des marques (au fer rouge ou au couteau) sur le corps des esclaves, des criminels, des traîtres, etc. Grâce à ce signe, il était aisé de les éviter, notamment dans les lieux publics.

Les sociétés chrétiennes proposent de nouvelles définitions au concept : les marques divines laissées sur le corps des individus et « les signes corporels d'un désordre physique<sup>31</sup> ».

Aujourd'hui, « l'identité sociale » permet d'anticiper les caractéristiques attendues des individus. Ces exigences ne sont pas conscientisées par ceux-ci tant que les attributs de la personne lui faisant face respectent la norme. Dès que ces caractéristiques s'écartent de ce qui est attendu, nous pouvons nous rendre compte que nous procédons à « une caractérisation en puissance », composante de ce que Goffman appelle « l'identité sociale virtuelle » de l'individu. Cette dernière fait face à « l'identité sociale réelle » qui se compose, elle, des attributs et caractères que l'on peut effectivement observer chez l'autre. Nous le comprenons bien, au plus l'identité sociale réelle s'écarte de ce que devrait être un individu appartenant à une catégorie sociale, au plus il nous apparaît comme diminué, dangereux, etc. Cette déficience est un stigmat<sup>32</sup>.

Le terme stigmat est donc utilisé par Goffman pour « désigner un attribut qui jette un discrédit profond ». Ils sont d'après lui de trois sortes :

- « Les monstruosité du corps (...) »
- Les tares de caractères – généralement attribuées aux personnes souffrantes de troubles psychiatriques, aux chômeurs, aux (ex-)prisonniers, etc.

---

<sup>30</sup> GOFFMAN, E., (2010), *Stigmat, les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les éditions de minuit, (Le sens commun), p.11.

<sup>31</sup> GOFFMAN, E., (2010), *op. cit.*, p.11.

<sup>32</sup> GOFFMAN, E., (2010), *op. cit.*, p.12.

- Les stigmates tribaux (la « race » (sic), la nationalité et la religion)<sup>33</sup> »

Ces stigmates sont à la base des discriminations opérées par les normaux (pour Goffman, ceux qui ne sont pas des stigmates) envers les personnes diminuées. S'y ajoutent les termes utilisés par les normaux afin de désigner les stigmatisés (« impotent, bâtard, débile »). Ceci nous permet de nous « faire une source d'images et de métaphores, sans penser le plus souvent à leur signification première<sup>34</sup> ».

Jones reprend la notion et la définit comme étant une marque reliant une personne à des caractéristiques indésirables. C'est donc un lien entre un attribut (une marque) et un stéréotype (caractéristiques indésirables)<sup>35</sup>.

Pour Link et Phelan, le mécanisme de stigmatisation regroupe quatre éléments.

Tout d'abord nous retrouvons l'étiquetage. Les individus ont des caractéristiques différentes. Dans un grand nombre de cas, cela ne pose pas de problème, car ignorées et « socialement hors propos » (la couleur de nos voitures, la marque de nos chaussures, etc.). D'autres seront la plupart du temps ignorées (la couleur de nos cheveux, nos préférences alimentaires, etc.). Enfin, des caractéristiques ont une forte influence (la couleur de la peau, le genre, l'orientation sexuelle, etc.). Notons que ces éléments varient suivant le contexte social (l'époque et le lieu) notamment dans leur hiérarchisation. Ainsi, il est valorisé de rencontrer un psychiatre dans les milieux aisés de Buenos Aires, alors que ces mêmes rencontres sont stigmatisantes pour les populations plus modestes dans la même région<sup>36</sup>. La question est bien sûr de savoir comment et pourquoi des étiquettes prennent ou perdent leur importance. « Quelles sont les forces sociales, économiques et culturelles qui maintiennent l'accent sur une différence particulière de l'homme ?<sup>37</sup> »

La seconde étape est le fait de stéréotyper. Il s'agit ici du lien qui est fait entre une étiquette et un stéréotype. Nous retrouvons les éléments développés par Goffman dans *Stigmate* et repris dans la définition que propose Jones de la notion. La recherche en psychologie a permis de réfléchir au mécanisme de stéréotypisation. Ainsi, nous apprenons que les individus ont

---

<sup>33</sup> GOFFMAN, E., (2010), *op. cit.*, p.14.

<sup>34</sup> GOFFMAN, E., (2010), *op. cit.*, p.15. Notons un rapprochement avec l'idée de représentation sociale de Moscovici qu'il développe dans son ouvrage en 1961 alors que Goffman écrit ces lignes en 1963.

<sup>35</sup> LINK, B., et PHELAN, J., (2001), « Conceptualizing stigma », in *Annual review of sociology*, vol. 27, août, p.363-385.

<sup>36</sup> BONSACK, C., et al., (2013), « Le stigmate de la folie : de la fatalité au rétablissement », in *Revue médicale suisse*, n°9, 13 mars, p.589.

<sup>37</sup> LINK, B., et PHELAN, J., (2001), *op. cit.*, p.368.

tendance à catégoriser et stéréotyper de façon automatique et dans le but d'atteindre une « efficacité cognitive ». En effet, il est impossible pour l'individu d'enregistrer et de traiter l'ensemble des informations qu'il pourrait observer. Dans un but d'efficacité, l'individu simplifie et réduit les informations créant des catégories.

La troisième composante du stigmatisme est la séparation entre « eux » et « nous »<sup>38</sup>. L'étiquette posée sur un individu vise à une séparation entre un endogroupe et un exogroupe (« eux » et « nous »). Il faut comprendre ici que l'étiquette attribuant des composantes négatives (et favorisant l'émergence de stéréotypes) est une base solide en la croyance d'une différenciation entre « eux » et « nous ». À l'extrême, ce processus peut aller jusqu'à la négation de l'humanité de l'autre (« pas vraiment humaine ») pouvant déboucher sur des pratiques « horribles » sur « eux ». Nous pouvons citer de nombreux exemples où l'autre est chosifié (ou réduite à un diagnostic par exemple) tels que le « toxico », « le schizophrène », etc. (nous entendons d'ailleurs régulièrement qu'une personne *est* toxicomane ou schizophrène, tandis qu'une autre personne *a* du cholestérol ou la grippe)<sup>39</sup>.

La quatrième et dernière composante du stigmatisme est liée à la perte du statut social de la personne et à la discrimination<sup>40</sup>. Les définitions proposées jusqu'ici du stigmatisme ne tiennent pas compte de ce dernier volet. Pourtant, il faut constater que la personne étiquetée et subissant des stéréotypes perd sa place dans la hiérarchie sociale. De nombreuses études sur le genre ou le plafond de verre peuvent mettre en évidence cet état de fait. Sans poser le regard sur des situations de hiérarchisation évidente (tel qu'un organigramme), nous pouvons également constater que dans des situations de partages de pouvoir, ce processus de déclassement est constaté de façon plus subtile : « le droit à la parole, la qualité d'écoute ou d'approbation, la condescendance et le paternalisme<sup>41</sup> » en faisant foi. Précisons qu'il existe deux formes de discrimination : individuelle et structurelle.

- 1) Pour la première forme (l'individuelle), il s'agit du lien fait entre l'étiquetage et le stéréotype confèrent un statut social diminué de l'individu A invitant l'individu B à le discriminer. Il s'agit d'une « réaction comportementale<sup>42</sup> » (une action ; un comportement ; une attitude) basée sur les éléments précédents. Ainsi, sur base d'une étiquette, des stéréotypes (des croyances) et des préjugés (entraînant des réactions

---

<sup>38</sup> LINK, B., et PHELAN, J., (2001), *op. cit.*, p.370.

<sup>39</sup> LINK, B., et PHELAN, J., (2001), *op. cit.*, p.370.

<sup>40</sup> LINK, B., et PHELAN, J., (2001), *op. cit.*, p.370-375.

<sup>41</sup> BONSACK, C., et al., (2013), *op. cit.*, p.589.

<sup>42</sup> CORRIGAN, P. et WATSON, A., (2002), *op. cit.*, p.16-17.

émotionnelles) l'individu a tendance à discriminer. En santé mentale, la discrimination individuelle peut prendre 4 formes<sup>43</sup> : refuser d'apporter une aide ; l'évitement (une étude de 1996 portée par « Mac Arthur mental health module » montre que plus de la moitié des répondants désapprouve l'idée de passer une soirée avec une personne malade mentale, travailler avec ou qu'un membre de la famille se marie avec une personne de ce groupe) ; traitement coercitif (traitement sous contrainte considéré comme normal) ; ségrégation.

- 2) La seconde forme (structurelle) est plus subtile et invisible. Pour comprendre ce point, il est nécessaire de prendre du recul et d'observer « la structure » entourant la personne. Nous pouvons ainsi constater que le stigmaté s'est repandu à cette dernière. Par structure nous entendons parler des relations sociales par exemple. Le stigmatisé étant mis à l'écart, il a moins la possibilité de faire jouer de ses relations pour obtenir un emploi ou un logement (cela se joue dans les deux sens ; tant du côté du stigmatisé ne connaissant pas d'interlocuteur lui permettant un accès, tant du côté de l'employeur qui a lui accès à un public non stigmatisé qu'il va rencontrer et « favoriser »). Nous pouvons également prendre l'exemple d'une personne porteuse d'un handicap ne pouvant pas se rendre, par manque d'accès appropriés, dans l'ensemble des établissements (encore une fois en vue de trouver un travail ou un logement par exemple). La discrimination structurelle se retrouve également dans le fait que la recherche effectuée en santé mentale est l'une des moins financées ; la psychiatrie est généralement « une spécialisation » peu prestigieuse dans les centres de formation (« un psychiatre n'est pas un vrai docteur », idem pour l'infirmier qui apparaît plus comme un assistant social plutôt que comme un technicien du soin, etc.). Nous la retrouvons également dans le discours médiatique qui entretient le déclassement social et le rejet des publics stigmatisés. Celui-ci étant rejeté, les pouvoirs publics n'ont que peu d'intérêts à se pencher sur leur situation. La structure peut se retrouver dans énormément d'aspect tel que l'organisation de nos villes et villages : l'emplacement des hôpitaux psychiatriques fait quasi-office d'une matérialisation de la séparation « eux » « nous » tant ceux-ci sont généralement éloigné de la cité et difficile à relier.

La stigmatisation effectuée par un groupe dominant sur un groupe dominé vise trois buts<sup>44</sup> :

---

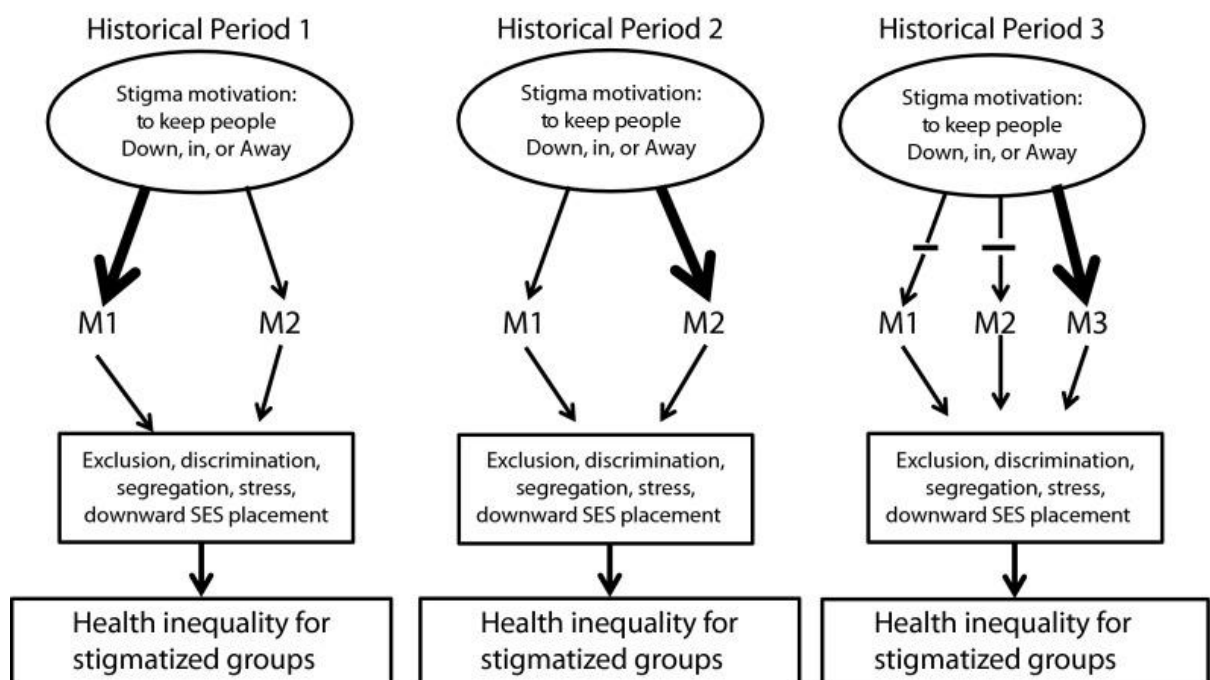
<sup>43</sup> CORRIGAN, P. et WATSON, A., (2002), *op. cit.*, p.16-18.

<sup>44</sup> HATZENBUEHLER, M., PHELAN, J. et LINK, B. (2013), "Stigma as a fundamental cause of population health inequalities", in *American journal of public health*, mai, vol. 103, n° 5, p.816-817.

- 1) Rendre inférieur : nous l'avons vu, un déclassement social est opéré envers les personnes stigmatisées, les membres du groupe dominant cherchant à conforter leur place dans la hiérarchie sociale. Le second point suit la même logique.
- 2) Maintenir les personnes dans leur statut inférieur
- 3) « Maintenir les personnes loin » : nous retrouvons ici l'importance de la séparation « eux » « nous » et la ségrégation opérée en santé mentale notamment.

Afin d'arriver à ces fins, le groupe dominant procède à diverses stratégies, n'hésitant pas à en créer de nouvelles si l'une n'est plus applicable.

Figure 1 - Multiple mediating mechanisms reproduce disadvantage for stigmatized groups<sup>45</sup>



Nous pouvons voir dans ce schéma trois périodes historiques où, à chaque fois, les buts de la stigmatisation sont mis en évidence. Le groupe dominant utilise des méthodes (notées M1, M2 ou M3) pour arriver à ses fins. La flèche en gras nous montre la méthode favorisée (sur la méthode alternative en flèche normale). Parfois, nous pouvons constater que des méthodes sont barrées (flèches barrées) et donc non utilisables. Une nouvelle stratégie est alors opérée afin d'arriver au but de la stigmatisation.

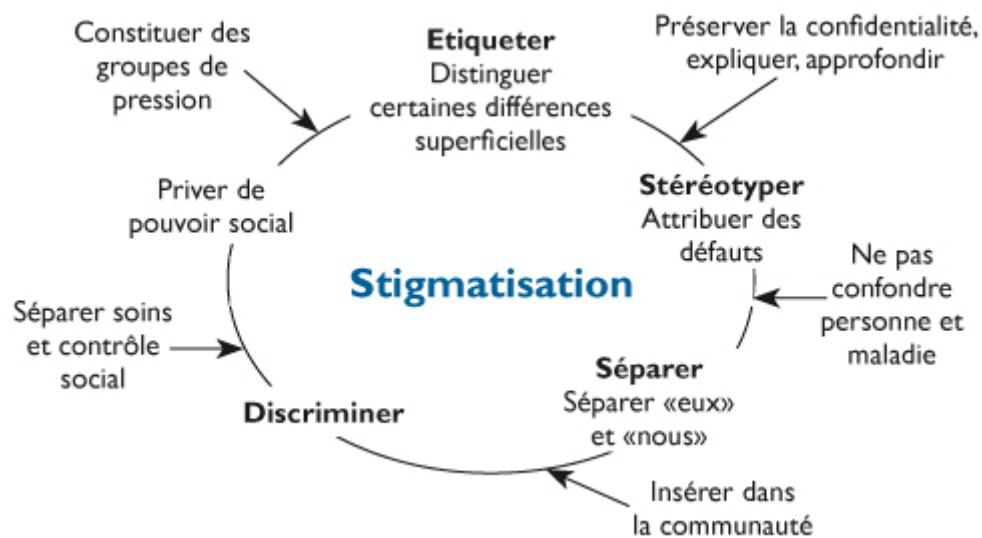
Prenons l'exemple de la santé mentale : la période 1 peut être assimilée à la période asilaire du 19<sup>e</sup> siècle. D'abord assimilé à une politique de bienfaisance, l'asile devient un lieu de

<sup>45</sup> HATZENBUEHLER, M., PHELAN, J. et LINK, B. (2013), *op. cit.*, p.817. – notes accompagnants l'image : « Note. M = mediating mechanism; SES = socioeconomic status. The thick arrow indicates a strong effect whereas the thin arrow indicates a weak effect. The arrow interrupted with a dash indicates a blocked mechanism ».

ségrégation (but : évitement). La désinstitutionnalisation (période 2) ne permet plus la ségrégation initiale (la méthode est « bloquée »). S'installe alors une sorte de ghettoïsation constitué de groupe de personnes avec des troubles mentaux (foyers, « hôtel à occupation simple ») permettant une ségrégation appuyée par les personnes majoritaires et leur idée de « pas dans mon jardin » (évitement toujours). La période 2 permet d'envisager que les personnes malades puissent obtenir un logement, gérer leur argent, etc. Une stratégie s'applique malgré tout. Ces nouvelles possibilités sont subordonnées (conditionnées) à des comportements spécifiques tels que l'obligation de prise de traitement (notamment par injection), mise en place d'un administrateur de bien, mise en place d'un maintien (obligation de soin), obligation d'avoir un psychiatre traitant, accompagnement par une équipe spécialisée au domicile (SPAD ou Psy107), mise en place d'une équipe d'aide familiale, etc.<sup>46</sup>

Une fois l'ensemble de ces éléments intégrés et connus, nous pouvons plus aisément nous poser la question de la lutte contre la stigmatisation<sup>47</sup>.

Figure 2 - Lutte contre la stigmatisation<sup>48</sup>



Afin de lutter contre la stigmatisation, il est nécessaire de s'attaquer à l'étiquetage. Ainsi, les mots utilisés pour présenter un diagnostic sont importants, tout comme l'apport d'informations objectives et basées sur des faits vers la personne diagnostiquée et sa famille. L'information et la sensibilisation sont deux points fort ici.

<sup>46</sup> Monahan a travaillé cette question et nous donne de nombreux exemples.

<sup>47</sup> BONSACK, C., et al., (2013), *op. cit.*, p.590-592.

<sup>48</sup> BONSACK, C., et al., (2013), *op. cit.*, p.590.

Les stéréotypes entourant la maladie mentale sont nombreux. Il est nécessaire d'apporter une information et une sensibilisation à la problématique au grand public (et notamment les jeunes), mais également aux professionnels rencontrant les personnes diagnostiquées (la police, les juges, professionnels de la santé, etc.) afin de réduire les stéréotypes.

La chosification reste importante en santé mentale, nous l'avons vu. Une attention particulière est donc portée sur le langage utilisé qui, aujourd'hui, nous invite à confondre la maladie et la personne.

Les rapports de pouvoir restent principaux dans la mise en place d'une stigmatisation. Permettre aux groupes stigmatisés de prendre du pouvoir – notamment en militant et revendiquant – est donc primordial. Le modèle de soin basé sur l'idée de rétablissement va dans ce sens. Il est utile de se poser la question de sa généralisation. Notons tout de même que la lutte contre la stigmatisation est probablement sans fin et à considérer plutôt comme un processus constant.

Nous pouvons mettre en avant le lien entretenu entre la RS de la personne souffrante de schizophrénie et le processus de stigmatisation vécu par celle-ci. La définition naïve apposée sur l'individu ayant une schizophrénie (influencée par le manque d'informations sur la maladie, les relations de pouvoirs, etc.) favorise la stigmatisation de la personne. Dans l'autre sens, nous pouvons conclure qu'une personne stigmatisée véhicule une RS négative.

### 2.3 Question de recherche et hypothèses

Ce cheminement nous amène à notre question de recherche. Ainsi nous souhaitons découvrir « *Dans quelle mesure la représentation sociale de la personne souffrant de schizophrénie a-t-elle été impactée par la mise en place de la loi 107 en région namuroise ?* »

Nous formulons également ici des hypothèses :

Compte tenu du fait que le processus de désinstitutionnalisation est en marche depuis plus de 60 ans, qu'il a permis la mise en place de différentes réformes du secteur psychiatrique visant notamment des objectifs d'inclusion similaires que ceux évoqués par la loi 107, nous faisons l'hypothèse que *la RS de la personne schizophrène n'a pas été influencée par la loi 107* (H1), tout comme les démarches passées n'ont pas pu le faire semble-t-il.

De plus, en référence à notre pratique professionnelle et, nous le verrons plus tard, aux entretiens préliminaires que nous avons effectués pour réaliser cette recherche, nous pouvons faire une seconde hypothèse : *La loi 107 n'est pas connue des acteurs de terrain travaillant en dehors du secteur de la santé mentale* (H2).

Enfin, pour les mêmes raisons – l’historique du secteur de la santé mentale et notre expérience personnelle - nous posons une troisième et dernière hypothèse. *De façon générale, la loi 107 n’a pas eu d’impact sur les secteurs annexes* (H3).

Cette étape terminée, voyons les méthodes d’analyse de ce travail dans le chapitre suivant.

### **3 Partie III - Méthodologie**

Ce chapitre s'intéresse à la description de la méthode de travail nous ayant permis de réaliser notre recherche.

Nous reviendrons sur les prémisses du travail qui nous ont permis de consolider la question de recherche et ses hypothèses, ainsi que de donner une direction à ce travail.

Nous expliquerons ensuite le choix de la récolte de données empiriques via l'entretien semi-directif, ainsi que le profil des personnes rencontrées.

La suite de cette partie sera finalement consacrée à la présentation de la méthode d'analyse des données récoltées.

#### **3.1 Les débuts**

Le travail a débuté par des rencontres. En effet, avant de fixer une question de recherche, nous avons rencontré différents acteurs de terrain actifs dans le secteur psychiatrique. Ces personnes sont considérées comme des experts dans leur domaine d'activité et toutes connaissent la loi 107.

Ainsi, nous avons rencontré dans un premier temps un psychiatre, le Dr Schepens. Ce professionnel a l'avantage d'être actif sur différents pans du secteur psychiatrique. En effet, le Dr Schepens reçoit des patients dans son cabinet privé situé en région namuroise, en ambulatoire donc, et est également médecin en chef de la Clinique de la forêt de Soignes, hôpital psychiatrique situé à Waterloo. Il est pleinement investi dans les discussions relatives à la mise en place effective du projet 107 pour la province du Brabant-Wallon.

Lors de cette rencontre, nous avons abordé les thématiques relatives aux réformes dans le secteur de la santé mentale belge, et notamment à la loi 107, à sa publicité, à son idéologie, à ses aspects économiques et à son implémentation. Enfin, il est apparu qu'il était pertinent de s'interroger sur la représentation sociale de la personne schizophrène, car aux yeux du médecin, ce public est probablement l'un des plus stigmatisé et fantasmé dans la sphère psychiatrique.

Nous avons ensuite eu l'occasion de rencontrer M. Didier de Reimaecker, coordinateur du réseau santé à Namur. Cette rencontre nous a permis de comprendre les étapes liées à la mise en place de la loi 107 sur le territoire (nord) namurois. Nous avons également pu, grâce à sa participation, étudier les méthodes appliquées dans les différents secteurs annexes à la psychiatrie : le logement social, le travail/la formation et la culture. Ainsi, nous avons décidé

de nous pencher exclusivement sur ces aspects de l'intégration sociale, comme proposé par le projet de loi 107.

En parallèle de ces entretiens, nous avons pu étayer notre réflexion sur le sujet de ce mémoire par la lecture de documents et d'études, et par les rencontres effectuées dans le cadre de notre emploi d'accompagnateur social dans le secteur psychiatrique ambulatoire en région bruxelloise.

La question de la représentation sociale de personnes psychiatisées dans le monde occidental nous a permis de construire notre cadre théorique et, surtout, de nous rendre compte d'une certaine stabilité dans les résultats obtenus par ces différentes recherches, comme déjà évoqué plus haut. Nous avons également pu mettre en avant des absences. À nos yeux, si la recherche sur cette thématique n'est certainement pas neuve et a pu englober de nombreuses variables (pathologies spécifiques, lieux de recherche, etc.), dont notamment la diversification des acteurs interviewés (personnes présentant une pathologie, professionnels du soin, familles, citoyens « ordinaires », etc.), il nous est apparu que les travailleurs sociaux actifs dans les secteurs identifiés comme appartenant au domaine de l'intégration sociale sont absents. Nous n'avons en effet pas pu trouver de recherches spécifiques sur les représentations sociales des personnes psychiatisées, et à fortiori des personnes schizophrènes, s'intéressant à ce public précis.

Fin 2018, la question de recherche (et ses hypothèses) se fixe donc grâce aux différents apports des rencontres préliminaires effectuées, combinées à nos observations de terrain et aux recherches disponibles. Nous pouvons alors penser à la récolte de données afin d'y répondre.

### 3.2 L'entretien semi-directif

Afin de récolter des données, nous sommes amenés à nous poser la question du « comment ». Notre choix se pose sur la réalisation d'entretiens, car, comme le signalent Van Campenhout et ses coauteurs, « sous leurs différentes formes, les méthodes d'entretien impliquent des processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine. Elles se caractérisent par un contact direct entre le chercheur et ses interlocuteurs et par une faible directivité de sa part. (...) ces processus permettent au chercheur de retirer de ses entretiens des informations et des éléments de réflexion très riches et nuancés<sup>49</sup> ».

---

<sup>49</sup> VAN CAMPENHOUT, L., MARQUET, J., et QUIVY, R., (2017), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, p.241. Il est possible également de lire les remarques préliminaires de Moscovici dans son ouvrage sur la psychanalyse pour se rendre compte de l'importance prise par l'idée de « communication » dans la recherche sur les RS. Voir MOSCOVICI, S., (2004), *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF, p.19-35.

Pour ces mêmes sociologues, l'entretien semi-directif permet un travail intéressant dans la recherche des représentations sociales des personnes interviewées. Damhuis et Ruquoy ne disent pas autre chose lorsqu'elles recommandent l'utilisation de l'entretien semi-directif quand le chercheur se borne à faire ressortir les pensées ou encore les réalités subjectives ou objectives des personnes interviewées – ce qui est notre cas donc. Afin de comprendre le « sens que les acteurs donnent à leurs pratiques (...), les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent. Elle {l'interview} permet de rapporter les idées à l'expérience du sujet et permet l'accès à des idées incarnées (domaine des croyances, stabilité des idées)<sup>50</sup>. »

Enfin, ce processus a l'avantage de permettre la récolte de nombreuses informations dans un laps de temps « raisonnable<sup>51</sup> ».

### 3.3 La grille d'entretien

Afin de réaliser les entretiens semi-directifs, il est nécessaire d'avoir un canevas permettant de s'assurer que l'interviewé a abordé l'ensemble des points utiles à notre recherche.

La grille<sup>52</sup> utilisée se divise en quatre thématiques :

- Mise en contexte/mise à l'aise de la personne : ce premier volet permet à la personne interviewée de prendre la parole sur des sujets qu'elle maîtrise (se présenter et présenter sa fonction). L'intérêt de cette partie est de s'assurer que la personne rentre bien dans les critères de sélection de l'échantillon (nous y reviendrons) et de se mettre à l'aise pour la suite de l'entretien.
- « L'objet » personne schizophrène : ici, nous introduisons notre sujet de recherche. L'intérêt de ce volet est d'entendre l'interviewé parlant de la personne schizophrène afin d'en retirer des informations pour établir la RS de celle-ci.
- La personne schizophrène dans votre travail : ce pan de la grille se penche sur les liens établis entre la personne schizophrène et l'organisation. En outre, ce volet nous permet notamment d'évaluer les attitudes envers le public concerné.
- La loi 107 : le dernier chapitre de la grille interroge les connaissances relatives à la loi 107 pour le travailleur. Nous pouvons donc en tirer des conclusions en termes d'influence de la réforme sur les éléments tirés auparavant.

---

<sup>50</sup> DAMHUIS, L., et RUQUOY, D., (2012), *Collecte de données : l'entretien semi-directif*, syllabus FOPES/WE inter-groupe/1<sup>er</sup> Master, mars, s.l., p.6.

<sup>51</sup> IMBERT, G., (2010), « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », in *Recherche en soins infirmiers*, n°102, septembre, p.24.

<sup>52</sup> Voir annexe.

### 3.4 Échantillon

Nous retenons de Miles et Huberman (cité par Savoie-Zajc<sup>53</sup>) deux critères à prendre en considération lors de la formation de notre échantillon. La construction théorique qui justifie du choix des acteurs rencontrés et le critère logistique regroupant « l’accessibilité, la facilité d’entrée, le calendrier, les échéances, la disponibilité, les coûts<sup>54</sup>. » Bref, nous constituons un échantillon de personnes à rencontrer suivant la pertinence théorique à les rencontrer et nos moyens de le faire.

Nous définissons un profil de personne à interviewer suivant notre question de recherche. L’intérêt de se pencher sur les travailleurs de terrain issus des secteurs liés à l’intégration sociale semble évident. Nous privilégions les professionnels rentrant en contact avec leur public et/ou autorisant l’accès à leur institution au public cible (via candidature par exemple). Ensuite, nous souhaitons pouvoir rencontrer un panel « complet » lié à la notion d’intégration sociale. Les sphères emploi/formation, logement social et culture, doivent donc être intégrées dans la mise en place de l’échantillon.

Nous avons ainsi pu rencontrer 10 personnes issues de ces trois secteurs. Respectivement, 4 liées à la formation et à l’emploi, 4 au logement social et 2 issues du secteur de la culture et des loisirs. Nous reviendrons sur ce point.

Les structures d’où proviennent les acteurs interviewés ont été contactées par mail. Les courriels faisaient état d’une demande de rencontre avec des professionnels de terrain correspondants à nos critères d’échantillonnage. Nous avons personnalisé la demande de rencontre pour chaque institution, en précisant notre démarche de recherche dans le cadre d’un mémoire pour l’UCLouvain portant sur l’étude de la représentation sociale d’un « public particulier ». Nous n’avons jamais précisé plus (à ce moment des prises de contact) le public qui nous intéressait afin d’éviter les biais.

Les rencontres ont débuté le 13 juin 2019 et se sont terminées le 15 novembre 2019. Elles se sont à chaque fois déroulées dans les locaux de l’institution concernée.

Enfin, nous avons enregistré les rencontres afin de nous permettre une retranscription fidèle des propos tenus.

---

<sup>53</sup> SAVOIE-ZAJC, L., (2007), « Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? », in *Recherches qualitatives*, Hors-série, n°5, s.d., p.102.

<sup>54</sup> SAVOIE-ZAJC, L., (2007), *Ibidem.*, p.102.

### 3.5 Aspects déontologiques

Il est bien entendu primordial de pouvoir suivre une ligne de conduite déontologique pour notre recherche.

Comme mis en avant ci-dessus, les personnes interviewées ont pu prendre connaissance de « l'objectif et les moyens<sup>55</sup> » dès le début de la démarche de recherche à laquelle nous leur avons proposé de participer. Toutes ont dit comprendre le fait que le public précis n'ait pas été donné directement. Le public « personne schizophrène » a été précisé en face à face avant chaque début d'entretien, permettant à la personne de ne pas y participer si elle ne le souhaitait plus. Aucune n'a souhaité stopper le processus.

Chaque travailleur nous a autorisé à enregistrer nos propos.

Il a été demandé à chaque fois si l'anonymat était souhaité. Deux interviewés l'ont demandé à ce jour.

### 3.6 Les services rencontrés

#### 3.6.1 *Formation/emploi*

Initialement, il était envisagé de scinder les secteurs de l'emploi et de la formation professionnelle. Assez rapidement, nous nous sommes rendu compte que l'imbrication de ces deux pôles est importante. En effet, les structures d'accompagnement vers l'emploi réalisent généralement ce travail via la formation qu'elles proposent elles-mêmes. Ainsi, les entreprises de formation par le travail (EFT) proposent une formation qualifiante et un accompagnement social menant à l'emploi, tout comme les organismes d'insertion socioprofessionnelle (OISP). Aujourd'hui, en Wallonie, ces deux appellations sont regroupées sous le terme « centre d'insertion socioprofessionnelle<sup>56</sup> » (CISP).

L'ensemble des CISP ont des objectifs communs envers le citoyen :

- Permettre l'acquisition « des compétences pour accéder à une formation qualifiante ou à un emploi ;
- Bénéficier d'un accompagnement psycho-social individualisé ;

---

<sup>55</sup> DAMHUIS, L., et RUQUOY, D., (2012), *op. cit.*, p.26.

<sup>56</sup> Pour plus d'informations sur les CISP voir, SPW Wallonie, <https://emploi.wallonie.be/home/formation/csp.html>, Centres d'insertion socioprofessionnelle (CISP). (Consulté le 01 avril 2020).

- Concevoir un projet professionnel<sup>57</sup> ».

L'accès aux CISP est lui aussi réglementé. Seuls les demandeurs d'emploi inoccupés, les personnes avec une fragilité liée à la santé, les détenus, les personnes issues de l'immigration, les travailleurs sous article 60 et les bénéficiaires d'un revenu d'intégration sociale sont éligibles. S'y ajoutent des conditions liées au niveau d'enseignement de la personne (ne pas avoir eu son certificat d'enseignement secondaire du deuxième degré ou équivalent).

Enfin, toutes les CISP ont un contrat de coopération avec le Forem et ont un statut d'ASBL ou CPAS.

Trois CISP ont été rencontrées. La première propose un projet d'insertion socioprofessionnel tourné vers l'apprentissage des métiers du bâtiment (peinture, ouvrier polyvalent, maçonnerie, etc.). Celle-ci fonctionne via l'apprentissage par le travail (ancienne EFT). Ainsi, les stagiaires sont amenés à prendre de l'expérience directement sur le terrain. La seconde CISP propose un accompagnement individualisé vers l'emploi. Des séances d'orientation professionnelle, sous forme d'ateliers collectifs généralement, sont organisées. Le stagiaire est invité à réfléchir à son projet de vie, à le mettre en place, tout en respectant le cadre institutionnel (horaire, démarches pour trouver un stage, etc.). Un plan individualisé est également possible. Enfin, la troisième, a choisi d'axer son travail d'insertion suivant le modèle EFT dans le secteur de la restauration (commis de salle et de cuisine). Elle propose également des formations, toujours dans le même domaine, de promotion sociale, de « passerelle emploi » (sorte de préformation permettant de prétendre à un article 60 notamment), etc.

### 3.6.2 *Logement social*

Trois structures actives dans le secteur du logement social namurois ont participé à la recherche.

Les deux premières structures ont pour projet l'acquisition d'un logement social pour les personnes démunies, fragilisées, etc. La première, sous statut ASBL, propose de faire le lien entre un propriétaire (privé ou public) et un potentiel locataire. L'institution fait alors office de garant du futur locataire dans une convention signée en tripartite. La seconde institution, SCRL, propose des logements lui appartenant.

La troisième structure a pour objet le maintien dans le domicile. En effet, outre l'accès au logement social, il nous est apparu pertinent de se pencher sur les services favorisant la

---

<sup>57</sup> SPW Wallonie, *Ibidem*. (Consulté le 01 avril 2020).

continuité dans l'occupation du logement. Ainsi, nous avons rencontré un service d'aide et de soins à domicile, proposant un accompagnement dans le logement. Ce travail vise à maintenir le logement dans des conditions d'hygiène acceptable, à accompagner la personne dans différentes démarches quotidiennes (aide à la cuisine, accompagnement vers les magasins, etc.) et, se propose d'être un service faisant lien entre le locataire et son réseau administratif (administrateur de biens par exemple), social (famille, CPAS notamment) ou encore médical (psychiatre, hôpital de référence, etc.).

### 3.6.3 *Culture et loisirs*

Différents services proposant des activités ont été contactés. Il est apparu très compliqué de les rencontrer<sup>58</sup>. Seul un service a pu être interviewé.

Celui-ci propose différentes activités créatives, tournée vers la pratique de l'art. Ainsi, via le biais de la peinture, du bricolage, de la musique, etc., les bénéficiaires ont l'occasion d'effectuer un travail valorisant favorisant leur intégration sociale. L'institution donne « des cours » dans ses locaux, par petit groupe ou en individuel. Le personnel se rend également dans différentes institutions (CPAS et institution du secteur pédopsychiatrique) et y élabore des activités suivant la demande et les attentes de la personne ou de l'équipe éducative. Les activités proposées en CPAS s'inscrivent par exemple dans le volet « réinsertion sociale » des bénéficiaires. Notons que cette ASBL est relativement neuve (moins de deux ans d'existence) et ne bénéficie pas de subsides à ce jour.

Ces sept structures nous ont donc donné accès à leurs locaux afin que nous puissions rencontrer leurs travailleurs. Nous avons fait remplir une fiche sociodémographique à ceux-ci afin de nous permettre de les présenter ci-après. Nous pouvons retrouver grâce au Tableau 1 les différentes informations concernant le profil des personnes interviewées.

---

<sup>58</sup> Nous n'avons en effet pas reçu de réponses des services concernés.

### 3.7 Profil des personnes rencontrées

Tableau 1 - Interviewés – Secteurs rencontrés et informations sociodémographiques (n=10 ; x=oui)

	Secteurs rencontrés			Informations sociodémographiques			
	Emploi / formation	Logement social	Culture et loisirs	Genre	Âge	Niveau étude	Fonction
Entretien 1	X			M	50	Universitaire	Gestionnaire
Entretien 2	X			F	35	Universitaire	Formatrice
Entretien 3	X			F	44	Universitaire	Directrice
Entretien 4	X			F	48	Universitaire	Accompagnatrice et Formatrice
Entretien 5		X		F	26	Bac	AS et Coordinatrice
Entretien 6		X		F	26	Bac	AS
Entretien 7		X		M	40	Bac	AS
Entretien 8		X		F	44	Bac	AS
Entretien 9			X	F	33	Bac	Animatrice
Entretien 10			X	F	29	CESS	Responsable et Animatrice
Moyenne					37,5		
Total interviews/secteur	4	4	2				

Tout d’abord, comme déjà évoqué, le nombre total de rencontres se porte à 10 (n=10), dont 4 dans les deux premiers secteurs et 2 dans le troisième. 8 des 10 personnes rencontrées sont de genre féminin. Les âges des participants sont relativement étendus avec d’un côté de l’échelle une personne âgée de 50 ans, tandis que la personne la plus jeune a 26 ans. La moyenne des âges est de 37.5 ans (écart type = 8.49). Enfin, nous constatons que les travailleurs sociaux issus du secteur de la mise à l’emploi et de la formation ont tous obtenu un grade universitaire (avec des profils variés, à savoir management, communication, psychologie, histoire). Les autres branches d’activités sont représentées par des personnes ayant un diplôme de type baccalauréat (Assistant Social pour les personnes du secteur logement et artistique pour la culture). Une seule personne possède un diplôme de l’enseignement secondaire supérieur. Enfin, concernant les fonctions des personnes interviewées, nous voyons que le panel est relativement varié. 4 des 10 personnes ont un rôle de gestion, de direction ou de coordination ; parfois combiné à la réalisation d’un travail direct avec le public en tant que formatrice ou animatrice. Les travailleurs restants sont soit animatrice, formatrice ou assistant social. Notons que la description reçue du travail des formatrices et de l’animatrice nous paraît équivalente. Les assistant sociaux sont uniquement représentés dans le secteur « logement social ».

### 3.8 Méthode d'analyse des entretiens

Dans cette partie du travail, nous allons expliquer nos démarches d'analyse des données récoltées. Nous commençons par un codage des entretiens via un premier logiciel informatique (Weft QDA) afin de nous permettre de regrouper les termes qui nous sont utiles pour l'analyse de la RS de la personne schizophrène. Pour ce faire, nous rentrons les données codées dans un second logiciel informatique d'analyse textuelle (Iramuteq). Cette étape nous permet de nous rapprocher de la réponse à donner à notre question de recherche.

S'y ajoute l'analyse, suivant la méthode du codage toujours, des entretiens autour des discours liés à la loi 107. Nous pouvons ainsi donner une réponse à deux hypothèses de recherche (H2 et H3)<sup>59</sup>.

La combinaison des informations glanées sur ces deux derniers points nous permet enfin de répondre à H1 et à la question principale.

#### 3.8.1 *Analyse de contenu*

Après avoir réalisé une retranscription fidèle (en ce compris hésitations, répétitions, silences, etc.) des entretiens, nous envisageons l'analyse de contenu de ceux-ci.

L'utilisation d'une méthodologie rigoureuse est nécessaire afin d'éviter « l'illusion de transparence », c'est-à-dire l'illusion d'un savoir immédiat<sup>60</sup>, instinctif, de sens commun. Ainsi, pour Laurence Bardin, l'analyse de contenu est pertinente lorsqu'il s'agit de vouloir, dans des thématiques liées à la communication, « comprendre au-delà de leurs significations premières<sup>61</sup> ». L'enrichissement de la lecture en vue d'augmenter la productivité du chercheur, et le dépassement des incertitudes visant une lecture « valide et généralisable » en sont les deux objectifs premiers<sup>62</sup>.

Negura nous invite à l'utilisation de l'analyse thématique « pour l'étude des opinions par la catégorisation des énoncés dans des thèmes d'analyse<sup>63</sup> ». Cette méthode de travail se découpe en deux objectifs distincts<sup>64</sup> :

---

<sup>59</sup> Voir *infra*. 2.3 question de recherche et hypothèses

<sup>60</sup> LEENHARDT, J., (1971), « Pierre Bourdieu, Jean-Claude Chamboredon, Jean-Claude Passeron ; Le métier de Sociologue ; compte-rendu », in *Annales*, 26<sup>ème</sup> année, n°1, p.234.

<sup>61</sup> BARDIN, L., (2013), *L'analyse de contenu*, Paris, PUF, (Quadrige), p.30.

<sup>62</sup> BARDIN, L., (2013), *Ibidem.*, p.30.

<sup>63</sup> NEGURA, L., (2006), *op. cit.*, p.3. (Consulté le 03 avril 2020).

<sup>64</sup> PAILLE, P., et MUCCHIELLI, A., (2012), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Collin, (U), p.231.

- Mettre en avant de façon systématique l'ensemble des thèmes liés à l'objet de recherche (coder les entretiens)
- Repérer et mettre en évidence les liens, oppositions, redondances, etc., entre différentes sources d'informations (ici les différents entretiens)

Notons que le second objectif est réalisé à l'aide d'un logiciel informatique, nous y reviendrons.

Afin de nous aider dans le codage des entretiens, nous utilisons le logiciel libre Weft QDA<sup>65</sup>. Celui-ci permet de créer aisément des catégories de codes. Il est possible de hiérarchiser les codes (structure en arborescence). Les passages de textes codés sous une même catégorie sont ensuite compilés ensemble permettant de faire ressortir les passages au codage similaire sur un seul document exportable.

Exemple :

{À propos de l'origine du statut de personne schizophrène} – Entretien 8.

*Par exemple, la personne qui court derrière les personnes avec un couteau, elle a vu son fils se faire trucider. D'accord ? Donc, j'imagine qu'il y a un choc émotionnel. Ou alors, j'en ai qui ont heu...un passé de « tox » très lourd, en héroïne, en cocaïne, heu...mélangé à l'alcool. Heu...je ne sais pas si ça, ça peut devenir, faire devenir schizophrène. Mais il y a un contexte heu...stupéfiants-alcool à mon avis qui ne doit pas être très bon.*

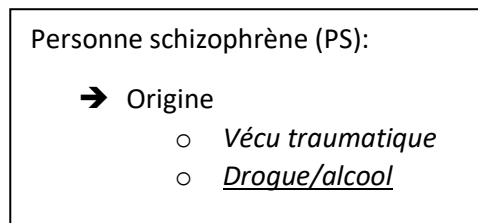
Dans ce passage, nous pouvons dans un premier temps appliquer le codage « Personne schizophrène » à l'ensemble du discours. Il s'agit ici de suivre la première étape évoquée par Negura, établir « par l'analyse thématique, les segments de discours en lien avec l'objet de représentation étudié<sup>66</sup> ». Ensuite, nous pouvons « sous-coder » le passage.

Dans un premier temps, nous voyons que l'interviewé parle de l'origine du statut de personne schizophrène, et ce pour l'ensemble du texte également. Dans un second temps, nous catégorisons le passage avec deux sous-codes supplémentaires. Ainsi, en italique, nous aurons le sous-code « vécu traumatique » et en italique-souligné, le sous-code « drogue/alcool ».

<sup>65</sup> Pour plus d'informations sur le logiciel, voir son le site officiel de celui-ci : Weft QDA, <http://www.pressure.to/qda/>, Weft QDA. (Consulté le 03 avril 2020).

<sup>66</sup> NEGURA, L., (2006), *op. cit*, p.4. (Consulté le 03 avril 2020).

Nous obtenons ainsi une arborescence de codes qui pour l'exemple donne :



Après avoir appliqué la même logique à l'ensemble des entretiens, nous pouvons avoir une première vision des résultats grâce à la fonction « review coding » qui nous permet de croiser les différents codes afin d'en tirer des données chiffrées.

Si nous reprenons notre exemple PS->Origine :

Tableau 2 - Codage « Origine » - nombre d'entretiens évoquant l'item

Items	Personne Schizophrène
<b>Origine</b>	<b>8</b>
Traumatique	5
Droque/Alcool	4
Génétique	2
Education	1
Société	1

Pour n=10, nous voyons que le code « origine » a été trouvé dans 8 interviews ; le sous-code « vécu/traumatique » est présent dans 5 textes ; 4 pour « drogue/alcool » ; 2 interviewés ont parlé de l'aspect « génétique » de la maladie ; enfin, « éducation » et « société » ont chacun été évoqué une fois.

L'ensemble du codage<sup>67</sup>, et plus précisément l'ensemble des données retrouvées dans le code « personne schizophrène », nous permet de comprendre les connaissances liées à l'objet d'étude. Nous pouvons ainsi alimenter « l'information », composante de la RS pour Gilly. Une étude plus approfondie des propos permet de donner une connotation positive, neutre ou négative à ceux-ci. Nous avons alors là les éléments pour comprendre « l'attitude ».

L'application de cette méthode est également proposée pour l'analyse de la question de la connaissance et de l'influence de la loi 107.

<sup>67</sup> Voir annexe.

Enfin, ce tableau de fréquence nous donne des indices sur les idées partagées par les différentes personnes interviewées. Si la répétition d'un élément est importante pour étayer la définition de la RS que porte le groupe sur la personne schizophrène, il reste primordial également de s'interroger sur l'organisation de celle-ci (via l'analyse de cooccurrences).

### 3.8.2 *A propos des codes*

Sous le code général PS, trois grandes catégories sont retenues : « Origines », « Symptômes » et « Au quotidien ». Ceux-ci sont créés suite à la lecture des entretiens. En effet, lorsqu'une définition de l'objet était discutée avec les répondants, la question de l'origine de la maladie (du statut de la PS) revenait souvent. Il en va de même avec l'aspect « symptôme » qui n'a pas été interrogé en tant que tel lors des rencontres (il était plutôt demandé d'évoquer des « caractéristiques » par exemple, mais jamais de terme médical n'a été employé lors des questions). C'est ici encore au regard des propos tenus lors des entretiens que nous avons créé et nommé le code « symptôme » donc. La catégorie « au quotidien » suit la même logique. En résumé, l'ensemble des codes a été créé à posteriori et grâce aux propos tenus par les interviewés. Ils ont en outre évolués au fur et à mesure que le nombre d'entretiens augmentait.

La stratégie est différente pour les codes relatifs à la loi 107. Ici, il était important de connaître l'état de connaissance des répondants sur celle-ci donnant ainsi 2 sous-catégories : « loi 107 connue » et « loi 107 inconnue ». Il n'a pas été nécessaire d'enrichir les sous-codes à la relecture des entretiens.

### 3.8.3 *IRaMuTeQ*

L'Interface de R pour les analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (ou iramuteq<sup>68</sup>) est un logiciel libre permettant l'analyse de données textuelles fonctionnant avec l'interface R. Concrètement, ce logiciel propose, sur base d'un document textuel, de sortir des données statistiques, d'analyser les similitudes rencontrées, ou encore de classifier les données du texte.

Pour notre part, nous l'utilisons pour deux applications distinctes :

- La création d'un nuage de mots mettant en avant la fréquence d'utilisation des termes du corpus « Personne schizophrène » créé suite au codage des entretiens via le logiciel

---

<sup>68</sup> Pour plus d'informations voir, Iramuteq, <http://www.iramuteq.org/>, Iramuteq - Accueil. (Consulté le 03 avril 2020).

Weft QDA. Ce nuage de mots, nous le verrons, ne permet pas de comprendre le lien entre les termes employés.

- La mise en avant des cooccurrences via l'outil « analyse des similitudes ». Ici, nous avons l'occasion de mettre en image les liens ou relations entre les termes utilisés dans le discours (les cooccurrences donc).

Ces deux outils sont complémentaires. Avec le premier, nous avons une représentation visuelle des mots les plus fréquents (et qui est donc une autre forme d'analyse de la fréquence que celle obtenue précédemment par codage). Avec le second, nous pouvons mettre en avant les liens, et la force de ceux-ci, entre les termes tirés par le logiciel pour analyse.

### 3.9 Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons tenté d'expliquer la méthode d'analyse de notre recherche. Ainsi, nous proposons dans un premier temps, à l'aide du logiciel Weft QDA, de coder l'ensemble des entretiens, notamment dans le but de mettre en avant la fréquence des codes. La connotation est alors calculée afin de nous renseigner sur l'attitude.

Ce codage nous permet également d'introduire un texte à analyser dans le programme Iramuteq avec lequel nous calculons la fréquence des mots (nuage de mots) et où les liens entre les termes sont proposés de façon visuelle.

L'ensemble des résultats nous donne la RS de la personne schizophrène et l'information relative à la loi 107 notamment.

Nous pouvons ensuite répondre à nos questions de recherche.

## 4 Partie IV - Résultats

### 4.1 Introduction

Dans cette partie du travail est recensé l'ensemble des résultats utiles à notre recherche. Ceux-ci sont de différentes natures. En effet, d'une part, de façon assez classique, nous proposons les résultats obtenus grâce aux logiciels utilisés. D'autre part, face aux résultats émis, nous proposons une lecture des entretiens afin d'éclaircir les données. Il y est fait part d'observations ou de constatations émanant des entretiens. Il ne s'agit pas d'une discussion des résultats à ce stade. Celle-ci suivra dans la partie V. Discussions.

Les résultats proviennent de méthodes d'analyse différentes visant des objectifs distincts. Ainsi, le codage permet de mettre en avant l'information connue sur la PS et de hiérarchiser ces informations (grâce à la mesure de la place prise par chaque code dans les entretiens). L'attitude envers la PS est également calculable avec cette première méthode. Grâce au codage toujours, nous pouvons également mettre en avant l'état des connaissances de la loi 107.

L'utilisation du nuage de mots permet la mise en avant de connaissance par rapport à l'objet d'étude mais cette fois, sans l'utilisation de code. C'est donc un moyen d'objectivation des résultats obtenus précédemment, mais également une méthode permettant d'enrichir les résultats du codage initial.

La troisième et dernière méthode d'analyse se penche sur les liens entre les termes et permet de comprendre autour de quelles informations le discours se construit.

L'ensemble de ces points nous donne les moyens de donner la RS de la PS chez les répondants. C'est aussi donc ce qui nous permet de répondre à notre question de recherche, qui, pour rappel, est « *dans quelle mesure la représentation sociale de la personne souffrant de schizophrénie a-t-elle été impactée par la mise en place de la loi 107 en région namuroise ?* ». Le codage en lien avec la loi 107 complète les informations permettant de répondre aux hypothèses : « *la RS de la personne schizophrène n'a pas été influencée par la loi 107 (H1)* », « *la loi 107 n'est pas connue des acteurs de terrain travaillant en dehors du secteur de la santé mentale (H2)* » et « *de façon générale, la loi 107 n'a pas eu d'impact sur les secteurs annexes (H3)* ».

Cette partie du travail se conclut par une synthèse des résultats permettant de donner les éléments de la RS de la personne schizophrène émise par notre panel.

## 4.2 Codage

### 4.2.1 La personne schizophrène – Origine

Tableau 3 - Codage « Origine » - nombre d'entretiens évoquant l'item

Items	Personne Schizophrène
<b>Origine</b>	<b>8</b>
Traumatique	5
Drogue/Alcool	4
Génétique	2
Education	1
Société	1

Sous le code général « Origine » seul 8 documents sont repris. En effet, le codage des entretiens nous apprend que 2 personnes sur 10 n'ont pas parlé de cet aspect spontanément contrairement aux autres répondants. (Tableau 3).

Nous constatons que l'idée que la personne schizophrène est une personne ayant un vécu traumatique se retrouve dans la moitié des entretiens. Celle-ci est la plus partagée (5 entretiens sur 10).

Entretien 10 – Origine ; Vécu ; Traumatique :

*(...) à mon avis ça doit...on ne devient pas schizophrène du jour au lendemain. Je pense qu'il doit y avoir une fragilité heu...peut-être ...heu...ouais...une fragilité psychotique peut-être après un...un choc ou un ...un traumatisme...heu...on peut développer la schizophrénie.*

Vient ensuite l'item « Drogue/Alcool » ; 4 personnes sur 10 l'ont associé à l'origine de notre sujet d'étude.

Dans les entretiens, il est fait référence de façon quasi égale aux produits stupéfiants (3 mentions) qu'à l'alcool (4 mentions). Notons qu'il s'agit bien de l'idée que les produits psychoactifs induisent une fragilisation psychologique. Il n'est jamais mis en avant que la PS, de par sa fragilité, à tendance à consommer de l'alcool ou de la drogue.

L'aspect génétique est évoqué 2 fois. Une éducation défailante et l'idée que la société soit à l'origine de la problématique reviennent chacune 1 fois.

## 4.2.2 La personne schizophrène – Symptômes

Tableau 4 - Codage « Symptômes » - nombre d'entretiens évoquant l'item

Items	Personne Schizophrène
<b>Symptômes</b>	<b>10</b>
Aspects relationnels	7
Personnalité	6
Agressivité	6
Emotions	6
Rapport à la réalité	5
Capacités	3
Dangerosité	2
Trouble	2
Communication	2
Physique	1

Pour l'aspect « Symptômes », l'ensemble des 10 personnes interrogées ont répondu (Tableau 4).

Les « aspects relationnels » sont mis à l'avant-plan avec 70% des personnes y faisant allusion.

La lecture des entretiens nous apprend que « l'aspect relationnel » est synonyme de difficulté. Dans le secteur de la formation et de l'emploi, la problématique relationnelle renvoie à l'idée de s'intégrer dans un groupe de travail. Tandis que dans le secteur du logement social, la difficulté relative à l'aspect relationnel fait référence au voisinage et à la cohabitation dans l'immeuble.

Entretien 2 – Symptômes ; Interpersonnel ; Aspects relationnels :

*Parce que déjà en plus, je ne sais pas comment quelqu'un de schizophrène peut s'intégrer dans un groupe. Nous on est sur du collectif. Et donc heu, beh sur du collectif, et on est sur une démarche aussi où ça chamboule. C'est élargir sa zone de confort, et donc je ne sais pas si quelqu'un qui est schizophrène bah n'y aurait pas des risques de déclencher justement certaines crises de par bah peut-être les objectifs qu'on donne ...*

Entretien 4 – Symptômes ; Interpersonnel ; Aspects relationnels :

*(...) avec qui la relation avec les autres est difficile, avec les formateurs aussi. Et on sent qu'il est plus heu qu'il est plus présent heu comme les autres jours. Donc c'est là où, c'est là où c'est plus compliqué voilà.*

Entretien 8 – Symptômes ; Interpersonnel ; Aspects relationnels :

*Mais c'est vraiment parce que les locataires n'en peuvent plus et craignent pour leur santé ou leur équilibre, etc. Le bloc nous demande de le faire partir parce que c'est incompatible avec les voisins quoi. Vous voyez ? Et donc, nous autres, une expulsion c'est chaque fois un échec.*

6 répondants sur 10 caractérisent la personne schizophrène par rapport à la « personnalité ».

La « personnalité » renvoie dans les entretiens à un trouble dissociatif de l'identité, plus connu par les répondants sous les termes « personnalité multiple » ou « double personnalité ».

Entretien 9 – Symptômes ; Personnalité :

*Et bien en fait, je ne sais pas comment je définirais ça. J'ai que des idées clichées en fait. Heu d'avoir peut-être heu...cette double personnalité. De pas pouvoir être ancré dans une personnalité stable quoi. Dans laquelle, ils se sentent eux-mêmes.*

Autant de personnes (60%) ont traité de l'aspect « émotions » pour décrire la personne schizophrène.

Nous pouvons lire que la gestion des émotions est surtout discutée car les émotions des personnes schizophrènes sont amplifiées. Celles reprises sont la crainte (craintif), le stress (l'anxiété), la souffrance (différentes émotions pourraient être associées ici), etc.

Entretien 1 – Symptômes ; Emotions :

*Heu pour moi une personne schizophrène c'est une personne qui heu heu qui a des craintes par rapport à pratiquement tout ce qui peut lui arriver. (...) oui craintif, mais craintif à l'extrême quoi. (...) du jugement des autres, de mal faire, de heu enfin de tout ce qui peut lui arriver comme incidents, etcetera.*

Entretien 2 – Symptômes ; Emotions :

*(...) et qui a des difficultés à gérer tant ses émotions que sa place dans l'espace heu social quoi.*

60 % des répondants toujours, ont évoqué l'agressivité de la personne schizophrène.

Le terme le plus générique dans les entretiens pour évoquer l'agressivité est la « crise ». Elle se manifeste verbalement (cris, menaces verbales, etc.) et physiquement (coup dans les murs, menaces avec un couteau, etc.). L'agressivité peut être dirigée contre la personne schizophrène elle-même (présent dans 3 entretiens), allant jusqu'à la tentative de suicide (1 entretien). Les personnes ayant touché ce point dans leur discours sont, le plus souvent, celles qui disent avoir déjà travaillé avec une personne schizophrène. Les évocations renvoient souvent à des moments vécus.

Enfin, pour terminer, il est possible de se demander s'il n'aurait pas été opportun de regrouper les items « dangereux » et « trouble » (2 évocations chacun) dans une catégorie plus large comprenant l'agressivité. La catégorie « dangereux » se rapporte à des comportements mettant en danger l'intégrité d'autrui et celle de la personne elle-même, mais à la différence que ces comportements ne sont pas explicitement volontaires, la personne n'est pas dangereuse « exprès » (comme cette personne qui a allumé le gaz dans l'immeuble ; entretien 8). Le trouble, lui, est relatif « aux troubles du comportement » qui est associé à la personne schizophrène. Les 2 répondants exprimant cette idée ne l'approfondissent pas plus laissant la possibilité d'y voir effectivement un comportement « agressif » ou pas.

Entretien 4 - Symptômes ; Agressivité :

*On a dû mettre fin à la formation d'une autre personne qui est aussi rentrée en délire, mais qui devenait très agressive avec les autres. Donc à un moment...puis finalement qui a fini par être interné parce que ça n'allait plus du tout.*

Le dernier code faisant « consensus » (c'est-à-dire regroupant au moins 50% des entretiens) porte sur le « rapport à la réalité » qui semble caractériser également la personne schizophrène.

Les propos retenus sur ce point font état d'hallucinations auditives et visuelles pour la majorité. D'autres évoquent également l'idée de « paranoïa » et d'une lecture du monde altérée (ou du moins différente, en référence à tout un chacun) par la personne. Il est possible de relier ce dernier point à la notion de délire.

Entretien 5 - Symptômes ; Rapport à la réalité :

*Maintenant, schizophrène bon voilà heu moi je dirais plutôt quelqu'un un peu dans leur monde, qui peuvent entendre peut-être certaines voix, ou penser certaines choses que les gens pensent sûr eux, etc. (...)*

*(...) J'avais une personne qu'on disait schizophrène qui était aussi un petit peu paranoïaque également. Par exemple qui pensait que voilà, toutes les aides familiales étaient là pour la voler heu enfin voilà.*

3 entretiens font référence à la « capacité » de la personne schizophrène.

La notion apparaît dans les entretiens liés au secteur du logement. Elle renvoie à la capacité en tant qu'autonomie.

Enfin, 2 personnes mettent en avant la communication.

Elle est un frein au travail d'insertion d'après les entretiens et pose notamment problème dans le collectif.

Entretien 2 – Symptôme ; Interpersonnel ; Communication :

*(...) c'est vrai que dans la communication ben en fait voilà ce n'est pas le même type de communication qu'avec quelqu'un qui ne l'est pas. (...)*

*(...) voilà il y a quand même certains exercices où on demande quand même de parler de soi, tout en restant bien sûr respectueux de la vie de chacun, mais...qui pourrait peut-être être déclencheur. Donc je pense que sur la communication et l'accompagnement et le coaching, bah y a des compétences à développer en tout cas.*

#### 4.2.3 La personne schizophrène – Au quotidien

Tableau 5 - Codage « Au quotidien » - nombre d'entretiens évoquant l'item

Items	Personne Schizophrène
<b>Au quotidien</b>	<b>9</b>
Accompagnement spécialisé	9
Traitement	6
Social/administratif	6

Pour le code « Au quotidien », nous pouvons voir que 9 personnes ont tenu des propos relatifs à la façon dont « vit » une personne schizophrène (Tableau 5). Une personne a dit ne pas savoir du tout et a donc préféré ne pas s'exprimer.

Fait marquant, nous voyons qu'il y a un accord total sur l'idée que la personne schizophrène nécessite un accompagnement spécialisé.

Derrière ce terme, nous retrouvons l'importance d'avoir un « suivi psychologique », de rencontrer un psychiatre et surtout, une mise en avant évidente de l'incapacité pour un non-initié de travailler de façon juste avec une personne schizophrène. Dans cet item, nous retrouvons souvent la notion de partenariat, tout comme tout aussi régulièrement la notion de limite pour l'accompagnement des personnes schizophrènes au sein de l'institution rencontrée. Il semble être important pour les acteurs de pouvoir identifier la personne schizophrène comme telle et, eux, ne sont pas capable de le faire. Enfin, s'il est si utile de pouvoir « repérer » une personne schizophrène, c'est dans le but de proposer un aménagement à l'accompagnement, d'éviter de déclencher des « crises » en n'utilisant pas les « bons » mots, ou encore dans une visée de bien-être pour la personne schizophrène. En effet, l'association de l'idée

d'accompagnement spécialisé et de stabilité est forte, tandis qu'à l'inverse, « un électron libre » est en voie de décompensation.

Entretien 2 – Au quotidien ; Accompagnement spécialisé :

*(...) je pense qu'il y a quand même un accompagnement psychologique (...)*

*Parce que je pense que ça demande des compétences particulières et de pouvoir justement détecter, et de pouvoir accompagner. On n'accompagne pas quelqu'un qui est schizophrène comme quelqu'un qui ne l'est pas. (...)*

*On essaye toujours dans nos relais de partenaires, ou en tout cas de se renseigner pour voir si on peut relayer la personne. On ne la laisse pas avec un « non ». Voilà. Et donc, je pense qu'ici, il y a « la charnière » sur Namur où justement ils accompagnent des personnes qui ont plutôt des difficultés en termes de santé mentale et donc nous on relaie généralement quand on détecte ce heu ce type de personnalité. Ou en tout cas de candidat, voilà on relaie vers « la charnière » en tout cas.*

Entretien 3 – Au quotidien ; Accompagnement spécialisé :

*Et donc heu, voilà nous on essaye aussi de...c'est une protection de les envoyer vers des centres de santé mentale pour dire attention là...quand ils sont diagnostiqués ou quand ils sont heu quand on identifie des difficultés heu de santé mentale, alors ils rentrent dans un cadre, où ils peuvent être pendant trois ans heu un peu...on les laisse un peu tranquilles.*

Entretien 4 – Au quotidien ; Accompagnement spécialisé :

*Si y a un centre qui les soutient, qui les accompagne, ça, c'est bien parce qu'alors, justement on fait des réunions. Et on arrive à travailler, justement en collaboration. Mais y a aussi beaucoup...je pense pas mal de personnes qui ne sont pas suivies heu qui ont un problème ou bien qui ne veulent plus être suivies et qui n'ont plus été chez le psychiatre...des choses comme ça. Et là, c'est difficile parce qu'eux sont tout seuls avec eux-mêmes et avec nous en face, mais heu...on est un peu heu...on est démuni par rapport à ça.*

Le « traitement » est évoqué par 60% du panel.

Dans les entretiens, nous nous rendons compte que le traitement est toujours évoqué en tant que traitement chimique, médicamenteux. Le médicament est nécessaire, voir obligatoire sous peine de voir la personne schizophrène délirer ou voir émerger des problèmes dans l'accompagnement proposé. Le traitement est également perçu comme contraignant, ou du moins handicapant, pour la personne schizophrène à cause des effets secondaires qu'il induit.

Entretien 8 – Au quotidien ; Traitement :

*Oui, oui, il y a des choses qui reviennent de façon systématique et qui nous...c'est le curseur qui nous fait dire : « OK, elle redébloque ou elle n'a pas repris ses médicaments ». Vous voyez ?*

Entretien 4 – Au quotidien ; Traitement :

*Maintenant heu...si je dois définir, je pense que heu ça dépend si elle prend ses médicaments ou pas. La grosse différence heu...quand quelqu'un heu prend ses médicaments, j'ai l'impression qui...qu'on ne voit pas heu une différence...sauf que parfois les personnes sont assommées par les médicaments.*

6 personnes sur 10 ont évoqué des aspects administratifs et/ou sociaux relatifs à la personne schizophrène.

Nous pouvons retenir des entretiens que la personne schizophrène est globalement fragilisée socialement (c'est-à-dire demandeuse d'emploi, sous administration de biens, précaire, sous statut AVIQ<sup>69</sup> etc.). Dans le secteur du logement social, à plusieurs reprises l'évocation des paiements des loyers est faite.

Entretien 3 – Au quotidien ; Social/administratif :

*Alors heu je pense qu'on pourrait en recevoir heu puisque ces personnes-là sont des personnes probablement des demandeurs d'emploi.*

Entretien 6 – Au quotidien ; Social/administratif :

*C'est parce que moi je garde toujours à l'esprit, malheureusement je pense toujours aux dossiers justice et paiement du loyer, mais...Ces personnes en général, je suppose en tout cas, qu'elles sont sous administrateur de biens ou qui y a un suivi au niveau du paiement du loyer ou ...pas du tout ?*

#### 4.2.4 Nombre de passages par code

Nous passons maintenant à une nouvelle méthode d'analyse.

Tableau 6 - Nombre de passages évoquant l'item

Items	Personne Schizophrène
Accompagnement spécialisé	49
Agressivité	23
Traitement	21
Rapport à la réalité	19

<sup>69</sup> Agence pour une vie de qualité ; dernière dénomination de l'ancienne AWIPH (agence wallonne pour l'intégration de la personne handicapée). Voir Wallonie, familles santé handicap AVIQ, <http://aviq.be>, AVIQ. (Consulté le 03 avril 2020).

Le travail de codage ci-dessus (Tableau 6) permet de nous donner les informations données par les personnes. Le classement a été réalisé suivant le nombre d'entretiens évoquant un item. Il est également possible de se demander quels code ou sous-code a pris le plus de place dans les entretiens. Ainsi, nous pouvons envisager l'idée que les répondants ont souhaité donner plus d'importance à un élément dans leur discours, car il est plus essentiel ou marquant à leurs yeux. Les éléments les plus partagés et les plus évoqués ont certainement une place plus importante dans l'information connue de notre panel de répondants.

Ainsi, nous comptons 163 segments d'entretiens sous le code général « personne schizophrène ». Les occurrences les plus nombreuses sont sous le code « accompagnement spécialisé », « agressivité », « traitement » et « rapport à la réalité ». Ces 4 thématiques sont celles qui prennent le plus d'espace discursif donc.

Notons que nous retrouvons les sous-codes liés aux origines du statut en fin de classement (traumatique avec 6 occurrences, drogue/alcool 5, génétique 2 et à chaque fois 1 pour éducation et société).

#### 4.2.5 Loi 107

Tableau 7 - Codage « Loi 107 » - nombre d'entretiens évoquant l'item.

Items	Loi 107
<b>Loi 107</b>	<b>10</b>
Loi 107 inconnue	9
Loi 107 connue	4

Toutes les interviews mentionnent la loi 107. Le terme « loi 107 » est cependant inconnu pour 9 répondants sur 10 (Tableau 7).

Après explication, 3 répondants mentionnent néanmoins un élément fondamental de la loi qui est la réduction des temps de séjour en milieu hospitalier. Ces 3 personnes ne connaissaient pas le terme « loi 107 », ni l'ensemble des éléments s'y rapportant, mais ils connaissaient une application fondamentale de cette loi (à savoir la réduction des lits hospitaliers). Ces trois personnes ont donc été regroupées sous l'item « loi 107 connue ».

Nous remarquons donc que certains répondants font le lien entre la loi et leur pratique directement après explication de la réforme. En effet, il est souvent mis en avant une évolution du public dans les services d'intégration sociale et des sollicitations de services spécialisés en psychiatrie. La loi ne semble pas être connue, mais elle se fait néanmoins ressentir.

Entretien 7 – Loi 107 ; Loi 107 connue :

*Mais j'en avais vaguement entendu parler puisque ça correspond...enfin je pense que ça correspondait justement au fait qu'on était de plus en plus attentif à ce type de public là. Étant donné que heu...ils raccourcissent tous les séjours en hôpital...c'est général hein. Ce n'est pas lié à la problématique psy. C'est de manière générale de toute façon. C'est des questions financières aussi donc heu.*

1 personne (entretien 5) dit, elle, spontanément connaître la loi grâce à des collègues ayant « participé au projet 107 ». Malgré tout, les connaissances relatives à la loi semblent se limiter à l'intensification de l'accompagnement extra-muros et l'invitation au secteur des soins à domicile de travailler en réseau avec le secteur psychiatrique.

#### 4.2.6 Mesure de l'attitude envers la personne schizophrène

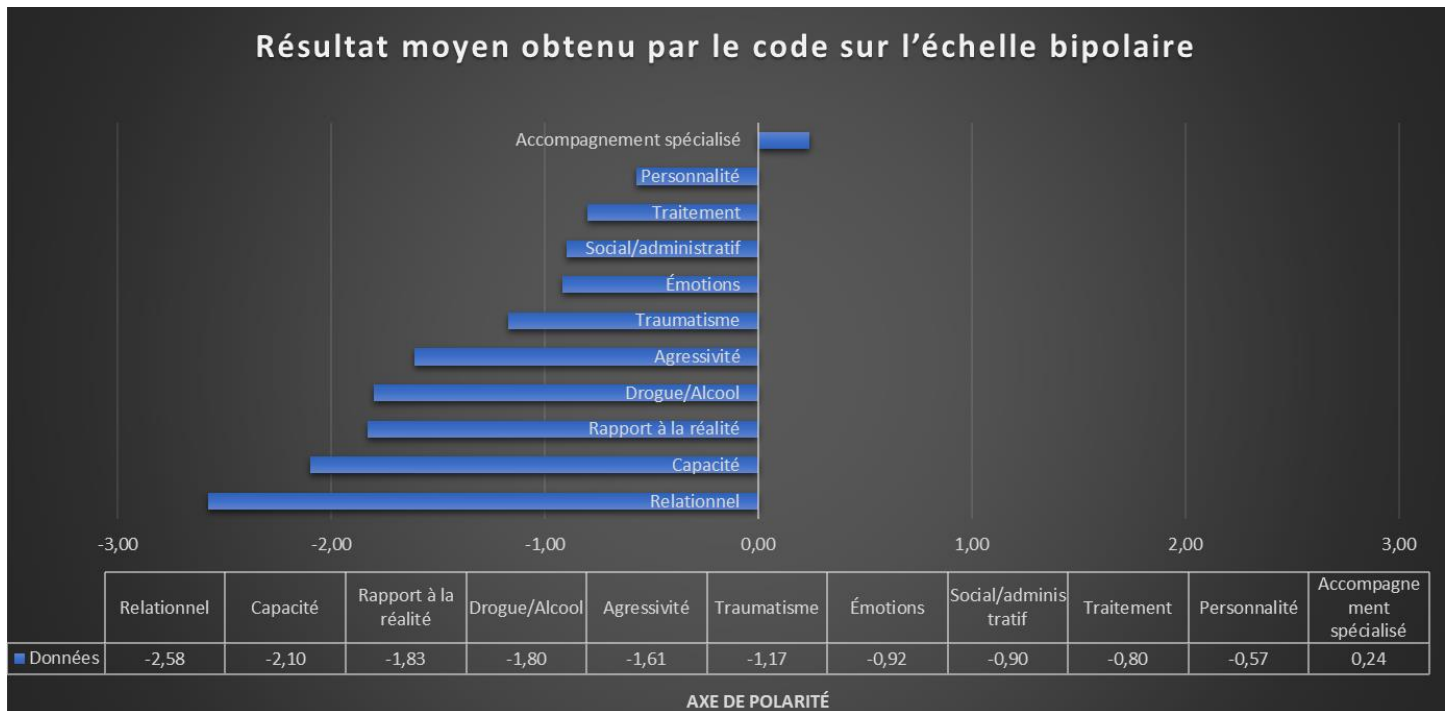
Nous proposons maintenant de nous intéresser à l'attitude envers la PS. C'est la polarité donnée au discours. Nous allons donc prendre chaque segment de texte composant un code afin de lui conférer une position sur échelle bipolaire « positif-négatif ». Les extrêmes sont situés à -3 (extrêmement négatif) et +3 (extrêmement positif). Le score 0 démontre un sentiment neutre ou indifférent. La somme des résultats donnés à chaque passage est divisée par le nombre de référence contenue dans le code, nous donnant ainsi une moyenne (logiquement comprise entre -3 et +3) et nous pourrions rendre-compte des informations chargées émotionnellement et composants finalement la RS. De plus, grâce au calcul «  $(P) = \frac{\text{Nombre de codes positifs} - \text{Nombre de codes négatifs}}{\text{Nombre de codes total}}$  » nous obtenons un résultat donnant l'emplacement sur une échelle de -1 à +1 de l'attitude générale des entretiens.

Les codes retenus pour cette partie de l'analyse sont ceux qui nous semblent les plus significatifs suivant les premiers résultats obtenus ci-avant. Nous notons à côté le résultat moyen obtenu par le code sur l'échelle bipolaire :

- Drogue/Alcool = -1.8
- Traumatisme = -1.17
- Personnalité = -0.57
- Capacité = -2.1
- Social/administratif = -0.9

- Relationnel = -2.58
- Émotions = -0.92
- Rapport à la réalité = -1.83
- Traitement = -0.80
- Agressivité = -1.61
- Accompagnement spécialisé = +0.24

Tableau 8 - Résultats moyen obtenu par le code sur l'échelle bipolaire



La quasi-totalité des codes est donc dans la partie négative de l'échelle, avec des maxima pour les items « aspect relationnel » et « capacité », où les ressentis sont fortement négatifs.

À l'inverse, l'aspect « traitement » est tantôt perçu de façon négative et tantôt de façon positive, si bien que le code se rapproche du 0 neutre. L'item « personnalité » évoque l'idée de double personnalité et est souvent considérée comme un cliché, une croyance « que tout le monde à », et semble donné sans vraiment d'émotion. Enfin, de l'autre côté du 0, nous retrouvons tout de même un item : « accompagnement spécialisé », que l'on a déjà eu l'occasion de mettre en avant, car il comptabilise le plus de passages dans les entretiens, il se situe à +0.24 sur l'échelle, soit juste en positif. Les passages mentionnant cet item sont souvent neutres, parfois négatifs (lorsque le partenariat ne fonctionne pas bien aux yeux du répondant ; un retour d'hospitalisation ou une impossibilité de travail, car le service partenariat n'accepte plus de nouveaux suivis par exemple), mais plus souvent positif donc, avec l'idée qu'un

accompagnement spécialisé favorise la réussite du travail dans le service lié à l'insertion sociale.

De façon assez évidente, l'indice de polarité est largement négatif :

$$(P) = 1 - 10 / 11 = -0.81$$

(P) étant compris entre -1 et +1, avec un score de (P) = -0.81. L'attitude générale dans les entretiens est proche de l'extrême négatif. Ainsi, la RS est polarisée négativement.

### 4.3 Iramuteq

Dans un premier temps, nous complétons l'analyse des fréquences, et donc de l'information, par un nuage de mots obtenu via le logiciel Iramuteq (ce qui permet une forme de critique également). Pour créer ce nuage, le logiciel se base sur l'ensemble des propos concernant notre objet de recherche ; c'est-à-dire, tous les passages relatifs au code général « Personne schizophrène » que nous avons regroupé grâce à Weft QDA ci-avant.

Le programme Iramuteq propose énormément de paramétrages. Pour notre part, nous avons demandé au logiciel de procéder à une lemmatisation<sup>70</sup> des termes et d'exclure une part d'entre eux dans le but que le nuage soit lisible et utile. En effet, sans cette demande, le nuage de mots met assez logiquement en avant des termes inutiles comme « heu », « beh » etc. Ainsi, les adjectifs démonstratifs (« ces » « cette », etc.), les formes non-reconnues (« SPRL » « ASBL » « CV », etc.), les chiffres et les onomatopées (« ah » « hein », etc.) ont été enlevés. Les adverbes (« justement » « tellement », etc.) ont été mis en forme supplémentaire<sup>71</sup>. Enfin, les noms communs ont été mis en forme active (« schizophrène », etc.).

Lorsque l'ensemble des termes nécessaire à l'analyse sont regroupés, nous enlevons les 5 termes les plus fréquents : « Aller », « Penser », « Chose », « Suivre », « Voir ». Les verbes de cette liste renvoient à des éléments de phrases non essentiels, mais récurrents en langue française (« Aller, je vais dire... », « Je pense que... », « il faut voir... », etc.) ; le terme

---

<sup>70</sup> D'après le centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) se référant lui-même à Mounin, la lemmatisation est une « Opération consistant à regrouper les formes occurrentes d'un texte ou d'une liste sous des adresses lexicales ». Concrètement, la lemmatisation est le fait de regrouper sous un terme (un lemme), l'ensemble des mots issus accordés, conjugués, etc. Par exemple, « faire », « fait », « faisait », « firent », etc. seront regroupés sous le lemme « faire ». CNRTL, <https://www.cnrtl.fr/>, Définition – Lemme. (Consulté le 10 avril 2020).

<sup>71</sup> La forme « active » ou « pleine » est un terme qui sera effectivement utiliser dans l'analyse. La forme « supplémentaire » est un « mot outil » permettant notamment les liens entre les formes actives. Ces derniers ne se retrouvent pas dans le résultat de l'analyse.

« chose » renvoie lui essentiellement à des phrases du type « ce genre de chose... », « ces choses-là... » qui ne nous semble pas utile non plus.

Le premier terme, le plus fréquent, est alors le terme « cas » (24 effectifs ou eff.), suivi de « schizophrène » (22 eff.). « Cas » est gardé, car, lorsque nous consultons le concordancier, le terme renvoie en partie à l'idée de « personne » en tant que « cas » (« je pense à un cas... », etc.). L'importance de la fréquence reste à nuancer, car il est régulièrement employé comme formule de type « en tout cas... » Malgré tout, pour son aspect synonyme de personne schizophrène et la chosification qu'il représente, nous le gardons.

L'ensemble des autres paramètres et réglages possibles restent dans leurs formes initiales.



Celui-ci est associé dans le concordancier à « prendre » (20 eff.). Nous retrouvons ensuite « problème » (17 eff.) et « difficile » (16 eff.). « Locataire » et « maladie » ont chacun 14 eff.

Si nous regardons les textes, « médicaments » (et « prendre ») renvoie à l'idée de traitement comme déjà évoqué plus haut. Nous n'y revenons donc pas plus.

Le terme « problème » renvoie à trois idées dans les textes. Les plus fréquentes sont les problèmes liés à l'accompagnement dans le service (car pas spécialisé, pas capable) et à l'idée de maladie comme problème (tel que « un problème psychiatrique », « ils ont un problème », etc.). Enfin, une troisième idée vient avec la notion de « problème » : le médicament. Le problème est souvent la non-prise du traitement et paradoxalement les effets secondaires du traitement,

La gestion des situations par les travailleurs est « difficile » lorsqu'il s'agit de pratiquer avec une personne schizophrène (gestion des crises, des émotions, des relations, en soit d'un ensemble d'éléments formant le quotidien). Le travail, de façon générale, est « difficile » et demande parfois l'aide d'un service extérieur, d'un partenaire spécialisé en santé mentale. L'idée que la situation est « difficile » pour la personne schizophrène revient à 2 reprises.

Enfin, les termes « locataire » et « maladie » sont mis ensemble, car, finalement, il renvoie à la même idée : la personne schizophrène. Si le terme « locataire » parle également des craintes (d'être infecté, d'être mis en danger, de l'agressivité, etc.) des voisins des personnes schizophrènes, il est majoritairement utilisé pour parler de notre objet d'étude. La personne schizophrène est associée à un locataire, à une personne avec qui un travail est effectivement entrepris (dans le secteur du logement social). Il en va de même, avec d'autres conséquences, du terme « maladie ». Celui-ci est employé en référence à la personne schizophrène.

#### *4.3.2 Analyse des similitudes*

Le corpus reste inchangé par rapport au nuage de mots. Les paramétrages également.



Concluons ce point en retenant que les éléments les plus structurants du langage dans notre exemple semblent liés à la notion de traitement médicamenteux, d'accompagnement, de problèmes, de moments délirants et de crise. Une sorte de colonne vertébrale se dessine en effet sur le schéma suivant un axe nord-sud. La question des services extérieurs ne peut pas être oubliée tant elle semble présente dans le schéma. Enfin, un axe reliant le « cas » « personne schizophrène » (via le terme « difficile » qui semble prendre une place centrale ici) avec des éléments descriptifs tel que « trouble », « comportement » ; « personnalité », « gestion », « consommation » et « alcool » et « émotion » est à pointer.

#### 4.4 Mise en commun des différents résultats

Suivant les trois analyses proposées dans ce chapitre, il est possible de tenter une mise en commun en vue de définir la RS de la personne schizophrène. Dans un premier temps, l'information sur l'objet est rappelée. Dans un second temps, nous retenons les éléments qui semblent indissociables par rapport à la personne schizophrène. Enfin, l'attitude générale est, elle aussi, rappelée. L'ensemble des composantes de la RS sont donc disponibles.

Avec les tableaux proposés dans l'analyse par codage via Weft QDA, nous avons une vision sur les thématiques abordées et leurs partages entre les personnes rencontrées : le statut de personne schizophrène s'acquière à la suite d'un trauma vécu et/ou une consommation de drogue ou d'alcool. Ses caractéristiques sont des difficultés relationnelles, émotionnelles, une personnalité multiple, un comportement agressif et un rapport à la réalité altéré. Enfin, et il semble que ce soit le point qui fasse le plus consensus, la personne schizophrène nécessite un accompagnement spécialisé (relatif au secteur psychiatrique ou du moins à la sphère psychologique), un traitement chimique et rencontre des difficultés d'ordre social et administratif.

La corrélation avec le nombre de passages évoquant les items, et donc la place prise dans les discours par ceux-ci, confirme que l'information principale tourne autour de l'idée d'un accompagnement spécialisé et d'une prise de traitement faisant partie du quotidien de la personne schizophrène. Du point de vue des caractéristiques portées par l'objet de notre étude, nous voyons que le croisement des données nuance les premiers résultats : l'agressivité, évoquée par une personne de moins que l'aspect relationnel, est présente dans près du double des passages (23 contre 12 pour le relationnel). Le rapport à la réalité a occupé, lui aussi, plus de place dans les discours que le relationnel avec 19 références.

Le nuage de mot, obtenu via Iramuteq, a pour mission également de nous informer sur la place prise par les termes dans les entretiens. Les termes médicament, problème (dont la difficulté d'accompagner une personne schizophrène dans le service/le secteur et le problème de la non-prise de traitement) et difficile (de pratiquer avec ce public) sont les plus fréquents.

Enfin, l'analyse de similitude via Iramuteq toujours, met en avant une nouvelle fois l'importance du médicament qui est la partie la plus structurante du discours suivant le schéma. Un axe central ressort, liant l'accompagnement aux médicaments à la problématique du travail dans le secteur de l'insertion (manque de formations des AS, besoin de formation en psychiatrie, etc.), et finalement aux délires/crises (synonyme de danger, d'agressivité dans le discours). Les autres liaisons restent relativement similaires, mais nous avons retenu l'importance prise par les termes liés aux partenariats, au réseau et à l'accompagnement spécialisés.

Si l'ensemble des informations retenues ici ont leur importance, il reste tout de même nécessaire de les hiérarchiser ; de mettre en avant les informations les plus présentes, structurantes et indissociables de l'objet de la représentation (soit le champ figuratif chez Moscovici). Les éléments les plus forts représentant la personne schizophrène, suivant les dires des travailleurs sociaux des secteurs de l'intégration sociale à Namur semble être :

- La nécessité d'un accompagnement spécialisé/d'un suivi spécifique (et en dehors du secteur interviewé) /d'un partenariat / etc., car c'est un public différent, demandant l'utilisation de mots et d'une pratique professionnelle particulières.
- Le traitement médicamenteux est indispensable à la personne schizophrène. Ce point rejoint également l'idée première selon laquelle un suivi spécialisé est obligatoire.
- L'agressivité (verbale et physique) caractérise la personne schizophrène, notamment si les deux premiers points ne sont pas remplis. Elle est essentiellement tournée vers les autres, rend le travail compliqué, voire impossible. Ici encore, le secteur psychiatrique semble être la solution.

L'attitude, troisième et dernière composante de la RS selon Gilly, est nous l'avons vu, clairement négative.

Il est utile de discuter de cette RS en intégrant la dimension d'ancrage. Nous y viendrons dans la suite de ce travail.

## 5 Partie V - Discussion

### 5.1 Introduction

Le cheminement initial de ce travail doit être rappelé ici. Sur le territoire namurois, depuis 2010, s'est lancée une réforme du secteur psychiatrique ayant différents objectifs, dont celui de permettre une intégration sociale plus forte du public fragilisé psychologiquement.

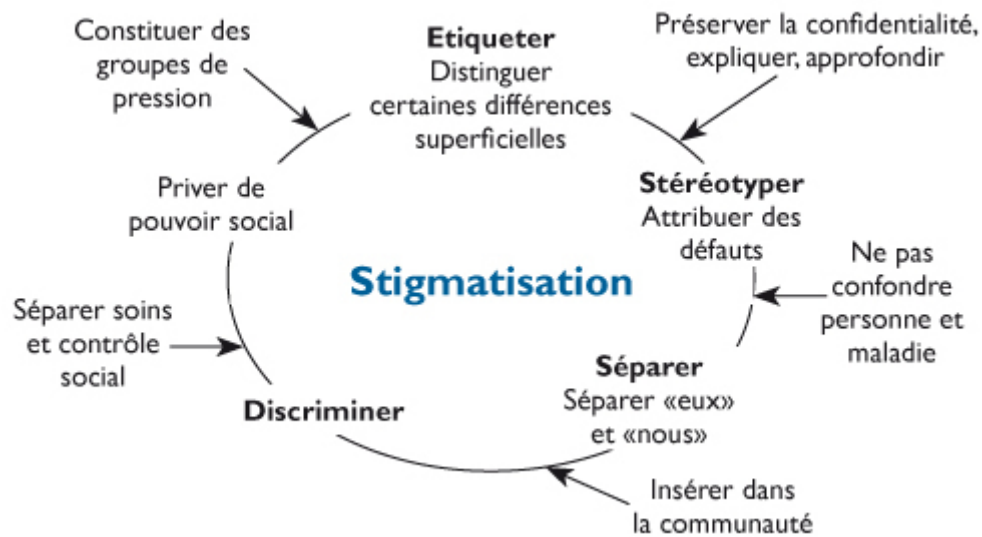
D'après la littérature, nous savons que les stéréotypes et préjugés ont un rôle important dans l'inclusion sociale de l'individu, notamment pour les questions d'accès à un travail, à un logement de qualité ou plus généralement d'intégration à d'autres groupes sociaux. Ces deux points (les stéréotypes et les préjugés) sont en effet repris par Link et Phelan dans leur description du processus de stigmatisation. Pour ces auteurs, il ne faut pas oublier que tout débute par un étiquetage de l'individu et surtout, finit par induire une perte de statut et une discrimination. Dans le secteur psychiatrique qui nous concerne ici, la discrimination (individuelle) se traduit essentiellement par un processus d'évitement, de refus d'apporter une aide, de l'obligation de prendre un traitement et d'une forme de ségrégation. S'y ajoute une forme de discrimination structurelle touchant subtilement la structure entourant l'individu fragilisé, obligeant celui-ci à prendre un statut inférieur, le garder et, ici aussi, permettant sa mise à l'écart des « normaux » (ségrégation). La RS de la personne schizophrène apparaît comme un construit pertinent pour appréhender la stigmatisation. Il était donc important de se pencher sur celle-ci afin de pouvoir évaluer l'impact de la loi 107, dans son volet inclusion, sur l'intégration sociale de la personne schizophrène.

Nous proposons ici de reprendre le schéma de la lutte contre la stigmatisation déjà discuté dans la première partie de ce travail afin de cadrer notre discussion.

Cette lutte porte donc sur les différentes étapes menant à la stigmatisation de l'individu et finalement à sa potentielle inclusion dans la société. Nous tentons ici de mettre en lien les résultats obtenus lors de nos différentes rencontres avec les acteurs de l'intégration sociale namuroise afin de se donner une idée du « où en sommes-nous » dans la stigmatisation de la personne schizophrène et finalement dans sa supposée inclusion. Enfin, suivant les conclusions de cette étape, un lien est réalisé avec la loi 107 et son implication dans la réponse obtenue ci-avant. L'ensemble de la démarche est alors terminé, nous permettant une critique générale de ce travail et une proposition de recommandations pour l'avenir, ainsi qu'une conclusion générale.

## 5.2 Stigmatisation

Figure 5 - Lutte contre la stigmatisation<sup>72</sup>



Le modèle proposé par Link et Phelan (Figure 5) afin de rendre compte d'une stigmatisation débute par l'étiquetage. Pour rappel, il s'agit d'une somme d'informations plus ou moins influentes à propos de la personne schizophrène. Nous retrouvons ici l'ensemble de l'information composant la RS de la personne schizophrène. Ainsi, ont été retenus concernant ce point, des attributs divers et variés en rapport à l'origine du statut, des caractéristiques (ou symptômes dans nos codes) et ce qui se joue au quotidien pour les personnes schizophrènes.

Concernant les origines, pour rappel, nous avons eu la possibilité d'entendre différentes informations. Les plus courantes font état d'un passé traumatique et d'une consommation de stupéfiants ou d'alcool. Il est possible de mettre ce point en lien avec les constatations de Watson et Corrigan qui affirment, suivant leur recherche, que la condition de la personne fragilisée relève de la responsabilité de l'individu lui-même. Le lien avec la consommation de drogue ou d'alcool se retrouve d'ailleurs dans de nombreuses études sur la RS de la personne schizophrène. Celle-ci n'y déroge pas.

Les caractéristiques de la personne schizophrène entendues lors des entretiens sont des difficultés relationnelles, émotionnelles, une personnalité multiple, un vécu dans une réalité altérée et un comportement agressif. Ce dernier point est notamment induit par une non-prise en charge spécialisée, dont pour une bonne part, une non-prise ou un non-suivi régulier d'un traitement médicamenteux. Une nouvelle fois, la personne elle-même semble être à la base d'une incompatibilité avec l'idée d'une prise en charge par les travailleurs des secteurs

<sup>72</sup> BONSACK, C., et al., (2013), *op. cit.*, p.590.

rencontrés. En effet, si le médicament a parfois été mis en avant de façon « positive » dans le discours des travailleurs sociaux, c'est dans l'idée qu'il permet un travail avec la personne schizophrène. La médication est finalement perçue comme une condition minimum pour envisager un accompagnement (nous pouvons ajouter qu'une non-prise est généralement associée à un manque de volonté de la personne ou, au moins, à un manque de fiabilité, de crédibilité ou de réalisme de celle-ci). Plutôt que condition minimum, Hatzenbuehler, Phelan et Link parlent eux de « mécanismes de médiations » (mediating mechanisms) utilisés par les groupes sociaux dominants afin de discriminer les individus des groupes sociaux dominés.

Un second mécanisme est à l'œuvre à la lecture des entretiens. C'est celui qui prend le plus de place dans l'espace discursif et est le plus partagé également : la nécessité d'un accompagnement spécialisé. À nos yeux, ce point est complémentaire à la notion de prise de traitement. En effet, en toute logique, sans suivi spécialisé, peu de chance qu'une médication tout autant spécialisée soit présente. Quoi qu'il en soit, si l'idée de partenariat fonctionnant « bien » est parfois mise en avant, il reste que l'accompagnement spécialisé est surtout proposé pour créer une forme de séparation. En se plaçant dans la peau du « non capable », voire du Candide voulant « bien faire », les répondants avouent dans la majorité des cas que la personne schizophrène n'est pas adaptée à leur projet. À plusieurs reprises en effet, il est mis en avant l'utilité, la logique, l'intérêt de préférer un accompagnement spécialisé pour la personne schizophrène. Cela permet d'abord d'éviter des crises (de l'agressivité, des décompensations) supposément induites par le travailleur du secteur de l'insertion (car n'a pas les bons mots, la bonne pratique avec ce public), et ensuite, de perturber les groupes et animations proposées avec le public premier et habituel de l'institution (les difficultés relationnelles, émotionnelles et l'altération de la réalité provoquant de la paranoïa notamment). S'ajoute enfin l'impossibilité pour les institutions de modifier les règlements pour adapter leur pratique à la réalité, aux capacités ou au rythme de la personne schizophrène. Après « repérage » du statut de celle-ci, les institutions ont recourt à la redirection du projet de la personne « dans son intérêt ». Parfois, il est possible d'intégrer une CISP « spécialisée » acceptant des personnes porteuses d'un numéro AVIQ. D'autres fois, la personne est redirigée vers un partenaire « santé mentale » (notamment un service de santé mentale) afin d'y obtenir un diagnostic faisant office d'attestation permettant à la personne de ne pas à avoir à chercher un emploi (et donc de suivre une formation au sein du CISP). Enfin, une troisième forme d'accompagnement spécialisé est également à mettre en avant : l'adaptation de l'offre du service pour ce public particulier. Afin d'éviter « l'échec » de la personne schizophrène dans le programme classique que l'institution

propose en vue de l'intégration du marché de l'emploi aux bénéficiaires, une nouvelle activité est proposée. Celle-ci est plus courte, moins contraignante, réservée aux personnes les plus fragiles psychologiquement et, surtout, ne mène pas à l'emploi ou à la formation ; cette idée se retrouve dans 3 des 4 entretiens des répondants du secteur formation/emploi. Il est clair que cette adaptation fait suite à un sentiment positif des équipes (notamment de l'empathie envers le public fragilisé psychologiquement) qui souhaite permettre à tout un chacun d'avoir la possibilité d'intégrer les formations. Malgré tout, il nous semble que cette ou ces étapes supplémentaires ont tendance à éloigner la personne de son but et sont assimilables à une forme de discrimination. Nous y reviendrons.

Dans le secteur du logement, ce point est également fort présent. Le partenariat permet également une forme d'évitement, de rejet de la personne schizophrène. Après avoir fait suffisamment peur au voisinage, celle-ci est redirigée vers l'hôpital pour, espérons-le, une mise en observation – soit, une hospitalisation forcée, une privation de liberté. Ce moment sera aussi celui choisi par l'équipe pour rediscuter de la pertinence d'une vie en autonomie dans le logement social, ou à minima, d'une adaptation des conditions d'entrée dans le logement – et de sortie de l'hôpital donc. Dans ces conditions nous avons relevé la mise en place d'un traitement et de visites permettant de s'assurer de ces prises (famille, équipe mobile spécialisée en psychiatrie et équipe d'aide et de soin à domicile). Le partenaire spécialisé est souvent inaccessible pour les acteurs du secteur du logement social. En effet, les procédures sont longues et exigeantes, les équipes utiles ne sont pas disponibles, et même si elles le sont, elles n'ont pas de caractères contraignants. Ainsi, la personne schizophrène, dans toute son inaptitude, son manque de motivation ou de volonté, voire de sens, n'ouvre pas la porte et n'accepte pas l'aide des services spécialisés.

Cet ensemble d'informations, incomplet, permet donc de faire le lien avec la théorie de la stigmatisation. En effet, les différents éléments composant la RS de la personne schizophrène nous montrent que des attributs plus ou moins forts sont donnés au public. Les plus forts, nous les avons mentionnés en fin de partie précédente dans le champ de la représentation, sont assimilables à la notion de stéréotypes, car ce sont les croyances les plus consensuelles<sup>73</sup>. Nous sommes également tentés de faire rentrer dans cette catégorie les informations relatives aux codes ayant un score de polarisation négatif élevé (révélant un consensus dans le sentiment évoqué dans l'item). La séparation entre l'endo- et l'exogroupe est relevé à plusieurs reprises

---

<sup>73</sup> Psychologie-sociale.com, <http://www.psychologie-sociale.com/>, Théorie – Catégorisation – Stéréotypes et préjugés. (Consulté le 11 avril 2020).

ci-dessus. Le fait de retrouver l'accompagnement spécialisé dans les catégories les plus fréquentes et importantes n'y est pas étranger. Finalement, la discrimination apparaît avec la mise en place de stratégies favorisant l'évitement, la ségrégation et l'invitation à la prise de traitement. Dire qu'il y a un refus d'apporter de l'aide (la quatrième forme de discrimination individuelle) semble trop fort, malgré tout, il serait intéressant de se pencher sur ce point.

La loi 107 et son organisation dans la région namuroise nous donnent des indices sur la stigmatisation structurelle que subit la personne schizophrène. La rencontre avec le coordinateur du réseau santé Namur nous a appris que l'organisation est financée pour un équivalent temps plein. M. De Reiemarker travaille donc seul. Bien entendu, il s'appuie sur les équipes existantes pour diffuser son travail, malgré tout, il apparaît fort dommageable de ne pas avoir pu ouvrir et financer ce projet de façon plus large. En effet, il ressort fréquemment des entretiens une méconnaissance de la réforme. La publicité réalisée concernant cette loi a existé, mais il semble que cela n'ait pas été suffisant. Ainsi, il semble compliqué de fournir aux équipes relevant des secteurs de l'intégration sociale des informations pourtant si nécessaires à la déstigmatisation de la personne schizophrène et de leur donner un aperçu des lois qui régissent et motivent leur insertion sociale. Le secteur psychiatrique semble une fois de plus insuffisamment investi, notamment financièrement, induisant une nouvelle discrimination structurelle. Il serait intéressant également d'investir pleinement une recherche sur ce point pour le rendre scientifiquement probant (ce que cette recherche ne permet pas pleinement). Ajoutons tout de même à ce point un autre élément (qui pourrait être vérifié grâce à des études chiffrées également) : la réforme 107 a supprimé les équipes SPAD du territoire namurois pour permettre la mise en place des nouvelles équipes mobiles psy-107. L'une des différences majeures existant entre ces deux projets est que les SPAD avaient une mission d'information et de sensibilisation des professionnels d'autres secteurs que celui de la psychiatrie. Autrement dit, la réforme semble avoir réduit les possibilités d'informations et de sensibilisations des acteurs de l'insertion sociale namurois. Il apparaît pertinent de se demander si en 10 ans d'existence, la loi 107 n'a pas permis finalement de renforcer la stigmatisation des personnes schizophrènes ? Cette question se rapproche bien entendu de notre questionnement de base. Revenons sur celle-ci et sur les hypothèses que nous avons posées en début de travail.

### 5.3 Retour sur la question et ses hypothèses

L'hypothèse 2 (H2) semble la plus simple à déterminer à ce stade de la réflexion : *la loi 107 n'est pas connue des acteurs de terrain travaillant en dehors du secteur de la santé mentale.*

D'après les entretiens et les réponses que nous avons eues à cette question, il semble possible d'affirmer que non, cette loi n'est pas connue des acteurs sociaux des secteurs de l'intégration sociale à Namur. Nous avons en effet eu 9 réponses confirmant la non-connaissance de la loi. Une personne en avait « entendu parlé » malgré tout, mais de façon substantielle. Il semble évident que la connaissance formelle de loi 107 n'est pas répandue, mais rappelons tout de même que si cette loi n'est pas connue, elle n'en demeure pas moins vécue par le terrain (3 répondants sur 10 ont fait le lien entre la loi et son application au quotidien dans leur secteur d'activité).

Ainsi, à savoir si *la loi 107 a eu un impact sur les secteurs annexes (et ici les secteurs de l'intégration sociale)*, il semble que la réponse soit oui. L'hypothèse (H3) ne se vérifie donc pas. Et effet, une majorité des répondants ont vu les publics se diversifier depuis une dizaine d'années. Les équipes ont réfléchi à la création de partenariat avec des services de santé mentale, des hôpitaux, etc. afin de répondre à des demandes nouvelles pour elles. Enfin, nous l'avons signalé plus haut, les institutions ont adapté leurs offres (pour certaines du moins) afin de permettre tout de même l'accueil de ce public particulier. La loi 107 a donc eu un impact sur ces secteurs. Il reste possible de nuancer ce point tout de même.

Enfin, il est question de la personne schizophrène et de sa RS dans l'hypothèse 1 (H1). En début de travail, nous avons posé que *cette RS n'a pas été influencée par la loi 107*. Il nous semble compliqué de répondre pleinement et de façon certaine à cette hypothèse. Nous avons vu que la RS de la personne schizophrène était connotée (très) négativement. Avec une polarisation de -0.81, il pourrait être admis que non, la RS de la personne schizophrène n'a pas été influencée positivement. Malgré tout, comment s'assurer que celle-ci n'était pas plus négative encore il y a 10 ou 15 ans ? Il est compliqué d'affirmer que ce n'était pas le cas, même s'il nous paraît peu probable de véhiculer une RS encore plus négative. Les répondants n'ont pas pu donner énormément d'informations sur la façon dont ils se représentaient ce public avant la mise en place de la réforme (puisqu'ils ne la connaissaient pas). De plus, à entendre les interviewés, aucun ou presque n'a trouvé la question de la RS de la personne schizophrène facile. Parler de ce public selon leurs connaissances actuelles étant déjà un exercice difficile, les interroger sur leur RS d'il y a 15 ans par exemple aurait demandé un effort probablement inutile aux répondants. Il n'y a donc pas eu de point charnière entre leur RS de « avant et après » la sortie de cette loi. Enfin, un dernier élément peut être pris ici en considération : lorsque nous sommes intéressés à savoir d'où provenait les informations que les répondants avaient sur la personne schizophrène, la plupart ont mis en avant leur étude, l'expérience quotidienne de

terrain ou encore provenant de la sphère privée (livres, films, etc.). Seules deux répondants ont affirmé avoir eu des informations émanant du secteur psychiatrique ou de professionnels de la santé lors de session de sensibilisation. Ainsi, sauf à penser que l'expérience quotidienne de travail est effectivement influencée par la loi 107, peu peuvent mettre un avant des informations officielles émanant d'aménagement que la loi 107 a proposé. Comme annoncé, il est effectivement impossible pour l'heure de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse tant nous n'avons pas en mains les éléments nécessaires pour être catégorique. Malgré tout, vu l'absence d'informations émanant du secteur, vu la méconnaissance de la loi et vu le score quasi extrême de la RS, il semblerait qu'il soit possible de tendre vers l'affirmative.

La question de recherche (*dans quelle mesure la représentation sociale de la personne souffrant de schizophrénie a-t-elle été impactée par la mise en place de la loi 107 en région namuroise ?*) étant intimement liée aux hypothèses pour lesquelles des réponses mitigées, affirmatives et négatives ont été apportées, il semble également ici compliqué de répondre pleinement à la question pour les mêmes raisons évoquées ci-dessus.

Ce qu'il est par contre possible d'affirmer, en regard aux théories rappelées en début de partie V, c'est que la RS de la personne schizophrène est négative dans le milieu interviewé. Cet état de fait rend l'idée d'une intégration sociale très compliquée. Nous ne pouvons pas parler d'une évolution ou d'une influence de la loi 107 (tant celle-ci est inconnue des interviewés une nouvelle fois). Malgré tout, suivant les dires des personnes que nous avons rencontrées, nous pouvons constater que les informations relatives à ce public restent relativement similaires à celles fournies par l'ensemble des études sur la RS des personnes schizophrènes en Occident à des époques différentes. La RS de ce public semble donc stable dans l'espace et dans le temps.

#### 5.4 Recommandations

Nous l'avons vu, la stigmatisation commence avec un manque d'informations par rapport à l'objet d'étude. Ainsi, il est utile de proposer des actions visant à informer sur la personne schizophrène.

Il existe déjà pour l'heure des outils d'informations sur la personne schizophrène. Feuilles, brochures, ouvrages de vulgarisation scientifique, etc., sont en effet diffusés, souvent à l'attention des personnes souffrantes, de leur famille ou des professionnels du soin. Notons également le collectif organisant « les journées de la schizophrénie<sup>74</sup> », qui chaque année durant

---

<sup>74</sup> Voir, Journées de la schizophrénie, <https://schizinfo.com/>, 17es journées de la schizophrénie. (Consulté le 27 avril 2020).

une semaine propose des débats, des diffusions de films, des pièces de théâtre, etc. ayant pour but de parler autrement de la maladie et des personnes qui y sont confrontées. Si ce collectif est actif sur plusieurs continents, l'ASBL Psymages<sup>75</sup> est, elle, à l'initiative d'organisations belges et « a pour objet de promouvoir la réflexion sur l'audiovisuel en santé mentale et l'accès à l'information et à la documentation audiovisuelle dans le secteur de la santé mentale. » Chaque année, l'ASBL organise le festival « Image mentale » à Bruxelles et en Wallonie où des œuvres cinématographiques (ayant pour thème la santé mentale) sont diffusées et discutées.

Ces initiatives rappellent l'importance de la diffusion d'informations au grand public afin de déstigmatiser la maladie et les personnes qui en souffrent. Soutenir ces projets en leur permettant une publicité à plus grande échelle (notamment en permettant qu'ils sortent de la sphère associative et qu'ils touchent effectivement l'ensemble des citoyens) est primordial.

En parallèle à ces projets prometteurs, il paraît utile de renforcer l'arsenal de diffusion d'informations auprès des personnes à priori non confrontées à la schizophrénie et à son public. Ainsi, comment aurait-on dû fonctionner afin que l'ensemble de l'échantillon présent dans ce travail ait, à un moment donné de leur vie, eu une information juste sur la maladie ? Tous sont des professionnels. Donner une information dans le cadre de leur formation paraît être cohérent. Malgré tout, il semble compliqué de proposer une information sur la santé mentale et la personne schizophrène dans les cursus scolaires représentés dans l'échantillon (pour rappel : licence ou master en management, communication, psychologie et histoire ; baccalauréats, CESS). Il faut donc rechercher le « plus petit commun dénominateur » en terme de formation dans l'échantillon afin de s'assurer de toucher l'ensemble du public cible. Ainsi, les études primaires et secondaires doivent être retenues ici. L'idée de proposer des sensibilisations à ces publics n'est pas neuve bien sûr. Différentes thématiques sont d'ailleurs discutées chaque année dans les classes. En effet, les sensibilisations à la citoyenneté, à la démocratie, au vivre ensemble ou à la sexualité sont relativement populaires. S'y ajoute, des informations sur différents publics stigmatisés tels que les personnes issues de l'immigration, le public LGBTQI+ (personnes lesbienne, gay, bisexuelle, trans, queer, intersexe et assimilées), etc. La santé (mentale) n'est pas en reste dans ce domaine avec des sensibilisations aux bonnes pratiques en termes de consommation de stupéfiants et d'alcool, d'informations relatives aux infections sexuellement transmissibles ou encore aux troubles alimentaires. Cette méthodologie visant la responsabilisation de l'étudiant, mais aussi l'élargissement de ses connaissances en

---

<sup>75</sup> Voir, Psymages, <https://www.psymages.be/>, Psymages – Home. (Consulté le 27 avril 2020). Et, Psymages, <https://www.psymages.be/>, Images Mentales. (Consulté le 27 avril 2020).

vue de lui donner accès à un savoir juste et légitime tend à faire diminuer l'exclusion d'une partie de leurs concitoyens<sup>76</sup>. Renforcer la diffusion d'informations par rapport à la santé mentale est plus que légitime en regard des chiffres alarmants : 40% des Bruxellois seraient en mal-être psychologique (dont 25% potentiellement allant jusqu'à une psychopathologie)<sup>77</sup> ; 32% des personnes d'au moins 15 ans le sont également à l'échelle du pays<sup>78</sup> ; 70% des adultes en souffrance psychique ont commencé leur trouble avant l'âge de 25 ans<sup>79</sup> (d'après un article français). La (auto-)stigmatisation faisant son œuvre, les jeunes cachent leurs difficultés et peu de prises en charge sont lancées à temps. Du point de vue économique, c'est près de 600 milliards € qui sont engagés par les pays de l'Union européenne annuellement – soit près de 4% du PIB<sup>80</sup> - dont, d'après la même source, 260 milliards € liés aux faibles taux d'emploi et de productivité des personnes fragilisées ; 170 milliards € pour les sécurités sociales ; et 190 milliards € pour les soins de santé. Etc. Les citoyens concernés et les professionnels ont en leur possession suffisamment d'arguments afin de permettre des débats sur le financement de projet de sensibilisation à la santé mentale auprès des futurs professionnels que sont les étudiants du primaire et du secondaire<sup>81</sup>.

Nous l'avons vu, le mouvement LGBTQI+ bénéficie d'avancées remarquables dans le domaine de l'inclusion – pourquoi ne pas s'en inspirer ? Si les sensibilisations dans les établissements scolaires n'y sont pas étrangères, elles ne suffisent pas à expliquer ce phénomène. En effet, le mouvement est à l'initiative d'autres actions renforçant leur déstigmatisation dans notre pays<sup>82</sup>: festivals (films, mode), sensibilisations auprès des communes, des CPAS et autres organismes

---

<sup>76</sup> Le 14 mai 2019, le magazine « Paris Match » écrit que « pour la seconde année consécutive, la Belgique se maintient en deuxième position du classement Rainbow qui recense les droits et conditions de vie des personnes LGBTI en Europe ». Paris Match, <http://parismatch.be/>, Actualités – Société – La Belgique, deuxième pays le plus LGBT-friendly d'Europe. (Consulte le 27 avril 2020).

<sup>77</sup> GISLE, L., (2014), « 6. Santé mentale », in *Enquête de santé 2013, rapport 1 : santé et bien-être*, rapport de l'institut scientifique de santé publique – ISP-WIV, Bruxelles, p.818.

<sup>78</sup> GISLE, L., (2014), *Ibidem.*, p.815.

<sup>79</sup> SHADILI, G., (2014), « Adolescents et jeunes adultes », in *L'information psychiatrique*, vol.90, n°1, janvier, p.15.

<sup>80</sup> OECD, <https://www.oecd.org/fr/sante/les-troubles-de-la-sante-mentale-representent-un-lourd-fardeau-economique-pour-les-pays-europeens.htm>, OECD – Santé – Les troubles de la santé mentale représentent un lourd fardeau économique pour les pays européens. (Consulté le 27 avril 2020).

<sup>81</sup> Notons que le rapport transmis par l'OCDE aux États membres de l'UE (voir OECD, *op. cit.* (Consulté le 27 avril 2020).) va pleinement dans ce sens : « Ce rapport fournit aux États membres des informations précieuses pour mettre davantage l'accent sur la charge trop souvent négligée que représentent les troubles de la santé mentale aussi bien pour la vie quotidienne des individus que pour l'économie dans son ensemble. Il présente de solides arguments en faveur d'actions mieux coordonnées visant à promouvoir une meilleure santé mentale à l'école et au travail, mais aussi parmi les populations plus vulnérables comme les chômeurs et les personnes âgées ».

<sup>82</sup> Voir e.a. Rainbow House, <http://rainbowhouse.be/>, Rainbow House. (Consulté le 27 avril 2020).

publics de la Capitale (projet « All gender welcome »), des services de police, du lobbying, etc. Le mouvement a diffusé des campagnes de déstigmatisation dans les journaux, sur écrans de télévision et Internet, à la radio, etc. Et surtout, a bénéficié d'une reconnaissance au niveau politique : « C'est {2e au classement européen des droits LGBTQI+} le résultat du travail de nombreuses associations, du lobbying de nombreuses associations depuis très longtemps. Je dirais aussi que c'est le résultat d'une politique qui a été entamée après les années 2000, et même un peu avant, mais surtout après les années 2000 en Belgique, qui était une politique très émancipatrice et qui a fait énormément évoluer notre arsenal législatif, arsenal légal » déclare Cyrille Prestianni, président de la Belgian Pride, sur les médias de la RTBF<sup>83</sup>. Mais que devrait réclamer le secteur psychiatrique d'un point de vue politique, législatif ? Après tout, une réforme relativement jeune est sur la table et doit encore faire ressentir ses effets et son potentiel. Cette réforme 107, pourrait dans un premier temps être simplifiée. Le rapport de la KCE (centre fédérale d'expertise des soins de santé) de 2013 met en avant l'inaccessibilité de la loi 107 due à son aspect peu clair et peu lisible. « Les organisations, institutions et prestataires de soins de santé mentale sont nombreux et variés, mais il n'existe aucune vision d'ensemble de leur identité exacte, des services qu'ils proposent, de leur public cible, ou des résultats qu'ils obtiennent. Il n'existe également aucune information claire sur la manière dont tous ces services collaborent, ni sur leur mode de financement. Mais surtout, on ignore de quelle manière les patients individuels trouvent leur chemin dans ce système de soins, comment ils utilisent ces soins (p.ex. ont-ils recours à différents types de soins simultanément ou y font-ils appel successivement ?), quels sont les délais d'attente pour bénéficier de ces soins, comment se déroule leur trajet de soins ; on ne sait pas non plus si la continuité des soins est assurée, ni si les soins permettent d'atteindre la réadaptation escomptée. La diversité et la complexité sont également à l'origine de la mauvaise visibilité et de la méconnaissance de l'offre des soins de santé mentale, tant pour les usagers, que pour les prestataires de soins ou pour les décideurs politiques à tous les niveaux<sup>84</sup> ». Ce rapport parle du manque de clarté qui se fait ressentir au sein même du secteur (pour les professionnels donc), pour les usagers et pour les décideurs politiques. Par extrapolation, nous pouvons imaginer qu'il est d'autant plus flou et incompréhensible pour les professionnels d'un autre secteur (ou pour le grand public). La demande de ces derniers de former des partenariats plus forts, structurés et sûrs, n'est que

---

<sup>83</sup> RTBF, [https://www.rtf.be/info/societe/detail\\_la-lutte-lgbt-ce-ne?id=10221030](https://www.rtf.be/info/societe/detail_la-lutte-lgbt-ce-ne?id=10221030), RTBF – Société – La lutte LGBT, « ce ne sont plus des grands combats symboliques, mais la volonté d'une société égale ». (Consulté le 27 avril 2020).

<sup>84</sup> MISTIAEN, P., et al., (2019), « Synthèse, organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique », in Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) - KCE Report 318Bs, Bruxelles, p.29.

compliquée par le manque de lisibilité qu'offre le secteur. Dans ces conditions, le partenariat invite effectivement à la méfiance. L'accueil et l'accès aux services d'insertion sociale de la personne schizophrène risquent d'en pâtir également.

Ainsi, il pourrait être recommandé de former un collectif<sup>85</sup> regroupant un maximum d'institutions, d'individus concernés, de familles et de citoyens sensibles à la cause, de se réunir afin de permettre de parler d'une seule voix aux politiques. Il semble important qu'une demande de financement soit entreprise afin de se pencher sur la déstigmatisation des publics issus de la santé mentale, en ce compris les personnes schizophrènes, à destination des professionnels (via les équipes mobiles 107 par exemple, suivant le modèle SPAD), des jeunes et des citoyens de notre pays. Les actions de sensibilisation peuvent prendre diverses formes, telles que la publicité sur les médias courants, la rencontre avec les publics à sensibiliser autour de débat ou de (in-)formation (via des structures d'éducatrices permanentes ou des services de santé mentale<sup>86</sup> par exemple) ou des actions dans l'espace public<sup>87</sup>. Il est primordial de faire participer les personnes concernées à la création et à la diffusion des informations. Donner une place de choix à ce public permet également de réduire sa stigmatisation. De plus, lors de transmission d'informations, le contact avec les personnes à sensibiliser est vecteur de déstigmatisation. Enfin, il paraît urgent d'éclaircir la loi et sa publicité. Il est incompréhensible que les premières personnes concernées (les usagers, les professionnels et les politiques) ne soient pas en mesure de la comprendre. Sa diffusion est rendue presque impossible.

En conclusion, il semble important de pouvoir s'inspirer là où la stigmatisation a pu se réduire. Les actions visant les citoyens, les étudiants et les professionnels sont donc utiles. Il est nécessaire de se donner les moyens de parler d'une voix afin de revendiquer des moyens financiers en vue de répondre au nécessaire besoin d'information. En parallèle, le politique doit pouvoir permettre une meilleure communication et diffusion sur la réforme qui doit être simplifiée. Enfin, il reste important de soutenir les initiatives existantes et de tenter de renforcer leur publicité (notamment celles proposant de réaliser des recherches scientifiques dans le domaine).

---

<sup>85</sup> À l'image de psymages ASBL ou de Rainbow House pour le mouvement LGBTQI+.

<sup>86</sup> Suivant le modèle des plannings familiaux qui se rendent dans les écoles.

<sup>87</sup> Des initiatives vont dans ce sens pour d'autres domaines tels que l'organisation d'exposition d'artistes, de course à pied au bénéfice de..., de « flash mob », etc.

## 5.5 Limites

Ce travail de recherche soulève plusieurs objections. Tout d'abord, comme nous l'avons signalé, il n'est pas pleinement possible de répondre à la question de recherche. Si celle-ci reste à nos yeux pertinente (le problème ne vient probablement pas de là), il aurait été utile de se donner plus de moyens d'y répondre. Tout d'abord, concernant l'échantillon, nous aurions gagné à chercher à interviewer des travailleurs sociaux actifs à leur poste depuis plus de 10 ans (avant la réforme), afin de permettre une comparaison des époques, et tenter de dégager une évolution dans la RS de la personne schizophrène. Ou de réaliser la comparaison entre deux groupes distincts : d'une part, ne rencontrer que des personnes issues du secteur connaissant effectivement la loi, et d'autre part ceux ne la connaissant pas du tout. Une comparaison aurait donc été plus facile à réaliser. Toujours concernant le panel de répondants, il est possible de se questionner sur son ancrage et les biais que cela peut apporter. En les rencontrant en tant que professionnels de leur secteur d'activité, nous avons obtenu des réponses de professionnels. C'est-à-dire que la plupart du temps, un manque de spontanéité est remarqué durant les entretiens. Peut-être aurait-il été intéressant de rencontrer ces travailleurs en dehors de leur lieu de travail ? Enfin, pour terminer avec l'échantillon, il est à remarquer que des acteurs importants de l'insertion sociale n'ont pas pu être interrogés. Ceux-ci n'ayant pas répondu à notre demande. Il reste qu'il est fort probable que les plus informés sur la loi 107 soient ceux-là. Avoir l'opportunité de les inclure dans la recherche aurait été profitable.

## 5.6 Perspectives

Certaines idées ont déjà été formulées plus haut dans ce travail. Malgré tout, il semble intéressant de réserver une place formelle à ce point.

La loi 107 prend forme dans différentes provinces suivant les réalités de chacune des régions (en termes de financements, de fermeture de lits, etc.). Il serait intéressant de se pencher sur la réalisation d'une étude similaire dans un autre coin de Wallonie, Bruxelles ou de Belgique de façon plus générale (la loi étant fédérale). Une comparaison des données récoltées par territoire pourrait mettre en avant « la stratégie » la plus efficiente pour viser l'intégration sociale de la personne schizophrène.

Refaire cette étude dans 5 ans aurait également du sens afin de permettre une mise en avant de l'évolution de l'intégration sociale de la personne schizophrène.

Il serait fort utile de voir l'impact de la loi sur la RS de la personne schizophrène sur elle-même. Quelle influence la loi a-t-elle sur l'autostigmatisation ? La personne schizophrène se sent-elle

plus proche de la société aujourd'hui ? Se sent-elle plus capable à s'intégrer ? De plus, nous l'avons déjà abordé, une ambition de donner un statut (politique) plus fort à la population psychiatisée existe aujourd'hui. Cela permet-il effectivement de réduire la stigmatisation structurelle de ce public ?

Se pencher sur d'autres « Fonctions » de la loi semble pertinent, tout comme s'arrêter sur d'autres publics (personne schizophrène internée, personne porteuse d'un double diagnostic, personne issue de l'immigration fragilisée psychologiquement par exemple) plus ou moins stigmatisés (personne dépressive, personne vivant un burnout, personne addictée à l'alcool par exemple). Il est en effet possible que la loi 107 permette une intégration sociale plus aisée pour un autre public que celui de notre recherche.

## **6 Partie VI - Conclusion générale**

Dans cette recherche nous avons tenté d'évaluer si la loi 107 avait pu avoir un impact positif sur la RS de la personne schizophrène dans les secteurs de l'insertion sociale sur le territoire namurois. Il semblait important en effet de pouvoir s'arrêter sur le concept de RS afin de permettre de comprendre la stigmatisation que l'individu psychiatrisé véhicule, la discrimination qu'il vit et enfin sa potentielle intégration sociale.

Après avoir rencontré un panel de travailleurs sociaux actif dans les secteurs de l'emploi et la formation, du logement social et de la culture, nous avons tenté d'analyser via différents outils leur propos. Tout d'abord, nous avons proposé un codage des entretiens semi-directifs réalisés, permettant de mettre en avant les informations connues sur le public. Ces informations sont vérifiées et complétées par une seconde méthode d'analyse utilisant le programme Iramuteq, qui met en avant les termes les plus récurrents (via un nuage de mots). L'ensemble est mis en lien avec une troisième proposition d'analyse permettant cette fois de faire ressortir les liens entre les termes (analyse de similitude). L'ensemble des résultats a été compilé permettant de mettre en évidence la RS de la personne schizophrène, ainsi que sa polarisation, émanant de l'échantillon rencontré.

Nous avons pu ainsi constater que la personne schizophrène reste porteuse d'une RS largement négative, invitant à la discrimination et la stigmatisation. Ainsi, l'intégration sociale de ce public reste réellement précaire à nos yeux.

La loi 107, mise en pratique dès 2010 sur le territoire namurois, a-t-elle pu impacter cette RS (nous l'avons vu, plutôt négative) de la personne schizophrène ? Malheureusement, aucune réponse claire à cette question n'a pu être apportée dans le cadre de ce mémoire, tant il était impossible en l'état de prouver une influence positive, ou négative d'ailleurs, de la loi sur cette RS. En effet, les acteurs, bien que ressentant ses effets de manière indirecte, étaient pour la grande majorité vierges de connaissance par rapport à cette loi, contrairement à ce que les entretiens préliminaires laissaient à penser.

Ce travail se termine sur de potentiels compléments à lui apporter à l'avenir afin d'enrichir la recherche dans ce domaine d'activité. Il semble en effet important de pouvoir comprendre et de rendre visible (scientifiquement) la problématique de la stigmatisation de la personne psychiatrisée afin de permettre la mise en place d'actions ciblées, comme proposé dans ce

travail. L'objectif d'accompagnement humain et démocratique pourraient ainsi être valorisés par rapport à la question purement économique qui anime en parallèle, semble-t-il, les ambitions politiques. La mise en évidence de points d'améliorations de la réforme et d'actions permettraient également aux professionnels actifs sur les terrains de l'insertion et de la psychiatrie une plus grande congruence dans leur pratique, et ce bien sûr, en collaboration avec les personnes premièrement concernées, elles, à qui il faut impérativement donner la parole dans ce processus. La dynamique de la paire-aidance, du rétablissement et de la démocratisation des soins semble vouloir militer dans ce sens. Il reste à les comprendre dans leur ensemble, à les évaluer et à les rendre d'autant plus efficaces. La société démocratique et les valeurs d'égalité qu'elle véhicule n'en serait que renforcée.

## 7 Bibliographie

### 7.1 Ouvrages

ABRIC, J-C., (1994), « Les représentations sociales : aspects théoriques », in ABRIC, J-C., (DIR.), *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF, (Psychologie sociale).

BARDIN, L., (2013), *L'analyse de contenu*, Paris, PUF, (Quadrige).

DANY, L., (2016), « Analyse qualitative du contenu des représentations sociales », in LO MONACO, G., et al., *Les représentations sociales, théories, méthodes et applications*, Bruxelles, De Boeck supérieur, (Ouverture psychologique).

GOFFMAN, E., (2010), *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les éditions de minuit, (Le sens commun).

MOSCOVICI, S., (1964), *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF.

PAILLE, P., et MUCCHIELLI, A., (2012), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Collin, (U).

VAN CAMPENHOUDT, L., MARQUET, J., et QUIVY, R., (2017), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod.

### 7.2 Revue

BERGAMASCHI, A., (2011), « Attitudes et représentations sociales ; les adolescents français et italiens face à la diversité », in *Revue européenne de sciences sociales*, (en ligne), n°49-2, p.93-122.

BONSACK, C., et al., (2013), « Le stigmate de la folie : de la fatalité au rétablissement », in *Revue médicale suisse*, n°9, 13 mars, p.588-592.

CORRIGAN, P. et WATSON, A., (2002), "Understanding the impact of stigma on people with mental illness", in *World psychiatry*, vol. 1, n° 1, février, p.16–20.

DANIC, I., (2006), « La notion de représentation pour les sociologues, premier aperçu », in *ESO, travaux et documents*, n°25, décembre, p.29-32.

DURKHEIM, E., (1898), « Représentations individuelles et représentations collectives », in *Revue de métaphysique et de morale*, tome VI, n° de mai, p.273-302.

GAMBY-MAS, D., et al., (2012), « Idéologie et représentations sociales : étude expérimentale du rôle de thémata », in *Bulletin de psychologie*, t.65, n°520, juillet-août, p.321-335.

GENARD, J-L., (2013), « De la capacité, de la compétence, de l'empowerment, repenser l'anthropologie de la participation », in *Pouvoir, participation et capacité*, vol.32, n°1, s.d., p.43-62.

HATZENBUEHLER, M., PHELAN, J. et LINK, B. (2013), "Stigma as a fundamental cause of population health inequalities", in *American journal of public health*, vol. 103, n° 5, mai, p.813–821.

IMBERT, G., (2010), « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », in *Recherche en soins infirmiers*, n°102, septembre, p.23-34.

LEENHARDT, J., (1971), « Pierre Bourdieu, Jean-Claude Chamboredon, Jean-Claude Passeron ; Le métier de Sociologue ; compte-rendu », in *Annales*, 26<sup>ème</sup> année, n°1, s.d, p.234-235.

LINK, B., et PHELAN, J., (2001), « Conceptualizing stigma », in *Annual review of sociology*, vol. 27, août, p.363-385.

MISSA, J.-N., (2008), « La psychopharmacologie et la naissance de la psychiatrie biologique », in *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, n°2, s.d., p.131-145.

NEGURA, L., (2006), « L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales », in *SociologieS*, (en ligne), <https://journals.openedition.org/sociologies/993>, p.1-16. (Consulté le 12 janvier 2019).

PFEUTI, S., (1996), « Représentations sociales : quelques aspects théoriques et méthodologiques », in *Vous avez dit pédagogie*, n°42, mai, p.1-24.

SAVOIE-ZAJC, L., (2007), « Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? », in *Recherches qualitatives*, Hors-série, n°5, s.d., p.99-111.

SHADILI, G., (2014), « Adolescents et jeunes adultes », in *L'information psychiatrique*, vol.90, n°1, janvier, p.11-19.

VERHAEGEN, L., et WERY, A., (1992), « Évolution de la psychiatrie à Bruxelles », in *Courrier hebdomadaire du CRISP*, n°1360-1361, s.d., p.1-52.

### 7.3 Autres documents

DAMHUIS, L., et RUQUOY, D., (2012), *Collecte de données : l'entretien semi-directif*, syllabus FOPES/WE inter-groupe/1<sup>er</sup> Master, mars, s.l., UCL – FOPES.

GISLE, L., (2014), « 6. Santé mentale », in *Enquête de santé 2013, rapport 1 : santé et bien-être*, rapport de l'institut scientifique de santé publique – ISP-WIV, Bruxelles.

MARTIN, J.-B., (2014), *Regards croisés sur les représentations sociales autour de la santé mentale, à travers l'étude de l'hôpital de jour itinérant du secteur 59G02, implanté dans la cité*, Mémoire pour le diplôme inter-universitaire « santé mentale dans la communauté », Lille-Paris, Université Lille 2 – Université Paris 13.

MISTIAEN, P., et *al.*, (2019), « Synthèse, organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique », in Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) - KCE Report 318Bs, Bruxelles.

S.N., *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins*, s.d., Bruxelles.

### 7.4 Internet

CNRTL, <https://www.cnrtl.fr/>, Définition. (Consulté le 10 avril 2020).

FIHP – Fédération des initiatives d'habitations protégées, <http://www.fedihp.be/spad/presentation>, SPAD – Présentation. (Consulté le 18 avril 2019).

Iramuteq, <http://www.iramuteq.org/>, Iramuteq - Accueil. (Consulté le 03 avril 2020).

Journées de la schizophrénie, <https://schizinfo.com/>, 17es journées de la schizophrénie. (Consulté le 27 avril 2020).

MORMONT, M., CBCS asbl, [www.cbcs.be](http://www.cbcs.be), Dossier psy 107 : la réforme et puis ? – Analyse n°1. (Consulté le 20 mai 2018).

OECD, <http://www.oecd.org/>, OECD Home. (Consulté le 27 avril 2020).

OECD-ilibrary, <https://www.oecd-ilibrary.org/>, OECD-ilibrary. (Consulté le 27 avril 2020).

Paris Match, <http://parismatch.be/>, Actualités – Société – La Belgique, deuxième pays le plus LGBT-friendly d'Europe. (Consulte le 27 avril 2020).

Psychologie-sociale.com, <http://www.psychologie-sociale.com/>, Accueil. (Consulté le 11 avril 2020).

Psymages, <https://www.psymages.be/>, Psymages – Home. (Consulté le 27 avril 2020).

Rainbow House, <http://rainbowhouse.be/>, Rainbow House. (Consulté le 27 avril 2020).

RTBF, [https://www.rtbf.be/info/societe/detail\\_la-lutte-lgbt-ce-ne?id=10221030](https://www.rtbf.be/info/societe/detail_la-lutte-lgbt-ce-ne?id=10221030), RTBF – Société – La lutte LGBT, « ce ne sont plus des grands combats symboliques, mais la volonté d'une société égale ». (Consulté le 27 avril 2020).

SPW Wallonie, <https://emploi.wallonie.be/home/formation/cisp.html>, Formation professionnelle – CISP. (Consulté le 01 avril 2020).

Wallonie, familles santé handicap AVIQ, <http://aviq.be>, AVIQ. (Consulté le 03 avril 2020).

Weft QDA, <http://www.pressure.to/qda/>, Weft QDA. (Consulté le 03 avril 2020).

## 8 Annexes

### 8.1 Grille d'entretien

<b>I. Mise en contexte/mise à l'aise</b>	
Thèmes / objectifs	Exemples de q ?
Situer la personne + briser la glace	Qui est-vous ? Pouvez-vous vous présenter ? + remplir la fiche d'infos-sociodémographique (âge ; genre ; ville ; situation familiale ...) * <u>voir annexe</u>
Situer la personne dans son travail Comprendre la « façon ordinaire de travailler »	Quelle est votre fonction dans cette organisation ? Depuis quand travaillez-vous dans cette organisation ? Que faites-vous au quotidien dans ce travail ? Quel est votre lien avec les « clients » / « bénéficiaires » ?
<b>II. « L'objet » PS</b>	
Définition de l'objet	Comment décrieriez-vous une PS ? Quels sont les traits (de caractères par ex.) d'une PS ? Comment devient-on une PS ? Comment vie une PS (logement/quotidien) ? Quelles caractéristiques associez-vous aux PS ? Pensez-vous avoir déjà été en contact avec une PS ?
Origines des informations	Comment avez-vous eu ces informations sur les PS ? Avez-vous eu une information/sensibilisation/coaching sur les PS ?
<b>III. La PS dans le travail / Attitudes envers les PS</b>	
La PS et le service	Votre service est-il adapté aux PS ? Pensez-vous qu'il soit nécessaire d'apporter des adaptations à votre service pour travailler avec des PS ? Avez-vous selon vous déjà travaillé avec des PS ? Souhaiteriez-vous travailler avec plus de PS ? Vers quel service dirigeriez-vous une PS cherchant à s'insérer socialement ? Quels points d'attentions (positifs ou négatifs) doit avoir votre service ou le travailleur par rapport à une PS ?
<b>IV. Groupe d'appartenance / loi 107</b>	
Groupe 107 ou non-107	Avez-vous eu des informations sur la loi 107 ? ➔ Oui - Comment ? / Pq ? / Qu'est-ce que la loi 107 ? ➔ Non -> <i>Expliquer la loi 107 rapidement</i>
Impact de la loi 107 sur le travail	La loi 107 a-t-elle un impact sur votre travail ? Considérez-vous qu'une diversification des publics se soit fait ressentir dans votre service ? Vous sentez-vous concerné par cette loi ?
Le service et la loi 107	Pensez-vous que cette réforme soit utile ? Quel est votre ressenti par rapport à cette réforme ?

## 8.2 Codage :

- **Personne schizophrène**
  - Origine
    - Vécu
      - Traumatique
      - Education
      - Société
    - Drogue/Alcool
    - Génétique
  - Symptômes
    - Personnalité
    - Emotions
    - Rapport à la réalité
    - Capacités
    - Interpersonnels
      - Aspects relationnels
      - Dangersité
    - Comportement
      - Trouble
      - Agressivité
    - Communication
    - Physique
  - Au quotidien
    - Accompagnement spécialisé
    - Traitement
    - Social/administratif
- **Loi 107**
  - Connue
  - Inconnue
- **Travail**
  - Modification du travail
  - Travail non-adapté
  - Travail adapté

- Evolution du public
- Réseau/partenariat

- **Informations**

- Terrain professionnel
- Privé
- Etudes
- Formation – sensibilisation

