

**L'auto-stigmatisation chez des individus souffrant de
troubles mentaux**
La pratique de l'art dans le processus de rétablissement

Mémoire de Master en Psychologie Clinique

Présenté par Marie Darbellay et Marie Provenzano

Université de Lausanne
Faculté des Sciences Sociales et Politiques
Institut de Psychologie
Session d'été 2022

Projet de recherche sous la direction d'Eva Heim
Expert : Orest Weber

Remerciements

Nous tenons à remercier les bénéficiaires de Césure qui nous ont accueillis et nous ont partagé autant leurs pratiques que leurs vécus. Des histoires parfois complexes et émotionnellement chargées qui nous ont fortement enrichies.

Nous tenons également à remercier Madame Eva Heim qui nous a soutenues durant ce projet et qui a su nous épauler malgré les imprévus liés à notre recherche.

Nous remercions Monsieur François Kaech avec qui nous avons pu collaborer et dont la vision fut précieuse, ainsi qu'Orest Weber et toute l'équipe de recherche du CHUV engagé dans le projet dans lequel nous nous sommes insérées.

Finalement, nous remercions vivement nos proches dont la lecture de notre projet a pu nous apporter des éclairages précieux.

Note : L'ensemble des entretiens ont été réalisés par François Kaech, anthropologue travaillant dans la santé et expert par l'expérience. Il a également conçu et rédigé la grille d'entretien.

Résumé du projet

Introduction : Les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent connaître de multiples stigmatisations dans leurs parcours de vie. Les préjugés et la discrimination entourant la maladie psychique peuvent se percevoir dans les interactions quotidiennes ou au sein de la société. Cette stigmatisation peut également se voir dans le discours des personnes concernées et ceci comme étant intimement inscrit dans leurs visions d'elles-mêmes, constituant ainsi une intériorisation du stigmaté, ou une auto-stigmatisation. Afin d'agir face à cette composante du stigmaté, c'est notamment la pratique artistique qui peut se questionner comme moyen d'accompagner ces personnes vers le rétablissement. Ce projet de recherche vise donc à étudier la manière dont la pratique artistique, au sein d'un programme nommé Césure, impacte la composante d'intériorisation du stigmaté chez une population en souffrance psychique.

Méthode : La méthode mobilisée dans ce cadre de recherche est qualitative. Au travers d'entretiens semi-structurés puis d'une analyse thématique de contenu, ce sont les récits de personnes interrogées qui furent analysés dans leur entièreté pour ensuite se centrer sur les composantes liées à l'auto-stigmatisation et aux apports de l'activité artistique.

Résultats : Les résultats se sont portés sur deux axes principaux. Le vécu d'auto-stigmatisation est la première dimension qui a été relevée par l'analyse. Ce sont ainsi une conscience de la norme et du stigmaté, l'anticipation du stigmaté et les impacts de l'auto-stigmatisation qui ont été relevés. Ce dernier point comprenant l'isolement, l'anticipation de l'incapacité, une moindre recherche de soins, une identité centrée sur celle de malade, la honte, une baisse de l'estime de soi ainsi qu'une forme de passivité. La seconde dimension qui émergea des données fut centrée sur les apports de la pratique artistique à Césure, comprenant alors le fait de retrouver un cadre, d'être encadré, d'être en lien avec les bénéficiaires, la valorisation d'autres identités, les ressentis positifs, l'intégration sociale, l'empowerment, l'espoir et la reconnaissance.

Conclusion : Notre étude a permis de mettre en avant des dimensions qui s'apparentent à un vécu d'auto-stigmatisation chez les personnes interviewées. En relation avec cela, il a été possible de voir comment la pratique artistique pouvait venir se confronter à certains éléments propres à l'intériorisation du stigmaté et ainsi percevoir la manière dont l'art permettait de soulager le vécu des bénéficiaires.

Mots clés : auto-stigmatisation, stigmatisation, pratique artistique, souffrance psychique, entretiens semi-structurés

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| 1. Introduction | 4 |
| 2. Cadre théorique..... | 5 |
| 2.1 La notion de stigmatisation | 5 |
| 2.1.1 Stéréotypes, préjugés, discrimination : définitions | 5 |
| 2.1.2 Structurel, interpersonnel, intrapersonnel | 8 |
| 2.2 La stigmatisation et la discrimination des troubles mentaux | 10 |
| 2.2.1 Niveau structurel et interpersonnel | 13 |
| 2.2.2 L'auto-stigmatisation | 17 |
| 2.3 Art et rétablissement..... | 22 |
| 2.3.1 Le rétablissement..... | 22 |
| 2.3.2 L'art dans le processus de rétablissement | 23 |
| 3. Question de recherche..... | 25 |
| 3.1 Cadre d'entrée dans le projet..... | 26 |
| 4. Méthodologie..... | 27 |
| 4.1 Méthode qualitative..... | 27 |
| 4.2 L'entretien semi-structuré..... | 28 |
| 4.3 L'analyse thématique de contenu | 29 |
| 4.4 Participants et recrutement..... | 30 |
| 4.5 Information et consentement..... | 32 |
| 4.6 Guide d'entretien..... | 32 |
| 4.7 Méthode d'analyse des données | 33 |
| 5. Résultats | 34 |
| 5.1 Le vécu d'auto-stigmatisation | 35 |
| 5.2 La pratique artistique | 45 |
| 6. Discussion des résultats..... | 52 |
| 6.1 Le vécu d'auto-stigmatisation | 52 |
| 6.2 La pratique artistique | 59 |
| 6.3 L'impact de la pratique artistique au sein de Césure sur le vécu d'auto-stigmatisation | 62 |
| 6.4 Limites et perspectives de l'étude | 66 |
| 7. Conclusion..... | 67 |
| 8. Bibliographie..... | 70 |
| 9. Annexes | 83 |
| Formulaire d'information et de consentement..... | 83 |
| Guide d'entretien..... | 86 |
| Tableaux d'analyse complet | 88 |

1. Introduction (Marie Darbellay et Marie Provenzano)

Le vécu de souffrance associé à un trouble psychique a largement évolué dans sa prise en charge. Alors que la vision d'un soin hors société imprégné notamment d'une perspective asilaire a laissé place à des pratiques d'accompagnement plus attentives aux besoins des individus (Bonsack & Favrod, 2013), la stigmatisation reste tout de même présente et les représentations qui y sont associées semblent toujours profondément ancrées dans les conceptions communes du trouble mental. La stigmatisation se traduit par divers mécanismes de différenciation et de mise à l'écart sociale. On peut ainsi nommer l'étiquetage, les stéréotypes, les préjugés et la discrimination comme étant autant de composantes entrant en jeu dans la manière de considérer ou appréhender les personnes stigmatisées (Link & Phelan, 2001). Ces divers enjeux peuvent alors s'animer au sein de plusieurs plans sociaux : institutionnel ou encore interpersonnel.

Lorsque l'on évoque la stigmatisation des troubles mentaux, on se réfère donc à ces divers mécanismes et pratiques pouvant impacter l'individu. Dès lors, la désaliénation des maladies mentales n'a pas mené à une complète déstigmatisation pour autant. Une personne souffrant d'un trouble mental peut, par exemple, tout à fait se voir refuser certains droits en vue de son diagnostic (Bhugra, Pathare, Gosavi, et al., 2016).

De plus, la stigmatisation se voit complexifier par son vécu intime, car l'individu porteur d'un trouble vit la stigmatisation et connaît les croyances qui y sont associées. Dès lors, un processus d'intégration du stigmate peut se faire où la personne appliquera le stigmate social de « la folie » à sa personne, impactant ainsi de nombreuses dimensions de son existence. C'est alors que l'on peut parler d'auto-stigmatisation (Corrigan & Calabrese, 2005 cités dans Sheehan, Nieweglowski & Corrigan, 2017, Corrigan et al., 2006a, b, c, cités dans Sheehan, Nieweglowski & Corrigan, 2017).

Ce processus complexe peut se mettre en place en résonance avec le vécu stigmatisant de la maladie sur le plan social ou encore structurel. Les liens entre ces multiples niveaux et l'intériorisation des croyances entourant la maladie mentale, vont alors impacter l'individu dans sa conception même de son identité. Une baisse de l'estime de soi, du sentiment d'auto-efficacité ou encore un évitement de certaines situations peuvent être autant de conséquences survenant suite à une intégration du stigmate (Corrigan et al., 2009 ; Goffman, 1963 cité dans Vass et al., 2017 ; Link, 1987 cité dans Corrigan et al., 2009).

Il est alors pertinent de voir ce qui peut soutenir les individus dans ce vécu spécifique du trouble. C'est ainsi que ce projet de recherche vise à pouvoir étudier le vécu d'auto-stigmatisation auprès de bénéficiaires pratiquant l'art, au sein d'un Atelier, favorisant un accompagnement basé sur le soin communautaire et ainsi le rétablissement comme la direction vers une vie accomplie et cela en tenant compte du trouble mental de la personne (Anthony, 1993). Dans cette perception, le fait de retrouver une place dans la société se voit alors central et c'est dans le respect de cette manière de percevoir la prise en charge qu'il nous semblait important de pouvoir nous intéresser aux récits rapportés par les bénéficiaires de l'Atelier créatif de Césure.

À travers douze entretiens auprès de personnes en souffrance psychique et participant aux activités artistiques menées sur le site de Cery, nous nous sommes questionnées sur l'impact de cette pratique sur les composantes émanant de l'auto-stigmatisation, afin de mettre en avant la manière dont leurs pratiques peuvent constituer une forme de soutien face aux conséquences de l'intégration du stigmaté.

2. Cadre théorique

2.1 La notion de stigmatisation

2.1.1 Stéréotypes, préjugés, discrimination : définitions (Marie Provenzano)

Le stigmaté est un terme que l'on peut percevoir de manière multiple et il semble d'ailleurs complexe de se référer à une définition claire et explicite (Stafford & Scott, 1986 cités dans Link et Phelan, 2001). Une première conception de la notion de stigmatisation comprend deux connotations qui peuvent être relevées lorsque l'on étudie ce concept (Schwartz, 1956 cité dans Link & Stuart, 2017). Tout d'abord, on pense qu'une personne stigmatisée est considérée comme mise à l'écart, dans le sens que celle-ci est perçue comme étant différente des individus l'entourant. Deuxièmement, cette mise à l'écart est due à une « marque » (Schwartz, 1956 cité dans Link & Stuart, 2017, p. 7) qui amène un phénomène d'exclusion sociale et qui permet alors de percevoir l'individu victime de stigmatisation comme étant inférieur aux autres (Link et Phelan, 2001). De plus, dans l'idée d'approfondir cette définition, on peut également discuter de la notion de perte qui sous-tend la stigmatisation, en voyant cela comme amenant à perdre quelque chose qui appartient à l'individu, qui lui est propre et considéré comme précieux (Cumming & Cumming, 1957 cités dans Link et Stuart, 2017).

Cette première manière de voir le concept de stigmaté a fait émerger des écrits sur la manière de conceptualiser ce phénomène. En cela, Goffman (1963) a profondément participé à la construction du concept de stigmatisation (Goffman, 1963 cité dans Thornicroft et al., 2016). En effet, Goffman (1963) décrit la stigmatisation comme un « attribut qui jette un profond discrédit » et qui réduit le porteur « d'une personne entière et habituelle à une personne entachée et rabaissée » (Goffman, 1963 cité dans Link & Phelan, 2001, p. 3). De plus, dans cette perspective (Goffman, 1963, cité dans Pescosolido, 2013), la stigmatisation s'observe principalement lors d'interactions sociales et celle-ci participe grandement à une forte exclusion des individus.

Les idées susmentionnées ont pu servir de tremplin dans la recherche sur la stigmatisation et ses concepts associés. En effet, plusieurs défis, impliquant des difficultés, ont été relevés lorsqu'il s'agit d'étudier la stigmatisation. Un premier défi à nommer s'axe sur le fait que de nombreuses recherches ont été effectuées en s'écartant du vécu des personnes stigmatisées, laissant alors une grande place aux points de vue théoriques, mais manquant d'informations concernant les différentes expériences de vie des individus victimes de stigmatisation (Link & Phelan, 2001). Le deuxième défi à mentionner concerne le fait que les recherches propres à la stigmatisation ont été trop souvent axées sur l'individu et que les travaux notamment sur l'exclusion dont souffrent les personnes stigmatisées, qui résulte d'un phénomène social, ont été moins nombreux (Oliver, 1992 cité dans Link & Phelan, 2001).

Selon Pescosolido (2013), il est possible d'étudier la stigmatisation comme étant socialement ancrée et cela s'observe dans les interactions sociales, les normes sociétales ou encore la structure de la société. En s'appuyant sur les éléments discutés précédemment, on peut désormais décrire la stigmatisation en la présentant comme un concept comportant plusieurs facteurs interdépendants (Link & Phelan, 2001). Afin de bien comprendre cette notion, on peut décrire ce processus en plusieurs points. Dans un premier temps, on peut relever le fait que les individus tendent à distinguer et à étiqueter les différences des personnes entre elles. Ensuite, ces différences saillantes ou non seront influencées par les croyances culturelles d'une société donnée en attribuant des caractéristiques indésirables (pouvant être appelées stéréotypes négatifs) aux individus stigmatisés. Poursuivant dans cette dynamique, on peut ensuite mentionner que les personnes, étiquetées et jugées, seront alors catégorisées entraînant comme conséquence une nette séparation entre

individus. En quatrième point, Link et Phelan (2001) discutent du fait que les individus catégorisés subiront une discrimination notamment en perdant leur statut. Finalement, il est utile de préciser que la stigmatisation va dépendre du statut social, politique ou encore économique. En effet, ces statuts permettent de catégoriser plus facilement les individus et de rendre ainsi les différences saillantes (Link & Phelan, 2001). Pour étendre cette explication, on comprend alors que les stéréotypes, le plus souvent négatifs, sont des pensées, attitudes publiques, partagées par un grand nombre d'individus d'une société (Link & Phelan, 2001). Ensuite, on parlera de préjugés lorsqu'on observe une réaction, telle que de la peur, de l'inquiétude, qui viendra donc d'une acceptation des stéréotypes précédemment mentionnés. Finalement, la discrimination, qui s'exprimera en une dimension comportementale (évitement, comportements agressifs, etc...), résultera de ces préjugés et stéréotypes (Link & Phelan, 2001).

Comme développé dans le point précédent, on comprend alors que la stigmatisation regroupe en son terme plusieurs facteurs importants à prendre en compte. Dans la continuité de cette réflexion, il est également important de préciser que de connaître un certain nombre de stéréotypes ne signifie pas que les personnes y adhèrent de manière automatique (Jussim, Nelson, Manis & Soffin, 1995, cités dans Corrigan & Watson, 2002b). Néanmoins, il est pertinent d'appuyer les notions développées en amont, en montrant qu'il existe une stigmatisation réelle qui sera soutenue par des faits (se voir refuser un logement ou un poste de travail) (Thornicroft et al., 2009). Cette notion est importante à relever, car les préjugés engendrent des réponses émotionnelles et cognitives qui conduisent ensuite à la discrimination. La discrimination, qui se traduit par une réaction comportementale, est nécessaire à exposer lorsque l'on parle de stigmatisation.

Cependant, bien que la discrimination fasse partie intégrante du processus regroupé dans le terme de stigmatisation, il peut être utile de séparer ces deux concepts afin de comprendre la spécificité de cet aspect comportemental. En effet, les réactions comportementales négatives des individus poussent à orienter les recherches sur l'exclusion et la mise à l'écart produites par ceux qui discriminent plutôt que sur les victimes de certains agissements (Sayce, 1998 cité dans Link & Phelan, 2001). Tel que discuté par Thornicroft et al. (2016), les conséquences de la discrimination sont réellement délétères pour les personnes qui subissent toutes sortes de comportements négatifs. En effet, il est à noter que ces agissements peuvent

impliquer des désavantages majeurs qui se retrouvent dans plusieurs sphères de vie telles que le travail, le logement ou encore les relations sociales pour ne citer que cela. Afin de bien comprendre ceci, on peut s'appuyer sur l'idée que les comportements stigmatisants et discriminatoires peuvent s'observer selon trois catégories, toutes sous-tendues par des stéréotypes négatifs : la ségrégation (Corrigan et al. 2006a, b, c cités dans Sheehan, Nieweglowski & Corrigan, 2017 ; Newman et Goldman 2009, cités dans Sheehan, Nieweglowski & Corrigan, 2017), la coercition (Strauss et al., 2013 cités dans Sheehan, Nieweglowski & Corrigan, 2017) ainsi que l'évitement et le retrait (Harangozo et al., 2014 cités dans Sheehan, Nieweglowski & Corrigan, 2017).

À la suite de ces éléments développés, on comprend que les recherches qui s'axent sur la notion de discrimination deviennent centrales afin de proposer certains changements sociétaux. En effet, en s'appuyant sur Corrigan et Penn (1999), on observe une sorte de cercle vicieux qui se forme. Ces auteurs mentionnent effectivement une tendance des individus à confirmer les stéréotypes négatifs sur les groupes minoritaires en recherchant des informations qui vont dans le sens d'une validation de ceux-ci (Corrigan & Penn, 1999). De plus, on remarque que la discrimination va servir de renforcement dans la croyance du groupe stigmatisé et que celui-ci subira des traitements cohérents avec les stéréotypes le concernant (Link & Phelan, 2001).

2.1.2 Structurel, interpersonnel, intrapersonnel (Marie Darbellay)

La stigmatisation est un processus qui s'inscrit sur de multiples niveaux. En effet, divers mécanismes viennent s'inscrire dans la dynamique de mise à l'écart et de mise en évidence de la différence de la personne stigmatisée, ceci au travers de possibles actions discriminatoires. On peut ainsi citer trois niveaux : structurel, interpersonnel et intrapersonnel.

Il est pertinent de définir ces éléments afin de pouvoir situer les enjeux associés à la stigmatisation et la complexité qui en découle. Ceci d'autant plus, que les niveaux susmentionnés se voient pris dans un mouvement d'interrelation, où chaque aspect impacte les autres (Pincus, 1996).

Niveau structurel

Le niveau structurel ou institutionnel se perçoit dans une posture macrosociale. Ce niveau va ainsi comprendre tous les éléments mis en place et ordonnés par des

institutions gouvernementales ou encore étatiques, pouvant ainsi réduire certaines opportunités ou certains droits des personnes stigmatisées (Corrigan et al., 2004). Ceci peut s'inscrire dans une forme de réduction des possibilités légales, sociales ou encore un regard moindre sur la population stigmatisée dans le cadre de prise de décision (Pincus, 1996). Ainsi, les individus concernés sont imbriqués dans ce système politico-institutionnel qui mène à maintenir la perception d'un endogroupe face à un exogroupe (Campbell & Deacon, 2006). De plus, ce type de stigmatisme se situe à un niveau où il est difficile d'identifier l'auteur de la stigmatisation, étant donné que celui-ci est constitué de plusieurs forces. C'est ainsi que le stigmatisme va se voir à travers des décisions institutionnelles quotidiennes (Krupchanka & Thornicroft, 2017). La question du pouvoir entre alors en jeu. En effet, les institutions possèdent une capacité d'influence et de décision qui peut se conceptualiser en termes de force. Dès lors, le groupe stigmatisé ne possède pas toujours le pouvoir équivalent pour faire face à cela (Link & Phelan, 2001).

Niveau interpersonnel

La discrimination et la stigmatisation qui peuvent prendre place dans ce niveau vont se percevoir au travers d'actions entre un individu stigmatisant et un individu stigmatisé. Cela peut également se voir au travers d'actions de groupe face à un autre groupe qui lui sera stigmatisé. Ce type de stigmatisation va alors intégrer les divers processus allant vers l'acte discriminatoire et ainsi comprendre un manque de connaissance et des préjugés sur un groupe considéré comme porteur d'une différence (Charles & Bentley, 2016). C'est donc une connaissance des stéréotypes et une adhésion à ceux-ci qui mèneront les individus stigmatisants vers des préjugés. C'est alors une véritable composante émotionnelle qui s'inscrit dans ce mouvement, où la croyance dans le stéréotype mènera à un ressenti s'inscrivant dans le préjugé. En dernier lieu, l'acte discriminatoire sera soutenu par l'acceptation des stéréotypes et préjugés sur un groupe et les comportements adoptés pourront alors prendre de multiples formes. (Link & Phelan, 2001). Ainsi, ce sont par exemple des refus de collaboration, des refus de voisinage ou encore des refus d'interactions qui peuvent s'observer dans cette forme de discrimination (Pincus, 1996 ; Link & Phelan, 2001). La différence ressentie par le groupe ou la personne qui stigmatise peut être perçue comme importante et dès lors rendre légitime des actions négatives envers le groupe stigmatisé (Link & Phelan, 2001).

Niveau intrapersonnel

La stigmatisation peut également se vivre à un niveau interne, d'une manière que l'on peut donc nommer intrapersonnel. Dans un mouvement d'intégration et de connaissances des croyances qui sont associées au stigmaté, la personne vivant la stigmatisation peut alors connaître un phénomène d'auto-stigmatisation, sous-entendant une intériorisation du stigmaté (Ancet, 2015). Cette intériorisation va se faire dans un processus similaire à celui de la stigmatisation interpersonnelle, où la personne va passer de l'identification aux préjugés, aux conséquences envers soi qui seront pénalisantes (Corrigan & Watson, 2002b). Cela peut alors se traduire par une vision de soi honteuse et en accord avec les croyances négatives entourant son groupe (Ancet, 2015).

2.2 La stigmatisation et la discrimination des troubles mentaux (Marie Provenzano)

Après avoir décrit plusieurs éléments liés à la stigmatisation et à la discrimination de manière générale, il s'agit désormais de se centrer plus spécifiquement sur la problématique de la santé mentale, qui va constituer le centre de ce projet de recherche. En effet, comme démontré par Thornicroft et collaborateurs (2007), lorsque l'on compare la maladie mentale à d'autres troubles, par exemple physiques, on observe que les personnes atteintes de troubles mentaux vivent, de manière générale, de nombreuses expériences stigmatisantes. À ce sujet, Evans-Lacko et al. (2014), remarquent une évolution dans la recherche sur la stigmatisation. En effet, il est intéressant de souligner que le domaine de la santé mentale, incluant donc le phénomène d'exclusion ainsi que la stigmatisation, suscite un intérêt qui devient de plus en plus important (Evans-Lacko et al., 2014). En partant de ces observations, il est donc très intéressant de se pencher sur cette question et d'y travailler.

La stigmatisation, liée aux troubles mentaux plus spécifiquement, se définit selon Corrigan et Penn (1999), comme des connaissances infondées et injustifiées qui peuvent alors mener à une discrimination envers les personnes souffrant d'un trouble mental. En effet, lorsque l'on parle de méconnaissances, on peut observer que certains stéréotypes négatifs associés aux troubles mentaux sont parfois provoqués par trois idées courantes qui sont faussement véhiculées (Corrigan & Watson, 2002b). Dans un premier temps, la tendance principale est de considérer les personnes atteintes de trouble mental comme dangereuses et de les maintenir donc à l'écart de la société. D'ailleurs, on observe que les individus ont tendance à éviter d'être en contact avec une personne souffrant de trouble mental en vue de la

peur et des sentiments désagréables que cela peut entraîner (Graves et al., 2005, cités dans Thornicroft et al., 2007). Ensuite, on peut relever le stéréotype selon lequel un trouble mental amène à une irresponsabilité et donc à un besoin d'être dépendant de quelqu'un d'autre. Finalement, en lien avec l'élément précédent, on peut souligner le dernier point qui consiste à penser qu'il est nécessaire de s'occuper d'une personne avec un trouble mental d'une manière infantilissante (Corrigan & Watson, 2002b).

De plus, afin d'appuyer ce manque de connaissances concernant la maladie mentale, on peut également parler du fait que les personnes avec une souffrance psychique sont généralement perçues comme pouvant avoir le contrôle et seraient ainsi à même de gérer leurs troubles mentaux. Cet accent mis sur la responsabilité des individus avec un trouble mental à devoir s'auto-gérer, contrairement aux individus souffrant d'un handicap physique, renforce ainsi la stigmatisation et le regard néfaste porté à cette population (Weiner et al., 1988 cités dans Corrigan & Penn, 1999).

Tel que développé précédemment, on comprend alors que les individus, par le biais de la socialisation, développent des modèles de perception des troubles mentaux. En effet, leurs visions deviennent alors des théorisations de ce qu'est la personne souffrant de trouble mental (Link & Stuart, 2017). Cependant, on peut se questionner sur la manière dont les individus qui stigmatisent peuvent affirmer qu'une personne souffre de troubles psychiatriques, alors même que ceux-ci ne sont pas visibles. Afin de présenter une première piste de réflexion, on peut citer Goffman (1963, cité dans Corrigan, 2000), qui distingue deux types de stigmatisation : stigmatisation discréditée et stigmatisation discréditable. Pour le premier type de stigmatisation (discréditée), on peut parler de traits physiques, par exemple propre à une minorité culturelle, qui laisseraient penser aux individus que cette différence est évidente. Dans la stigmatisation discréditable, s'apparentant ici aux personnes avec une souffrance psychique, les personnes peuvent cacher et faire en sorte que leurs différences ne se remarquent pas : dès lors, les individus externes ne sont pas en mesure d'affirmer qu'une personne souffre ou non d'un trouble mental (Corrigan, 2000). Selon cette distinction, on peut s'appuyer sur la théorie de l'étiquetage (Scheff, 1974 cité dans Corrigan, 2000 ; Link, 1987 cité dans Corrigan, 2000), qui démontre que le simple fait de proposer une étiquette, ici de « trouble mental », suffit pour que la société réagisse de manière négative. Bien évidemment, ces différentes réactions stigmatisantes et discriminatoires envers les individus avec

un trouble mental participant à ce que le trouble en lui-même soit exagéré et renvoient à la notion de cercle vicieux discuté précédemment (Corrigan, 2000).

Les aspects théoriques relevés par les auteurs susmentionnés offrent la possibilité de se questionner notamment sur les effets de ces idées, stéréotypées, transmises et perpétuées sur le thème de la santé mentale. En effet, la stigmatisation peut avoir des effets sur plusieurs facteurs, participant grandement à la limitation des opportunités et des chances dans la vie des patients souffrant de trouble mental (Link & Phelan, 2001). Dans cette idée, il est possible de reprendre les actions discriminatoires de ségrégation (Sheehan, Niewegłowski & Corrigan, 2017), de coercition (Strauss et al., 2013 cités dans Sheehan, Niewegłowski & Corrigan, 2017) d'évitement et de retrait (Harangozo et al., 2014 cités dans Sheehan, Niewegłowski & Corrigan, 2017) qui ont pu être mentionnés précédemment afin de les développer dans la perspective du trouble mental. La coercition, définie par Strauss (2013, cité dans Sheehan, Niewegłowski et Corrigan, 2017), se voit comme étant un stéréotype qui considère les personnes avec un trouble mental comme faibles, incompetentes et pouvant agir violemment. Le retrait et l'évitement, soutenus par le sentiment de peur, de gêne ou encore de dégoût, se voient donc dans le fait qu'une tendance à éviter les situations où un contact avec des personnes avec un trouble mental serait possible, créant ainsi un isolement et une mise à l'écart de ceux-ci. Finalement, on peut définir la ségrégation comme une attitude paternaliste qui se traduit par une discrimination lors d'entretiens d'embauches, d'accès à un logement ou toutes autres situations liées à la participation sociale envers les individus souffrant de troubles psychiatriques (Corrigan et al. 2006a, b, c cités dans Sheehan, Niewegłowski & Corrigan, 2017 ; Newman & Goldman 2009, cités dans Sheehan, Niewegłowski & Corrigan, 2017).

Lorsque l'on découvre cela, on peut se questionner sur le processus qui mène les personnes avec un trouble mental à subir un rejet fréquent et une mise à l'écart de la société alors même que celles-ci ont besoin d'aide et de soutien (Baumann, 2007). Afin de nous offrir une première piste de compréhension, Haghghat (2001, cité dans Baumann, 2007), exprime le fait que la stigmatisation provient des comparaisons que font les individus entre eux, créant ainsi une frontière nette entre soi et les autres. De plus, toujours dans ce même ordre d'idée, deux explications possibles viennent apporter des réponses à ce questionnement. En effet, on peut parler dans un premier temps d'instinct de survie qui conduirait à un évitement

systématique des personnes qui ne seraient pas suffisamment utiles dans le processus de reproduction. Ensuite, un élément de réponse ressemblant à l'une des idées faussement véhiculées (Corrigan & Watson, 2002b), soumet le fait que reconnaître qu'un individu puisse être instable mentalement et vulnérable, crée un sentiment d'insécurité désagréable qui peut amener à une exclusion (Baumann, 2007).

Finalement, afin de pallier toutes ces formes de discriminations, Corrigan (2000) démontre qu'il est utile d'informer la population sur le thème de la santé mentale afin d'offrir une meilleure compréhension à ce sujet. En effet, on voit que l'information sur ce thème est susceptible de réduire les stéréotypes négatifs et donc d'atténuer toutes les autres conséquences néfastes et discriminantes (Spagnolo, Murphy & Librera, 2008).

2.2.1 Niveau structurel et interpersonnel (Marie Darbellay)

Comme précédemment mentionné, plusieurs niveaux sociaux entrent en jeu dans la pratique stigmatisante et discriminatoire, et cela également dans le vécu des personnes souffrant de troubles mentaux.

Bien évidemment, il est important de rappeler que la stigmatisation présente de multiples facettes et les formes évoquées dans cette section sont un abord large de ce qui constitue des bases de croyances et de comportements négatifs envers les individus avec un trouble mental. Ces différentes formes fonctionnent de manière conjointe et, par auto-renforcement, vont construire le stigmate du « malade mental » (Pincus, 1996).

L'auto-stigmatisation, comme dernier niveau, constitue le cœur de notre travail. Il sera donc développé de manière indépendante.

Niveau structurel

Ce type de stigmatisation a été décrit comme étant amené par des actions et décisions politiques gouvernementales ou au sein d'institutions privées, menant à des opportunités moindres pour les personnes avec des problématiques de santé mentale. Les décisions prises peuvent alors se voir volontairement réductrices dans les possibilités qu'elles laissent aux individus ou comme créant involontairement des différences dans les opportunités qui s'offrent aux personnes atteintes psychiquement (Corrigan et al., 2004). Ainsi, la conscience du préjudice associée à

la pratique institutionnelle en termes de traitement des personnes souffrant de troubles mentaux peut se voir absente (Corrigan et al., 2004).

Cet arbitrage discriminatoire peut impacter les personnes atteintes de problèmes de santé mentale à divers niveaux pouvant constituer des fondements sociaux et des bases de droits humains (Krupchanka & Thornicroft, 2017). Il est notamment question du droit de vote, du droit de propriété ou encore de l'accès au mariage (Bhugra, Pathare, Gosavi, et al., 2016 ; Bhugra, Pathare, Joshi, et al., 2016 ; Bhugra, Pathare, Nardodkar, et al., 2016). Bien que fluctuant selon les contextes (Henderson et al., 2014), la possibilité de se soigner est également impactée par les actions structurelles qui par le biais, entre autres, de ressources moindres allouées aux services de santé mentale, ne permettent pas d'assurer des soins de qualité à la population fréquentant ces services (Thornicroft, 2006a cité dans Krupchanka & Thornicroft, 2017).

Dans ce processus structurel, la place des médias s'avère centrale. D'autant plus que ce médium constitue une source d'information pour les individus qui dirigent alors les attitudes (Thornicroft, 2006a cité dans Krupchanka & Thornicroft, 2017). Dès lors, la tendance à dépeindre les individus avec un trouble mental comme étant agressifs par exemple (Corrigan, 2005a cité dans Krupchanka & Thornicroft, 2017), véhicule ainsi une perception sociale qui aspire à la crainte et à l'évitement. Ce qui pourrait s'avérer autrement par une description plus positive de cette population pouvant mener à un apprentissage social différent (Thornicroft et al., 2013 cités dans Krupchanka & Thornicroft, 2017). Ceci se voit assez central dans une volonté de réduire ce type de discrimination.

De plus, en soulignant les problématiques sociales sous-jacentes, plutôt qu'en s'axant uniquement sur le comportement d'un individu avec un trouble mental, les médias peuvent recentrer l'intérêt sur les problématiques à niveau sociétal, plutôt qu'à un niveau intra-individuel. Ceci permettra alors de mettre en évidence les éléments structurels qui constituent un terrain inégal (Wallack & Dorfman, 1996 cités dans Stuart, 2017). Tout comme des descriptions médiatiques adéquates, un autre moyen de lutter face à la vision péjorative des individus avec un trouble mental, mais surtout afin de garantir que structurellement, il y a une équité en termes de possibles, passe par le soutien via des lois, des politiques et des financements appropriés pour les individus avec un trouble mental (Stuart, 2017).

En résumé, la stigmatisation structurelle et la discrimination qui en découle constituent des bases sociales de pratiques préjudiciables envers les individus

souffrant de troubles mentaux. Les opportunités manquantes se matérialisent dans les actions entreprises par les institutions, et continuent de se jouer sur la scène sociale au travers d'une discrimination prenant place dans les interactions entre individus porteurs de troubles et membres de la société.

Ainsi, à un niveau méso-social ou interpersonnel, les actes discriminatoires et les perceptions stigmatisantes des personnes avec un trouble mental, notamment instaurées à un niveau structurel, vont se dévoiler encore au sein du public et des relations directes entre stigmatisés et stigmatisateurs. Ceci va alors participer à ce processus interactionnel entre les divers niveaux de stigmatisations et discriminations.

Niveau interpersonnel

La stigmatisation interpersonnel ou publique se définit comme étant l'acceptation publique du préjudice associé aux individus souffrant de troubles mentaux et sa mise en pratique par le biais de la discrimination (Link & Phelan, 2001 ; Corrigan et al., 2000). Une triple composante s'inscrit dans cette conception, comprenant ainsi un manque de savoir, des attitudes marquées par des préjugés ainsi qu'un comportement négatif et discriminant (Charles & Bentley, 2016). Il est intéressant de souligner que la stigmatisation publique et son appui sur les stéréotypes associés aux personnes touchées par des problématiques de santé mentale, se perçoit dans la population, mais également auprès de professionnels de la santé mentale (Corrigan & Watson, 2002b ; Henderson et al., 2014). Diverses études ont ainsi mis en évidence les attitudes et perceptions des acteurs dans le domaine du soin mental qui portent dans leurs pratiques les stéréotypes publics accumulés (Thornicroft et al., 2016 ; Thornicroft et al., 2007). Henderson et collaborateurs (2014) ont notamment effectué une revue rassemblant diverses études témoignant de la stigmatisation présente parmi le personnel soignant des services de santé mentale.

De manière globale, la discrimination découlant du processus d'adhésion aux visions négatives des individus souffrant de troubles mentaux, peut se manifester à travers diverses oppressions, comprenant notamment des opportunités diminuées et une impossibilité ou perte de possibilité de décider pour soi, pouvant également se voir dans une forme de ségrégation où les individus souffrant de troubles mentaux se retrouvent dans des milieux et secteurs plus appauvris (Corrigan, 2005).

Une fois les préjugés adoptés par le public, se faisant notamment par le biais des médias (Henderson, 2017), les actions stigmatisantes vont alors se déceler dans les

interactions quotidiennes des individus souffrant de troubles mentaux. C'est alors que l'on peut parler de discrimination interpersonnelle (Angermeyer et al., 2014 cités dans Krupchanka & Thornicroft, 2017). Ce phénomène peut ainsi se percevoir au travers d'échanges et de situations variées de la vie de tous les jours menant à une véritable péjoration du vécu des individus en souffrant (Sheehan, Nieweglowski & Corrigan, 2017). Les difficultés associées au logement en sont notamment témoins. Cowan (2003) l'a étudié dans le phénomène « not in my backyard » (Cowan, 2003 cité dans Krupchanka & Thornicroft, 2017, p. 174) consistant en le refus entre autres qu'une personne porteuse d'un trouble mental habite dans le voisinage, en appui sur le risque que cette population représenterait. Ainsi, les individus souffrant de troubles mentaux se voient touchés par la stigmatisation dans les liens quotidiens entretenus avec les membres de la société, et ceci participe à un système discriminatoire large comprenant ainsi les pratiques institutionnelles précédemment mentionnées.

Afin de lutter contre ce type de discrimination, de nombreuses interventions ont été pensées. La mise en contact et par ce biais, une forme de pratique éducationnelle sur ce qu'est le trouble mental, a notamment fait ses preuves (Corrigan et al., 2012 cités dans Stuart, 2017). Dans cette idée, l'éducation permet de réduire la stigmatisation et la discrimination en amenant aux individus des pistes de compréhension sur les problématiques psychologiques. C'est également la protestation face aux idées et visions faussées sur le trouble mental qui constitue un arsenal dans la lutte contre le stigmate dont les personnes concernées peuvent notamment se servir afin d'agir à un niveau public (Corrigan & Watson, 2002a).

Néanmoins, la stigmatisation publique se basant sur des construits profonds et ancrés socialement, il peut parfois paraître complexe de s'y attaquer (Allport, 2000 cité dans Stuart, 2017). En vue de cela, c'est un regard sur l'individu qui souffre de discrimination qui se pose, dans une vision axée sur le stigmate intériorisé et la possibilité d'agir dessus.

Ainsi, on peut alors se pencher sur ce que la personne avec un trouble mental ressent et comment elle peut réagir face à ce type d'expériences stigmatisantes. Dans cette perspective, il est utile de souligner que la stigmatisation et son impact négatif ne se limite pas aux comportements discriminatoires venant des autres, elle peut également venir de la personne avec un trouble mental elle-même (Mechanic et al., 1994, cité par Corrigan & Penn, 1999).

Cette centration sur l'individu intériorisant le stigmat est ce qui va guider majoritairement ce projet. C'est ainsi une perspective plus interne qui va être mise en avant et centralisée lors de l'élaboration de cette étude, et qui doit donc être explicitée en vue des précédents niveaux de stigmatisation exposés en amont.

2.2.2 L'auto-stigmatisation (Marie Provenzano)

L'environnement, qui fut décrit précédemment au travers des notions de stigmatisation structurelle ou encore de stigmatisation publique, participe à la diffusion des perceptions négatives envers les personnes souffrant de troubles mentaux. En évoluant au sein de ces visions, les individus concernés par des problématiques de santé mentale peuvent alors adhérer à celles-ci, ce qui peut péjorer leurs vécus (Corrigan & Watson, 2002b). Au sein d'une étude INDIGO, il a été relevé que 64% des individus souffrant d'un trouble mental spécifique anticipaient une discrimination dans la perspective d'une recherche d'emploi, d'une formation ou dans le cadre de l'éducation (Thornicroft et al., 2009).

Cette manière d'anticiper le stigmat est reliée à l'intériorisation de celui-ci, et c'est alors que l'on parle d'auto-stigmatisation ou de stigmatisation intrapersonnelle, pouvant se percevoir de manière connexe à la conceptualisation de la stigmatisation se construisant au sein de la société et comprenant des stéréotypes, une notion de préjugé ainsi qu'un comportement discriminatoire (Corrigan & Watson, 2002b). Ce processus d'auto-stigmatisation se manifeste en vue de représentations sociales multiples. Les individus vont donc être conscients du stigmat les entourant, consentiront à celui-ci et le mettront en perspective vis-à-vis d'eux même (Corrigan & Calabrese, 2005 cités dans Sheehan, Nieweglowski & Corrigan, 2017, Corrigan et al., 2006a, b, c, cités dans Sheehan, Nieweglowski & Corrigan, 2017). A ce moment-là, nous pouvons alors parler d'intériorisation du stigmat. Dès lors, et pour l'exemplifier, la vision publique d'incapacité à décider pour soi attribuée aux personnes avec un trouble mental (Corrigan & Watson, 2002b), pourra être considérée comme un attribut réel pour un individu avec un problème de santé mentale, cela affectera alors sa perception de lui-même et sa manière d'appréhender diverses situations par la suite.

Dans cette même idée, c'est dans la perspective de la théorie modifiée de l'étiquetage, que se perçoit notamment cet effet d'intériorisation qui aura de multiples impacts (Link, 1987 cité dans Corrigan et al., 2009 ; Link, 1982 cité dans

Corrigan et al., 2009). Cette théorie va déconstruire l'idée que l'étiquette est posée sur l'individu, ce qui le mènera à s'y conformer. En effet, dans la perspective de la théorie modifiée de l'étiquetage, l'individu avec un trouble mental est perçu comme ayant en amont de tout étiquetage, une vision négative intériorisée de la maladie mentale (Link, 1987 cité dans Lacaze, 2008). Cette perception négative se serait forgée au travers de divers médiums (Link, 1987 cité dans Lacaze, 2008) qui véhiculent une image culturellement stéréotypée de la personne souffrant de troubles mentaux. Les médias vont ainsi partager des perceptions des individus avec un trouble mental et ce sont ces visions qui vont se voir intériorisées dans le phénomène (Corrigan et al., 2009). Dès lors, les individus, avec une problématique de santé mentale, s'imputeraient à eux-mêmes des visions négatives et fausses du trouble mental, car ils auraient internalisé celles-ci en amont (Link, 1987 cité dans Lacaze, 2008).

Dans cette perspective, c'est au travers du niveau macrosocial et méso-social que se construiront les éléments qui auront un impact sur l'individu dans sa perception intime de son identité. Ainsi, des vécus importants de stigmatisation corrèleront avec une intégration du stigmatisme plus importante (Vass et al., 2017). À partir de cette intégration, la personne sera socialement étiquetée, mais elle endossera également l'étiquette de manière alors à confirmer les croyances entourant le trouble mental. C'est alors une forme de prophétie auto-réalisatrice qui peut se créer où, par l'identification au stigmatisme, l'individu souffrant d'un trouble mental agira selon la vision publique de son trouble (Merton, 1948).

En définitive, le vécu social du stigmatisme se lie à celui plus intime, au sein de l'individu stigmatisé, et accompagne cette construction. C'est une triple composante qui se joue alors, débutant par la prise de conscience des stéréotypes, leurs acceptations et finalement leurs mises en pratique (Corrigan et al., 2009). Dans cette idée, il est intéressant de se pencher sur l'impact que cette intériorisation du stigmatisme va avoir sur les individus en souffrant, et ainsi de percevoir les divers mécanismes qui sont à l'œuvre dans ce type de stigmatisme et qui vont guider le cadre de ce travail.

L'impact de l'auto-stigmatisation et le paradoxe qui en découle (Marie Darbellay)

L'auto-stigmatisation comme décrite ci-dessus va avoir un impact sur les personnes souffrant de troubles mentaux, adhérant à la vision préjudiciable qui existe de leur groupe. Cette étiquette auto-administrée va alors participer à une auto-

stigmatisation dont les effets seront délétères. Il est ainsi possible de voir chez certains individus, des symptômes démontrant une détérioration psychologique (Lysaker et al., 2008 cités dans Drapalski et al., 2013) ainsi qu'une moindre recherche de soins (Corrigan, 2004 cité dans Drapalski et al., 2013). Ce qui constitue un risque sanitaire pour les personnes souffrant de troubles mentaux. De plus, une composante sociale et un manque d'opportunité apparaissent également comme découlant de cette auto-stigmatisation. En effet, ce niveau interne de stigmatisation va se conjuguer à l'effet « why try » (Link, 1987 cité dans Corrigan et al., 2009, p.75 ; Link, 1982 cité dans Corrigan et al., 2009, p.75) ou « pourquoi essayer » comprenant l'idée qu'il n'est pas nécessaire de tenter certaines choses, car cela n'aboutira de toute façon pas. La stigmatisation anticipée mènera alors les individus avec un trouble psychique à ne pas entreprendre certaines choses, car ils sauraient que leur trouble mental ne le leur permettra pas (Corrigan et al., 2009). En effet, dans l'idée de l'étiquette de « personne avec un trouble mental » intériorisée, l'individu qui en souffre ne s'engagera pas dans des situations (professionnelles ou sociales), car il se sentira illégitime et c'est ainsi que se perçoit le concept de « pourquoi essayer » susmentionné (Link, 1987 cité dans Corrigan et al., 2009 ; Link, 1982 cité dans Corrigan et al., 2009 ; Rüsche et al., 2006 cités dans Corrigan et al., 2016). Ainsi, à un niveau comportemental, l'individu intériorisant le stigmaté et avec un sentiment d'efficacité moindre, ne postulera tout simplement pas pour un poste en accord avec cette croyance qui voudrait qu'il ne serait pas apte à l'occuper (Link, 1982, 1987 cité dans Corrigan & Watson, 2002a ; Krupchanka & Thornicroft, 2017). De plus, les individus, en internalisant le stigmaté sur les troubles mentaux, dégraderaient leurs perceptions d'eux-mêmes. C'est ainsi une vision identitaire axée sur le statut de malade mental qui serait tout d'abord perçue (Corrigan & Watson, 2002 cités dans Vass et al., 2017) dans cette intériorisation et par ce biais, des sentiments négatifs de honte et de culpabilité notamment (Goffman, 1963 cité dans Vass et al., 2017). Ceci, conjugué à l'effet « why try » (Link, 1987 cité dans Corrigan et al., 2009, p.75) participera à une baisse de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle (Corrigan et al., 2009). Il est tout de même important de signaler qu'une faible estime de soi fait partie intégrante de certains diagnostics de troubles mentaux, ce qui peut parfois brouiller les pistes sur l'origine véritable de cet effet sur l'individu (APA, 1994 cité dans Corrigan & Watson, 2002b ; Million, 1981 cité dans Corrigan & Watson, 2002b).

Il y a donc de multiples impacts sur l'individu lorsqu'une auto-stigmatisation est présente. C'est ainsi que l'on peut percevoir que des personnes souffrant de troubles mentaux peuvent se situer dans un versant d'intériorisation du stigmaté, où l'estime de soi et la confiance en soi se voient amoindries par l'intégration des perceptions négatives présentes dans la sphère sociale (Corrigan et al., 2009).

Néanmoins, ceci ne constitue pas la seule forme de réaction pouvant avoir lieu face au stigmaté. Il existe sur un autre versant des individus avec des problèmes de santé mentale qui maintiendront une bonne estime de soi, considérant les propos dits sur eux comme n'étant pas légitimes. Finalement, un autre groupe se dégage également, groupe qui réagira par indifférence (Corrigan & Watson, 2002a). En effet, alors que certains individus seront profondément affectés par l'intériorisation du stigmaté, certains agiront de manière active face à celui-ci, tentant alors de lutter contre le processus d'adhésion au stigmaté. Une réaction qui s'avérerait situationnelle, où un même individu présenterait différentes réponses au stigmaté en lien avec le moment (Corrigan & Watson, 2002b). Une vision paradoxale ressort donc de la conceptualisation de l'auto-stigmatisation qui ne peut pas se concevoir comme engendrant un type de réaction unique. Alors que le stigmaté, une fois intériorisé, peut mener à une forme d'abattement, des individus vont voir en la stigmatisation du public une force dynamisante, les poussant à agir. Les individus ne vont donc pas nécessairement accorder de crédit aux perceptions négatives sur leur groupe, tout en étant tout à fait conscients des visions qui existent sur les personnes souffrant de troubles mentaux (Corrigan & Watson, 2002a ; Wright, Gronfein & Owens, 2000 cités dans Corrigan & Watson, 2002b ; Hayward & Bright, 1997 cités dans Corrigan & Watson, 2002b). À travers l'opposition au stigmaté, l'individu pourrait alors engendrer dans un mouvement inverse, des conceptions positives de lui-même (Brehm, 1966 cité dans Corrigan & Watson, 2002b).

La réaction qui peut donc se situer sur deux extrêmes a été explicitée par de nombreux facteurs, qui agiront de manière à conditionner la réponse de la personne en fonction d'éléments contextuels (Corrigan & Watson, 2002a). Afin de comprendre les médiums menant à une réaction de lutte, un premier élément serait le crédit accordé au stigmaté qui, s'il est considéré comme illégitime, engendrera une réaction de lutte (Corrigan et al., 2009). L'attribution des attitudes négatives à l'externe et l'identification à des valeurs protectrices, ont également été citées tout comme l'identification positive forte à l'endogroupe et le rejet des perceptions négatives perpétuées socialement qui agira de manière à préserver une vision

positive de soi (Corrigan & Watson, 2002b ; Porter & Washington, 1993 cités dans Corrigan & Watson, 2002b ; Tajfel, 1978 cité dans Corrigan & Watson, 2002b). De plus, la vision associée aux personnes avec un trouble mental, si elle se situe dans un sentiment d'une hiérarchie sociale injuste et d'une reconnaissance des freins systémiques, engendrera une réaction de protection en détournant les perceptions négatives de l'endogroupe (Crocker, 1999 cité dans Corrigan & Watson, 2002b).

L'empowerment (empouvoirement) est également considéré comme étant un médiateur de l'auto-stigmatisation et du pouvoir d'action. À l'opposé de l'internalisation du stigmate, les personnes qui ont la capacité d'agir auront une plus grande estime de soi et se verront plus satisfaites des programmes d'entraides (Rogers, 1997 cité dans Corrigan et al., 2009). Dans cette même idée, le développement d'aptitudes permettra d'agir et de contrer les freins présents dans la stigmatisation publique. Ainsi, les personnes souffrant de troubles mentaux par le biais d'expériences de comparaison caractérisées par des réussites et dans un regard sur d'autres identités sociales que celle d'individu avec une maladie mentale, pourront augmenter leurs sentiments d'auto-efficacité (Shih, 2004 cité dans Stuart, 2017). Dans la continuité de ce mouvement, le fait de s'identifier à un groupe qui luttera face au stigmate et affichant donc une opposition, aura un effet protecteur sur les individus souffrant de troubles mentaux (Bonsack et al., 2013).

Être actif en regard de la stigmatisation semble donc représenter une composante importante dans la défense face au stigmate. L'auto-stigmatisation va, dans un mouvement inverse, endiguer le rétablissement et un facteur qui s'y inscrit : l'estime de soi (Vass et al. 2017 ; Yanos et al., 2008 cités dans Drapalski et al., 2013). Le rétablissement va viser à une intégration sociale et le rétablissement d'une image de soi centrée sur l'acceptation (Anthony, 1993). Ainsi, dans une perspective où le rétablissement a comme objectif un réinvestissement de la sphère sociale (Thornicroft et al., 2009), on peut le considérer comme le contraire de la stigmatisation. Ceci constitue un aspect central de notre projet et s'inscrit dans le chemin de vie lié à la présence du trouble psychique. En cela, nous allons définir et conceptualiser le rétablissement afin d'éclairer ce processus qui a une importance forte dans la perspective de la recherche que nous effectuons.

2.3 Art et rétablissement

2.3.1 *Le rétablissement* (Marie Provenzano)

Une difficulté associée à la maladie mentale se situe dans une forme de négation sociale de la possibilité des personnes avec un trouble mental de pouvoir arriver à un rétablissement et ceci en ayant une maladie psychique (McCranie, 2010 cité dans Pescosolido et al., 2013). Néanmoins, le rétablissement a une place forte dans le cheminement des personnes atteintes d'un trouble.

À l'inverse d'une perspective purement médicale, où le rétablissement se situerait dans l'idée d'une suppression de la maladie, le rétablissement ici mentionné fait référence à une notion d'équilibre, où la personne atteinte de troubles mentaux pourra vivre de manière totale, et ceci en la présence de la maladie psychique (Favrod et al., 2012 cités dans Bonsack & Favrod, 2013 ; Provencher, 2002 cité dans Bonsack & Favrod, 2013). Comme décrit par Anthony (1993), le rétablissement constitue un parcours individuel où des modifications auront lieu dans ce que la personne peut faire, dans ses émotions ou encore ses buts. C'est une visée à l'épanouissement et à la contribution sociale qui s'inscrivent dans cette perspective, et ceci sans nier la présence de la maladie et son impact, mais en visant une vie significative malgré les limitations que le trouble peut parfois imposer (Anthony, 1993).

La focalisation sur le rétablissement s'inscrit directement dans une volonté de lutter contre la stigmatisation des personnes avec un trouble mental. Dans cette perspective et dans l'accompagnement des individus concernés par la maladie psychique, il s'agira de bien moins s'attarder sur l'étiquette du diagnostic que sur le chemin de guérison unique de la personne et son implication dans celui-ci. Il s'agit alors, tout comme dans une volonté de s'opposer au stigmaté, de valoriser d'autres identités, de redonner une place centrale à la personne et d'arriver à ce que celle-ci investisse un rôle dans la société (Bonsack et al., 2013). En effet, ceci prend une importance centrale, car les expériences négatives, marquées notamment par une forme d'inconsidération, peuvent marquer l'identité de la personne et c'est la présence de relation sociale permettant une reconnaissance qui soutiendra cette formation valorisante du soi (Honneth, 2004).

Le modèle de Jacobson et Greenley (2001) explicite des éléments qui accompagnent le rétablissement, que ce soit à un niveau interne : l'espoir dans le rétablissement, une description de soi autre que celle axée sur la maladie, l'empouvoirement, les relations sociales ou encore la maîtrise, ou à un niveau externe : égalité dans les

opportunités, accent mis sur la positivité dans le soin et une opposition au stigmaté. En lien avec cela, les interventions cliniques qui accompagneront le rétablissement ont pour base conceptuelle des éléments provenant du modèle de vulnérabilité-stress en combinaison avec le mouvement vers le changement (Prochaska, 1984 cité dans Huguelet, 2007 ; Mueser et al., 2006 cités dans Huguelet, 2007).

L'accompagnement vers le rétablissement peut se faire alors de diverses manières et les programmes peuvent présenter de larges palettes de prestations (Huguelet, 2007). L'idée n'est donc pas de conduire l'individu souffrant de troubles mentaux vers un état prémorbide, mais de lui permettre de se découvrir et d'accroître ses centres d'intérêt (Jacobson & Greenley, 2001). En ce sens, l'art constitue un terrain propice à ce genre de développement pouvant permettre de mettre en avant les divers éléments susmentionnés et cités par Jacobson et Greenley (2001) dans leurs visions du rétablissement (Jacobson & Greeley, 2001 cités dans Lloyd et al., 2007). Dans cette perspective, l'art permet une production qui accompagne une forme de reconnaissance de ce qui a été produit par l'externe. C'est un processus qui offre alors un rapport basé sur l'estime et l'affirmation par autrui de sa production. Cet élément de reconnaissance participe à des émotions positives et à une meilleure gestion d'éléments potentiellement anxiogènes (Emmons & Stern, 2013).

C'est ainsi que l'art dans sa dimension créatrice amène une expressivité tout en permettant une explication de vécus (Dewey, 1958 cité dans Gaiha et al., 2021). En cela, il est intéressant d'explorer son utilisation dans le cadre d'une population adulte concernée par les troubles mentaux. Dans un regard axé sur l'auto-stigmatisation, qui constitue notre intérêt principal dans cette recherche, dont il faut souligner son effet et le frein que cela engendre dans le cheminement vers le rétablissement (Mak et al., 2017), le lien à l'art constitue une piste intéressante à développer.

2.3.2 L'art dans le processus de rétablissement (Marie Darbellay)

La possibilité de s'exprimer à travers la création constitue un aspect pertinent du rétablissement pour les personnes souffrant de troubles mentaux (Mental Health Foundation, 2004 cité dans Twardzicki, 2008). Que ce soit à travers la possibilité de communiquer ou dans l'amélioration de l'estime de soi, l'art constitue un terrain propice pour l'accompagnement des individus touchés par des problématiques de santé mentale (Staricoff, 2004 cité dans Twardzicki, 2008). De plus, dans le cadre du rétablissement, l'utilisation de l'art, sous une forme thérapeutique notamment,

constitue un moyen efficace d'accompagner un traitement plus médicalisé du bénéficiaire (Chiang, Reid-Varley et Fan, 2019).

En cela, la pratique artistique permet d'explicitier son vécu et de se centrer sur des identités positives qui vont découler de cet usage (Roe & Davidson, 2005 cités dans Slattery et al., 2020 ; King, Neilsen & White, 2013 cités dans Slattery et al., 2020 ; Van Lith, Fenner & Schofield, 2011 cités dans Slattery et al., 2020 ; Dewey, 1958 cité dans Gaiha et al., 2021). En effet, dans le cadre d'atelier de création, il est ainsi possible pour les individus souffrant de troubles mentaux de développer des identités qui ne s'arrêtent pas au statut de personne avec une problématique de santé (King, Neilsen & White, 2013 cités dans Slattery et al., 2020 ; Van Lith, Fenner & Schofield, 2009 cités dans Slattery et al., 2020).

Une étude survenue dans un processus de follow-up, une année après la participation d'individus avec des troubles mentaux à divers ateliers créatifs, a en effet pu faire ressortir cela des entretiens menés avec les bénéficiaires. Ainsi, c'est une perception identitaire multiple, ne comprenant donc pas uniquement celle de « malade » qui s'est vue dans le discours des personnes. De plus, l'art a constitué un lieu d'exploration du trouble, permettant alors de pouvoir partager plus facilement sur sa santé mentale avec d'autres individus. Les ateliers se déroulant avec des personnes partageant un vécu plus ou moins similaire, permettait alors une zone neutre d'exposition émotionnelle (Slattery et al., 2020), ce qui constitue un élément central dans le cadre d'une population touchée par la discrimination, que celle-ci soit externe ou interne. Par ce biais, c'est la possibilité de développer des éléments positifs, ainsi qu'une motivation (Van Lith, Fenner & Schofield, 2011 cités dans Slattery et al., 2020) qui s'est vue, agissant alors sur leur confiance et estime d'eux-mêmes (Spandler et al., 2007 cités dans Slattery et al., 2020). Dans cette même idée, cette confiance et estime de soi passe par la reconnaissance du fait d'être un individu participant socialement à la collectivité (Honneth, 2013 cité dans Voirol, 2006). L'art peut alors constituer un terrain important à une forme de reconnaissance sociale contribuant notamment à une plus grande confiance en soi.

À travers cela et dans l'idée du rétablissement comme conceptualisé par Jacobson et Greenley (2001), les éléments internes propres au cheminement individuel peuvent résonner avec le vécu des bénéficiaires. Ce fut notamment le cas dans une étude où diverses formes d'art étaient pratiquées et menaient finalement à une possibilité d'exposition et de valorisation des œuvres effectuées, participant alors à

un sentiment de maîtrise et d'empowerment (Jacobson & Greenley, 2001 cités dans Lloyd et al., 2007).

Dans cette perspective de l'art comme accompagnant le rétablissement à travers un développement intra-individuel de l'estime de soi et du pouvoir d'action, cette pratique semble faire écho aux dimensions centrales qui se jouent dans l'auto-stigmatisation. Dès lors, percevoir les bénéficiaires d'ateliers artistiques dans leurs vécus subjectifs de la pratique comme s'inscrivant dans leur rétablissement et leurs réactions face au stigmat, permet d'obtenir des récits centraux dans la compréhension de l'interaction des divers éléments en jeu dans l'accompagnement des personnes souffrant de troubles mentaux.

3. Question de recherche (Marie Darbellay)

Par ce regard sur la définition des divers concepts exposés en amont et par le biais d'un intérêt pour leurs théorisations, il peut être constaté que la stigmatisation comprend une multitude de niveaux qui vont se lier à l'intime de la personne qui souffre d'un trouble mental. Cette inscription interne du stigmat, par le biais de l'auto-stigmatisation, va comprendre des réactions diverses d'un individu à l'autre, comprenant l'action, l'indifférence ou l'accablement (Corrigan & Watson, 2002a). À partir de ces conceptions, le lien entre auto-stigmatisation et rétablissement comme décrit par Anthony (1993) est celui qui a grandement motivé l'axe de cette recherche.

Dans cette perspective, c'est tout particulièrement dans le cadre de l'utilisation de l'Art en atelier de réhabilitation (Césure) qui constitue notre terrain. En effet, les entretiens étant menés auprès d'une population participant régulièrement à des activités artistiques dans le cadre de leurs suivis cliniques, il semblait intéressant de préciser la question de recherche qui nous guide ainsi :

Comment le fait d'être actif, à travers la pratique artistique au sein de Césure, influence l'auto-stigmatisation ?

Il est important de ce fait de préciser comment l'entrée dans ce cadre centré sur l'art a été mobilisée dans ce projet et d'exposer ainsi les divers éléments qui ont guidé ce choix.

3.1 Cadre d'entrée dans le projet (Marie Darbellay)

La question de la stigmatisation guidait notre projet dès sa conception. Néanmoins, divers aménagements ont dû être faits à la suite de changements dans le cadre de travail de ce dernier. En effet, un désistement dans le projet que nous devons mener à l'origine et sur lequel nous pensions avoir une perspective globale sur la stigmatisation, nous a mené à devoir concevoir une approche nouvelle de la question de la stigmatisation et de la discrimination des troubles mentaux.

C'est ainsi qu'il nous a été proposé de nous insérer au sein d'une recherche effectuée auprès des bénéficiaires de l'Atelier de réhabilitation Césure. Cette inscription dans ce projet nous permettait d'aborder les questions de stigmatisation par le biais de l'Art chez des individus concernés par la maladie mentale.

L'Atelier Césure est un lieu permettant le développement artistique de ces membres et ceci par le biais de multiples formes de pratiques (Les Ateliers de réhabilitation, 2020). Nous intéressant à la question de la stigmatisation et en vue du terrain de recherche, il nous a semblé pertinent de centrer notre regard sur l'auto-stigmatisation et son rapport au rétablissement au sein du cadre de Césure. Effectivement, le projet visant à s'entretenir avec des personnes souffrant de problématiques de santé mentale et étant actives au sein de l'atelier, pouvant alors rapporter leurs vécus et un regard sur leurs pratiques, nous semblait une opportunité pour mener une recherche portant sur la perception subjective de la discrimination et du rétablissement.

Ce qui nous semblait nécessaire était alors de pouvoir nous rapprocher des narrations des personnes directement concernées par cette problématique discriminatoire afin de percevoir dans leurs récits, la subjectivité et la réaction face à l'intériorisation du stigmate et la place de leurs pratiques artistiques dans leurs cheminements de soin. Ceci nous paraissait relever d'une importance capitale, car étudier le vécu de personnes stigmatisées doit demander une inclusion des personnes concernées, afin qu'en tant que chercheur, on ne reproduise pas ce mouvement d'exclusion sociale pouvant être connu à divers niveaux par les personnes souffrant de troubles mentaux.

De ce fait, et en accord avec la méthodologie proposée par les chercheurs menant en parallèle une recherche à Césure et auxquels nous nous sommes alliés dans ce projet, c'est une méthodologie qualitative qui a guidé les entretiens et leurs analyses,

participant à cette importance du récit dans la rencontre avec les bénéficiaires de l'atelier.

L'ensemble des entretiens ont été réalisé par François Kaech, anthropologue travaillant dans la santé et expert par l'expérience. Il a également conçu et rédigé la grille d'entretien.

4. Méthodologie (Marie Darbellay)

La méthodologie utilisée dans ce projet se veut donc axée sur une volonté de compréhension de l'intime du discours des personnes interrogées. En cela, l'inscription de ce projet dans une perspective qualitative s'est avérée évidente. C'est donc à travers l'entretien semi-structuré que les entrevues ont été menées et c'est par le biais de l'analyse thématique de contenu que ces dernières ont été analysées.

Afin de mieux percevoir le cadre méthodologique de cette recherche, c'est une définition et mise en perspective de ces divers outils qui vont être ainsi décrits dans ce paragraphe de manière à mieux situer la volonté de notre étude d'être proche du récit et de la subjectivité des sujets.

4.1 Méthode qualitative (Marie Provenzano)

Afin de bien comprendre dans quelle démarche s'inscrit ce travail, il est pertinent de présenter l'utilité des méthodes qualitatives, les différents buts associés à celles-ci ainsi que ce qu'elles permettent d'apporter à cette recherche. Selon Blanchet et Gotman (2015), on peut décrire la recherche qualitative comme un ancrage dans les paradigmes subjectivistes et constructivistes. En effet, il est donc primordial de tenir compte de la subjectivité des individus et du contexte dans lequel ceux-ci évoluent. En ce sens, on peut relever que les faits observés, propres aux individus, sont considérés comme des constructions collectives ou individuelles incluses dans une réalité perpétuellement en mouvement (Blanchet & Gotman, 2015). Lorsque l'on expose ces points, on comprend alors que la recherche qualitative tend vers une compréhension de la personne dans sa globalité, en optant pour un travail de co-construction constant qui lie le chercheur et le participant dans l'élaboration commune de l'objet de recherche (Blanchet & Gotman, 2015). L'un des nombreux avantages de la recherche qualitative que l'on peut citer, en s'appuyant sur Pope et Mays (2006), se voit dans le fait que l'intérêt est porté sur le monde social et les

significations que les individus apportent en fonction de leurs différentes expériences. En effet, il est judicieux d'utiliser ce type de recherche dans le cadre de ce travail, car il s'agit de recueillir des informations sur des expériences de vie quotidiennes et bien souvent non mesurables de manière quantitative. À ce sujet, on peut notamment décrire les échanges entre individus comme étant une construction de sens s'adaptant aux contextes environnants (Laberge, 2010).

Cependant, plusieurs débats subsistent quant aux méthodes qualitatives, notamment sur le fait qu'elles peuvent parfois être qualifiées comme n'étant pas scientifique. En effet, on reproche à ce type de méthode le manque d'unification et la contradiction de certaines définitions (Pope & Mays, 2006). Par exemple, pour expliciter ces différents reproches, on peut parler du fait que certains chercheurs trouvent indispensable que la théorie guide la recherche alors que d'autres peuvent avoir tendance à trouver ce lien entre théorie et recherche trop présent. De plus, il existe également un désavantage concernant le fait que certaines données récoltées, à l'aide de méthodes qualitatives, peuvent être difficilement généralisables (Royer, 2013). Néanmoins, pour pallier ces critiques, il est légitime de voir la recherche qualitative comme étant organisée et médiée par plusieurs outils qui structurent dès lors les données récoltées et qui permettent de travailler avec sa question de recherche implicitement, tout en enrichissant celle-ci des informations récoltées sur le terrain (Braun & Clarke, 2006).

4.2 L'entretien semi-structuré (Marie Provenzano)

La recherche qualitative, précédemment définie, cherche à obtenir une vision globale de l'individu ou l'objet de recherche. En effet, on vise alors à connaître le phénomène étudié (Imbert, 2010). Pour atteindre ce but, l'entretien semi-structuré, aussi appelé entretien semi-directif, peut être un très bon outil. Cette méthode d'entretien peut se définir comme un dialogue, une discussion entre deux ou plusieurs personnes afin d'obtenir divers récits de vie, d'expériences vécues (Imbert, 2010). L'entretien semi-structuré peut être également étudié comme étant une « improvisation réglée » (Bourdieu, 1980 cité dans Blanchet & Gotman, 2015, p.19). En effet, cette technique nécessite une souplesse constante, afin d'accéder au sens que donne une personne à son vécu, mais également une technique qui va régler cette interaction (Blanchet & Gotman, 2015). Puisque ce type d'entretien peut être vu comme une conversation, celui-ci offre la possibilité de pouvoir se saisir d'histoires, d'anecdotes personnelles de l'interviewé et d'utiliser ces éléments afin

de rebondir et d'approfondir ainsi la connaissance du sujet et du contexte dans lequel celui-ci s'inscrit (Blanchet & Gotman, 2015). Cependant, bien que cette méthode de récolte de données se présente comme étant relativement libre, il est important de souligner qu'il est nécessaire pour la recherche de bénéficier d'un guide d'entretien qui sera créé et travaillé en amont (Imbert, 2010). En effet, toujours en s'appuyant sur cette idée « d'improvisation réglée » (Bourdieu, 1980, cité dans Blanchet & Gotman, 2015, p.19), le chercheur doit faire preuve d'une écoute active et laisser une place importante à l'objet de recherche, tout en essayant de poser des questions qui ne dirigent pas l'entretien ou qui apportent des éléments de réponses (Imbert, 2010).

Finalement, afin que ce type d'entretien soit bénéfique et bien réalisé, il est nécessaire, mais difficile pour le chercheur, de faire preuve d'empathie tout en gardant une distance suffisamment juste pour obtenir des données importantes (De Sardan, 2008, cité dans Imbert, 2010). Bien que l'entretien semi-structuré présente un grand nombre d'avantages, celui-ci peut être fortement déstabilisant pour le chercheur (Imbert, 2010). En effet, tel qu'expliqué par Blanchet et Gotman (2015), l'entretien peut être représenté sous forme de parcours, où un équilibre doit être trouvé : il est nécessaire d'offrir une liberté à l'interviewé, tout en posant des questions qui apportent des réponses aux questionnements de la recherche. Ce type de dialogue ne peut donc pas se définir comme un entretien purement technique ou encore telle qu'une discussion comme une autre (Blanchet & Gotman, 2015).

4.3 L'analyse thématique de contenu (Marie Provenzano)

Dans les différentes approches qualitatives, on peut considérer l'analyse thématique comme une méthode de récolte de données largement utilisée en psychologie (Roulston, 2001 cité dans Braun & Clarke, 2006). Cette technique permet une organisation des données en passant par une identification, une présentation de différents thèmes ainsi qu'une analyse détaillée et riche des éléments saillants (Braun & Clarke, 2006). L'utilisation de thème offre la possibilité d'avoir une vision globale et de comprendre plusieurs éléments qui servent de support à la question de recherche. En effet, lors du codage de l'entretien, on peut observer des récurrences, des sujets sous-jacents qui constituent un fil rouge important et cela représente nécessairement une force pour la question de recherche (Braun & Clarke, 2006). Afin de bien comprendre le fonctionnement de cette méthode de récolte de données, on peut diviser ce processus en plusieurs étapes. En effet, on peut tout d'abord

s'attarder sur la retranscription d'entretiens semi-structuré qui constitue, selon Riessman (1993, cité dans Braun & Clarke, 2006), un aspect important dans la familiarisation des éléments verbaux récoltés. Bien que le fait de retranscrire peut paraître ennuyant ou comme se rapprochant d'un automatisme, cela constitue une étape fondamentale dans les premières interprétations et la confrontation aux différents sujets abordés (Lapadat & Lindsay, 1999 cités dans Braun & Clarke, 2006). Dans un deuxième temps, il s'agit d'identifier les aspects plus implicites ou latents que l'on peut rassembler sous le terme de code. Ainsi, il est important de couvrir tous les extraits de l'entretien et de les catégoriser de cette manière. Ensuite, une fois que les étapes précédentes ont été réalisées, on peut désormais trier ces codes afin de former de possibles thèmes. La réflexion sur différents thèmes, sous-thèmes en découlant, consiste en une étape clé dans ce processus. En continuant sur cette lancée, la prochaine phase peut se résumer en un affinement des thèmes regroupés : observer si certains peuvent se rejoindre ou à l'inverse en créer d'autres. À la suite de cela, il s'agit de définir et de donner des noms aux différents thèmes trouvés. À l'aide de ceci, on peut alors se concentrer sur ce qu'il y a d'intéressant dans un extrait et de considérer en quoi celui-ci est important pour la recherche menée. Finalement, dans le cadre d'une analyse thématique, le chercheur doit créer un rapport qui contient les différentes phases susmentionnées en identifiant les difficultés rencontrées ou encore de démontrer l'importance des thèmes, sous-thèmes et codes récoltés (Braun & Clarke, 2006).

Bien évidemment, quelques limites sont à mentionner. En effet, selon Braun et Clarke (2006), bien que cette méthode permette d'obtenir un grand nombre de données à analyser, cela peut constituer un désavantage dans le sens de la difficulté d'en ressortir un fil rouge et de se concentrer sur ce qui peut être réellement probant (Braun & Clarke, 2006). De plus, cette méthode d'analyse peut s'avérer complexe dans l'interprétation. En effet, pour que les différents résultats soient interprétés de la meilleure manière possible, il est primordial de garder une théorie, offrant ainsi un cadre qui permet d'appuyer les éléments mis en avant (Braun & Clarke, 2006).

4.4 Participants et recrutement (Marie Darbellay)

Sur la base de la méthodologie susmentionnée, ce sont au total douze bénéficiaires des Ateliers Césure qui ont été insérés dans ce projet de recherche, et ainsi, avec lesquels des entretiens semi-structurés ont été menés.

Les informations concernant les personnes rencontrées sont relativement sommaires, et ceci dans le respect du cadre d'activité de Césure qui s'appuie notamment sur un regard centré sur l'individu dans son intégralité, et non dans une perspective anamnétique en regard du diagnostic des bénéficiaires. De plus, en vue du milieu dans lequel s'insère notre recherche, comprenant des personnes collaborant et échangeant de manière régulière dans un cadre où le nombre de bénéficiaires est peu élevé, il nous paraît important de traiter les données avec une sensibilité pour la confidentialité importante. Ainsi, notre présentation des participants à la recherche se base sur des informations globales et ne permettant pas un lien entre le discours et la personne interrogée.

Ainsi, ce sont sept femmes et cinq hommes qui ont été rencontrés. Chacun s'est vu attribuer un nom d'emprunt auquel nous ferons donc référence pour l'ensemble de ce travail. Pour les femmes, il s'agit de : Céline, Catherine, Nathalie, Laurence, Tania, Hélène et Sophie. Pour les hommes : Patrick, Martin, Jérôme, Eric et Matthieu. L'âge de ces derniers se voit compris dans une tranche débutant à 29 ans et allant jusqu'à 58 ans. Les profils professionnels sont très variés, allant de personnes ayant fait une attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) ou un certificat fédéral de capacité (CFC), sans formation ou ayant intégré des écoles ou autres centres professionnels avant un arrêt en lien avec des difficultés psychiques. De manière générale, les personnes interrogées sont toutes au bénéfice d'une aide sociale pouvant être l'assurance-invalidité (AI), le revenu d'insertion (RI) ou un autre type d'aide sociale. C'est donc une absence d'emploi qui se retrouve majoritairement chez les participants. La situation matrimoniale des participants se voit également multiple. Certains sont mariés ou en concubinage, parfois avec des enfants et d'autres se sont déclarés célibataires.

Le recrutement des participants s'est fait sur la base du volontariat. Par le biais d'un pair-chercheur inséré dans le projet de base sur le rétablissement initié par le CHUV, et participant aux activités artistiques menées par Césure, il nous a été possible de visiter les ateliers et de rencontrer certains bénéficiaires afin de présenter la recherche que nous menions. Par la suite, le pair-chercheur présent sur les lieux a ainsi pu nouer des contacts avec les personnes interrogées et par un effet boule-de-neige, ce sont donc douze entretiens qui ont été menés. Nous avons ainsi été amenées à nous entretenir chacune avec un bénéficiaire de manière conjointe avec le pair-chercheur. Les dix autres entretiens ont donc été menés par le pair-chercheur uniquement.

4.5 Information et consentement (Marie Darbellay)

Une première phase d'informations a donc été initiée par le biais de nos visites des Ateliers Césure. Lors de ces deux visites, nous avons pu échanger avec les bénéficiaires sur la recherche en cours, notre intérêt spécifique sur la question de la stigmatisation, ainsi que sur le cadre dans lequel nous nous inscrivions dans la perspective de réaliser notre Mémoire. Par la suite, ce sont majoritairement des communications internes aux Ateliers qui ont été données via le pair-chercheur ou via l'encadrement professionnel à Césure.

Une fiche de consentement a été signée par chaque interviewée en amont de l'entretien. Celle-ci comprenait ainsi l'objectif de la recherche globale menée par le CHUV, le déroulement de la recherche, les droits associés aux participants comprenant la possibilité pour chacun de se retirer de celle-ci à tout moment, ainsi que le fait qu'il y ait un enregistrement dont la destruction était garantie et une anonymisation stricte des données. Les noms et éléments pouvant permettre une forme d'identification des bénéficiaires ont donc été anonymisés afin de ne pas pouvoir relier le contenu des verbatims avec les personnes interviewées. La confidentialité a été rappelée par écrit, mais également par orale, tout comme le reste des instructions figurant sur la fiche de consentement. Les douze bénéficiaires interrogés n'ont montré aucune réticence a priori à participer aux entretiens. Un treizième entretien programmé n'a néanmoins pas pu donner suite en vue du refus du bénéficiaire de se faire enregistrer.

4.6 Guide d'entretien (Marie Darbellay)

Le guide d'entretien mobilisé pour cette recherche comprenait diverses parties permettant de retracer le parcours du bénéficiaire interrogé dans une certaine perspective temporelle. L'ensemble de l'entretien possédait comme fil rouge la notion de « voie » et « voix ».

Ainsi, dans un premier temps, ce fut le parcours de vie qui fut interrogé, dans la perspective de questionner le passé et alors la possible perte de son cheminement de vie (« sa voie »), mais également de sa capacité à se mobiliser socialement notamment (« sa voix »). Dans ce premier axe, il était proposé aux bénéficiaires de retracer leurs histoires sous l'input des interventions du chercheur-pair. C'est dans cette entrée dans l'entretien que fut notamment mentionné les thématiques de la santé, de la société (au sens large, comprenant à la fois les proches et l'intégration

sociale) et la question de l'auto-stigmatisation. Ce point central dans notre étude fut interrogé sous le prisme du sentiment d'exclusion et de rejet social possiblement ressenti par certains bénéficiaires.

Le second axe de l'entretien était orienté sur le présent. La « voie » et « voix » ici mentionnée s'inscrivait dans la vision de la pratique artistique au sein de Césure comme pouvant accompagner certaines dimensions de réappropriation de son parcours et de sa place en société. Cette partie se centrait donc sur des questionnements liés à la création et à son rôle dans le cheminement de rétablissement vécu par les bénéficiaires des Ateliers. Cela permettait ainsi de remettre en perspective certaines notions abordées dans la partie concernant le passé et d'élaborer sur certains enjeux de la pratique artistique actuelle en regard de leurs parcours de vie.

Un dernier axe mobilisé fut celui centré sur le futur et ainsi l'idée de pouvoir se réaliser et s'exprimer dans ce processus de rétablissement incluant l'art comme médium. Cet axe s'orientait donc sur les projets à venir ou encore les besoins des bénéficiaires au sein de Césure.

Une dernière partie conclusive permettait de revenir sur l'entretien dans son ensemble et d'éventuelles remarques à faire à son sujet.

L'entretien se voulant semi-structuré et axé sur l'écoute bienveillante, les diverses interventions lors de celui-ci gardaient une perspective ouverte sur le récit de la personne et sur ce qu'elle voulait déposer. Les diverses parties ne sont donc pas également distribuées et des retours sur les thématiques ont ainsi été possibles.

4.7 Méthode d'analyse des données (Marie Provenzano)

La procédure d'analyse des données s'est effectuée en deux temps. Une fois les entretiens menés et enregistrés à l'aide d'un magnétophone, ceux-ci nous étaient envoyés via WeTransfer. La retranscription de ceux-ci était alors menée à l'aide du logiciel Express Scribe (NCH Software, s.d.). Ce logiciel permettant de manipuler l'audio et sa vitesse de manière effective afin de faciliter l'écriture des verbatims. Nous avons ainsi retranscrit chacune six entretiens par ce biais.

Une fois les entretiens retranscrits et homogénéisés dans la méthode de retranscription. Nous avons mobilisé MAXQDA Plus 2022 (VERBI Software, 2021) afin de procéder aux codages des verbatims. Ce processus a alors débuté par un codage libre sur un entretien de toutes les interventions du bénéficiaire. Afin de pouvoir assurer une fiabilité inter-juge satisfaisante, chaque codage a été réalisé de

manière séparée et indépendante puis mis en commun par la suite afin de discuter des possibles différences ou, à l'inverse, de regrouper les similitudes récoltées. Puis, un affinage des thèmes et de leurs nominations s'est déroulé dans un second temps via un regard sur notre base conceptuelle. A partir de cela, ce sont les onze autres entretiens qui ont été codés et divers nouveaux codes sont venus agrandir notre liste avec l'avancée de ce travail d'analyse.

Par la richesse des entretiens et notre intégration au sein d'un projet plus vaste, nous sommes arrivées à une liste de codes fournie. Il est nécessaire de souligner que cette liste de code a tout d'abord été présentée à notre directrice de Mémoire et que des modifications et ajustements ont été réalisés suite à cela. De plus, puisque nous faisons partie d'un projet de recherche plus large, nous avons pu discuter de notre arbre de codes avec les responsables du projet qui ont alors pu confirmer la vision de notre travail. Finalement, à la suite de cette rencontre enrichissante, nous avons convenu qu'un travail de codage serait aussi mené en parallèle par François Kaech, ceci conduirait ainsi à des échanges concernant la partie analytique qui peuvent s'inscrire au-delà de notre travail de Mémoire.

Finalement, puisque notre intérêt dans ce cadre de recherche se situe sur la question de l'auto-stigmatisation et de l'impact de la pratique artistique sur celle-ci, nous ne mentionnerons pas, lors de l'analyse, tous les thèmes codés mais uniquement ceux faisant référence à notre question de recherche.

5. Résultats (Marie Darbellay et Marie Provenzano)

Les entretiens ont permis de faire ressortir des thèmes communs aux douze entrevues. Notre projet portant sur la question de la pratique artistique et de son impact sur l'auto-stigmatisation, nous avons ainsi pu ressortir des interviews menées diverses thématiques permettant d'appuyer notre intérêt dans cette recherche. Ainsi, ce sont deux axes principaux qui seront mobilisés dans ce cadre : le vécu d'auto-stigmatisation et la pratique artistique et créatrice.

Tableau synthétique des thèmes, sous-thèmes et catégories :

| Thèmes | Sous-thèmes | Catégories |
|---------------------|---------------------------------------|---|
| Auto-stigmatisation | Conscience de la norme et du stigmaté | Conscience des préjugés |
| | | Volonté de s'intégrer malgré un inconfort |
| | | Conscience du stigmaté associé aux aides sociales |

| | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| | Anticipation du stigmat | Peur du jugement |
| | | Peur de ne pas être à la hauteur |
| | Impacts de l'auto-stigmatisation | Isolement |
| | | Anticipation de l'incapacité |
| | | Moindre recherche de soins |
| | | Identité de malade |
| | | Honte |
| | | Baisse de l'estime de soi |
| | Passivité | |
| La pratique artistique et créative | L'apport de la participation à Césure | Retrouver un cadre |
| | | Être encadré |
| | | Lien aux autres bénéficiaires |
| | | Valorisation d'autres identités |
| | | Ressentis positifs |
| | | Intégration sociale |
| | | Empowerment |
| | | Espoir |
| | Reconnaissance | |

5.1 Le vécu d'auto-stigmatisation (Marie Darbellay)

Le vécu d'auto-stigmatisation est un thème central de notre projet et cela notamment en vue de notre recherche orientée vers la compréhension de ce vécu et son insertion dans l'histoire de la personne dans le cadre de son activité artistique actuelle. Les entretiens ont ainsi pu mettre en avant des éléments se référant autant à la thématique de l'auto-stigmatisation qu'à divers sous-points de cette thématique. En effet, alors même que certains bénéficiaires n'utilisaient pas le terme d'auto-stigmatisation de manière explicite, ils pouvaient tout de même rapporter dans leurs discours des formes de résultantes comportementales ou cognitives d'une intégration du stigmat associé aux troubles mentaux.

Le thème de l'auto-stigmatisation a pu ainsi être d'une part explicitement partagée dans le discours des participants de la recherche, mais également sous le prisme de sous-thèmes nommés ainsi : la conscience de la norme et du stigmat, l'anticipation du stigmat et l'impact de l'auto-stigmatisation sur les bénéficiaires.

1. Auto-stigmatisation (Marie Darbellay)

L'auto-stigmatisation a été explicitée par certains bénéficiaires de manière directe, se rapportant ainsi à leurs vécus d'intériorisation du stigmaté. Martin témoigne alors du fait d'avoir mal vécu ces difficultés liées à sa maladie psychique le freinant dans ses formations. Ce sentiment n'était alors pas nécessairement imputé par les autres, mais il rapporte plutôt une perception de lui-même empreinte d'une auto-stigmatisation :

M : « ...mais surtout beaucoup d'auto-stigmatisation. » (...) « Fin, moi c'est, j'étais pas touché si les gens disaient « ah tu travailles pas, t'es... » (...) « ...fin ou « t'arrives pas » et tout ça, ça m'touchait pas mais plus, j'ai plus été victime par ma. » (...) « Par mon propre jugement. »

Catherine se réfère également à ce sentiment d'auto-stigmatisation. Elle expose alors son impression d'avoir été socialement en marge et lorsque son sentiment d'auto-stigmatisation fut interrogé, elle répondit que ce dernier se voyait présent de manière quotidienne :

C : « Oui. Mais c'était constant. »

1.1 Conscience de la norme et du stigmaté (Marie Darbellay)

La conscience de la norme et du stigmaté est un élément qui s'est retrouvé dans le discours de certaines des personnes interrogées. Cette manière de percevoir la société et son regard, a ainsi laissé place dans le discours à divers éléments témoignant de cette intériorisation de la vision sociale de leurs situations. C'est ainsi la conscience des préjugés, la volonté de s'intégrer malgré un inconfort et la conscience du stigmaté associé aux aides sociales qui ont pu être rapportés dans les récits des bénéficiaires.

1.1.1 La conscience des préjugés

Certains bénéficiaires ont pu témoigner d'une certaine conscience des préjugés associés aux troubles mentaux. Ils ont ainsi pu rapporter un discours comprenant des termes péjoratifs associés aux vécus du trouble mental et ainsi à la perception sociale de la souffrance psychique. Cette adhésion au stigmaté se voit notamment rapportée dans le témoignage de Jérôme. Lorsque la discussion se tourna vers la notion de préjugés, Jérôme exprime l'intériorisation du préjugé de « la folie » qui

avait alors mené à percevoir négativement le bilan proposé à Cery dans le cadre de sa demande AI :

J : « *(inspiration) Euh c'est la première chose euh que j'ai dit à un psy mais on, on m'envoie chez les fous mais j'suis pas fou.* »

Une autre bénéficiaire, Catherine, a pu témoigner également de cette perception sociale du fait d'être prise en charge dans le cadre de la santé psychique, rapportant alors un discours empreint des préjugés communs de la maladie mentale. Ceci témoignant alors de la conscience du stigmate associé aux maladies psychiques et de l'intégration des croyances sociales au sein du récit :

C : « *Parc'que on, nous ils ont, les gens d'l'extérieur ont tendance à dire que Cery c'est des euh, c'est des zinzins.* »

1.1.2 La volonté de s'intégrer malgré un inconfort

Une partie des bénéficiaires ont pu partager sur la volonté de s'intégrer socialement malgré une forme d'inconfort. Ainsi, Jérôme rapporte cette sensation de devoir agir comme les autres et ainsi intégrer la norme prédominante malgré ce sentiment que cela ne lui convenait pas en vue de ses difficultés :

J : « *J'me sentais pas comme les autres* » (...) « *D'être comme les autres mais...* » (...) « *...je euh. J'voulais dire qu'ça m'convenait pas.* »

Dans un mouvement autre, Patrick a également témoigné de son impression d'avoir vécu longtemps selon les codes sociaux qu'ils percevaient, cherchant ainsi à entrer dans une forme de catégorie sociale non marginale :

P : « *A savoir euh, euh tu m'aurais dit un jour, tu mets un pull avec une sucette. J't'aurais rgarder et, à part pour aller danser parc'que voilà, on peut être original à c'moment.* » (...) « *Mais j't'aurais rgarder, j't'aurais dit mais hé oh, ça va ou tu (inspiration)...* » (...) « *...tu débloques.* »

1.1.3 La conscience du stigmate associé aux aides sociales

Plusieurs bénéficiaires ont amené la thématique des aides sociales dans leurs discours et ceci notamment dans la manière dont celles-ci se percevaient au niveau sociétal, témoignant par ce biais de la manière dont ils pouvaient eux-mêmes intérioriser ce regard critique et ainsi s'auto-stigmatiser dans leurs vécus du trouble et par extension de la prise en charge à un niveau administratif de celui-ci. Dans

l'entretien effectué avec Eric, cette dimension est abordée lorsque sa pratique au sein de Césure est questionnée. Il soutient alors que son art lui permet d'avoir un sentiment d'utilité contrastant avec le fait qu'il soit bénéficiaire de l'AI. Il émet alors un discours rapportant une forme d'improductivité sociétale :

E : « *Puis c'qu'on peut pas dire qu'j'suis tellement utile par la, par rapport qu'j'suis à l'AI.* »

Cette intériorisation du statut associée au fait d'être à l'aide sociale et ainsi de ne pas travailler se voit également dans le discours d'Hélène. La désinsertion professionnelle se voit dans son parcours comme impactant fortement sa perception d'elle-même et elle rapporte ainsi l'impression d'une forme d'isolement social en lien avec l'absence d'emploi. Elle associe alors cela à une perte de valeurs aux yeux d'elle-même en vue du regard social relié au fait d'être actif professionnellement :

H : « *...la dignité vous la perdez lorsque vous n'avez plus d'travail. A partir du moment où vous gagnez plus votre vie euh.* »

1.2 Anticipation du stigmat (Marie Provenzano)

À la suite des entretiens menés, plusieurs éléments concernant une anticipation du stigmat ont pu également être relevés à travers le discours des bénéficiaires. En effet, dû notamment à une intériorisation du stigmat pouvant être plus ou moins prononcée, on remarque des éléments de réponse qui peuvent se rattacher parfois à une retenue ou à une difficulté à se projeter dans diverses situations. À la lumière de l'analyse de ces différents discours, on peut alors montrer la présence d'une certaine peur du jugement ou encore une crainte de ne pas être à la hauteur.

1.2.1 La peur du jugement

Dans un premier temps, la notion de la peur du jugement peut être observée lors d'un entretien avec Catherine lorsqu'il est question de possibles projets d'avenir, plus précisément sur un éventuel retour sur le marché du travail. En effet, l'une des premières craintes qu'elle mentionne en se questionnant sur le domaine professionnel auquel elle aspire, concerne un ressenti de jugement qui semble être sous-jacent à cette impossibilité de se projeter :

C : « *ouais mais...* » (...) « *Moi c'est toujours cette, cette crainte d'être jugée...* » (...) « *Moi c'est toujours cette, cette crainte d'être jugée...* » (...) « *Cette crainte d'être p, fin moi je, c'est c'que j'aime ici c'est la communication pour moi c'est important de s'dire les choses en face et dans l'monde*

professionnel dans la, le monde actif, les gens ont peur de dire les, les vérités. »
(...) « J'aurais peur de m'faire juger. »

Toujours dans cette thématique de la peur du jugement, il a été possible de retrouver chez Patrick une anticipation d'un jugement de la part de ses proches, spécifiquement de sa tante dans ce cas-là, qui pouvait lui créer une peur. Cela le retenait alors d'annoncer son souhait de se réinsérer dans le domaine du social dans lequel il souhaite exercer :

P : « J'ai, j'avais une barrière de plus avec ma tante parce que j'osais pas trop lui dire écoutes euh j'envisage de, mais j'précise, j'vais pas sortir d'l'AI. » (...)
« Parc'qu'euh... » (...) « ... c'est juste pas... » (...) « ... possible pour moi. »

Une composante qui a également été observée dans le discours de Patrick démontre qu'il est parfois préférable, selon lui, d'employer d'autres termes lorsqu'il s'agit d'expliquer aux autres l'activité artistique qu'il exerce. En effet, la citation suivante met en avant l'idée que la société pourrait percevoir le fait de faire de la peinture comme étant synonyme de ne rien faire. En ce sens, il exprime que certains peuvent modifier leurs discours par anticipation du jugement négatif porté :

P : « Tu vois. (inspiration) Mais bon. Des fois, c'est vrai qu'y en a certains qui disent : « ah j'viens aux arts plastiques », ça fait mieux parce que si on dit on court à la peinture : « ah mais tu fais rien d'tes journées alors » ».

1.2.2 La peur de ne pas être à la hauteur

En poursuivant l'analyse du sous-thème « anticipation du stigmatisme », on peut également relever un sentiment de peur sous-tendue par un ressenti de ne possiblement pas être à la hauteur. Afin d'illustrer cette catégorie, nous pouvons porter une attention particulière au discours de Nathalie qui souligne son ressenti lorsque celle-ci se replonge dans ses expériences professionnelles passées. En effet, en s'imaginant devoir recommencer un emploi, Nathalie donne la réponse suivante :

N : « Pis ça m'fait peur aussi pour euh. Si j'veux retravailler un jour. Enfaite c'est quequ'chose qui m'fait extrêmement peur euh de pas être à la hauteur. »

1.3 L'impact de l'auto-stigmatisation

L'impact de l'auto-stigmatisation sur le vécu des bénéficiaires a été rapporté via divers éléments témoignant d'une certaine intériorisation du stigmatisme. En effet,

l'auto-stigmatisation n'étant pas toujours rapportée de manière explicite, certains usagers pouvaient alors faire référence à des conséquences de celle-ci sur de nombreux plans de leurs parcours. L'isolement social, l'anticipation de l'incapacité, la moindre recherche de soins, une identité centrée sur celle de malade, la honte, une baisse de l'estime de soi ainsi qu'une passivité sont des éléments qui ont pu être témoignés par les bénéficiaires.

1.3.1. Isolement (Marie Provenzano)

L'une des composantes de l'impact de l'auto-stigmatisation sur le vécu des participants à cette recherche concerne celle de l'isolement. A travers plusieurs réponses, cet élément a effectivement pu être discuté. Par exemple, dans le témoignage de Jérôme, le sentiment de mise à l'écart provoqué notamment par un ressenti personnel qui différait des autres s'est vu grandir et l'empêchait parfois d'entrer en relation :

J : « Oui. Je trouvais jamais ma place. » (...) « J'avais jamais l'impression d'être partie d'une équipe. » (...) « Je, j'arrivais pas à m'intégrer. C'est, c'est vrai qu'ce p'fou. Le mot équipe me faisait à quelque part mal au ventre parce que je. (claquement de langue) J'me sentais pas comme les autres. »

Grâce à différentes réponses, on peut également remarquer que l'isolement pouvait parfois être présenté comme la résultante d'un sentiment personnel d'exclusion sociale. En effet, ce sujet est amené par Catherine une fois qu'un questionnement sur le fait de s'être sentie exclue, diminuée ou rejetée comme citoyenne a été posé. Par la situation suivante, on observe donc qu'elle s'auto-impute ce sentiment de marginalité et qu'elle se trouvait donc isolée du reste de la société :

C : « Oui moi non j'faisais plus du tout partie d'la société hein. Plus du tout. J'ai, non non, j'étais pour moi j'étais une exclue parc'que... » (...) « ... j'pensais pas comme les autres j'vivais pas comme les autres. »

Finalement, on peut également considérer la catégorie de l'isolement comme étant un moyen de ne pas partager sa souffrance psychique ou encore, tel que Martin l'exprime, comme un souhait de ne pas laisser la maladie mentale teinter et péjorer tout type de relation. En ce sens, on comprend alors que certains bénéficiaires s'isolent afin de préserver d'autres individus ainsi qu'eux-même :

M : « ...mais j'avais pas envie d'imposer ça dans, dans une relation... » (...) « ... donc j'vivais très seul, j'avais des amis. » (...) « Mais je, c'est vrai que j'suis, j'ai vécu la souffrance dans la solitude. » (...) « j'me suis auto, auto-eclu (exclu) ».

1.3.2 L'anticipation de l'incapacité (Marie Darbellay)

C'est dans le récit de Catherine que ce sentiment d'incapacité axé sur l'anticipation que les choses ne fonctionneront pas, est notamment rapporté. Elle témoigne ainsi du fait qu'elle ait tenté de se réinsérer professionnellement, mais qu'en vue de sa difficulté à le faire dans un cadre protégé, il serait impossible de pouvoir le faire dans un cadre professionnel classique :

C : « ... non j'ai j'ai essayé justement de, de, de, de rfaire du travail, de, de, de rtravailler dans des, dans des endroits protégés mais euh, si j'arrive pas dans ces endroits-là qui sont protégés, j'y arrivrais pas dans les endroits où on l'est pas du tout. »

Jérôme témoigne également de cela, toujours dans une perspective professionnelle. En effet, à la fin de sa scolarité, il s'est vu présenter une liste de professions possibles dont il en sélectionna une de manière hasardeuse car il ne se sentait pas être capable de faire les autres :

J : « Parc'que aucun vraiment euh j'me sentais euh, apte... » (...) « ...à l'assumer complètement. »

Ce sentiment de ne pas être à la hauteur, provoquant donc un sentiment de peur, peut être également observé chez Nathalie avec l'ajout d'un élément expliquant que ses différents ressentis peuvent parfois l'empêcher de réaliser certains projets qu'elle souhaitait entreprendre et dès lors mener à ne pas tenter certaines choses :

N : « pis enfaite... » (...) « ...ça m'a fait... » (...) « ...tellement peur de revivre ça et pis tout que j'ai abandonné enfaite. »

1.3.3 La moindre recherche de soins (Marie Darbellay)

Une dimension émanant du récit des bénéficiaires et se retrouvant dans les impacts liés à un processus d'auto-stigmatisation se voit dans une moindre recherche de soins. Dans le récit de Jérôme, le fait de ne pas s'insérer dans un processus de soin était notamment lié à une vision du soin psychique comme étant empreinte d'une intériorisation du stigmate de « la folie ». Se soigner dans des établissements

psychiatriques ou auprès de psychologues se perçoit alors sous le prisme des préjugés sociaux qui l'accompagnent et dès lors, il mentionne la difficulté qu'il a pu avoir à se rendre compte des prestations de soins existantes :

J : « ...c'est très difficile euh de remonter et de se dire euh voilà y a des institutions pour. »

Catherine mentionne également cela sous une autre perspective. En effet, elle exprime avoir vécu sa souffrance psychique seule avant son hospitalisation et ceci notamment car la demande d'aide pour elle était freinée par une forme d'auto-exclusion :

C : « Donc euh, non non j'me suis sentie exclue p, pis au début j'ai pas eu cette aide justement, j'me suis, j'ai été toute seule, avant d'être hospitalisée j'étais, j'me sentais seule parc'que j'avais, j'avais pas d'aide, j'l'avais pas demandé aussi... » (...) « ... parc'qu'j'osais pas... » (...) « ... l'faire. » (...) « j'osais pas la dmander. »

1.3.4 Identité de malade (Marie Darbellay)

Le récit des personnes interrogées a pu faire apparaître une sous-thématique en lien avec l'impact de l'auto-stigmatisation comme étant de l'ordre de l'identification au statut de personne souffrant d'un trouble mental. Cette dimension s'exprime alors comme étant une véritable perception identitaire du soi comme étant celle d'une personne ayant un trouble. Patrick exprime ceci à travers le regard qu'il portait sur lui-même et ceci notamment dans la manière dont il pouvait parler de lui. Il avait alors une présentation de soi axée sur son identité de malade :

P : « Je suis, au départ, j'étais, j'disais ma maladie, je suis borderline (bruits parasites). Je disais pas j'ai une problématique bordelamamam (bruits parasites)... »

Matthieu exprime également ceci à travers son historique professionnel. En vue de ses problématiques de dépendance, il a eu accès à un traitement médicamenteux lui permettant de se rendre à son travail. En cela, il se percevait sous le prisme de son addiction et non pas comme une personne prise en charge médicalement :

M : « Voilà mais c'est quand même une, j'suis quand même à, indi, indi (balbutiements), enfin... voilà j'ai j'ai, j'me sentais pas comme un soigné mais

j'me sentais comme un toxicomane euh où on lui donnait euh la permission de (rires) fin voilà c'est un peu étrange le sentiment qu'j'avais. »

1.3.5 Honte (Marie Provenzano)

En recueillant certains discours, nous avons pu découvrir que la honte pouvait se retrouver dans l'un des impacts de l'auto-stigmatisation et que ce sentiment touchait parfois certains participants. Par exemple, lors d'un entretien avec Nathalie, celle-ci évoque un ressenti de honte notamment lorsqu'il est question de l'obtention de l'aide sociale dont elle est bénéficiaire. À ce sujet, elle mentionne le fait qu'elle pouvait se sentir triste et honteuse et qu'elle aurait pu travailler au lieu d'obtenir l'assurance invalidité :

N : « Bah d'un côté j'étais contente et pis d'un côté j'étais un peu triste parc'que j'me disais que je, j'aurai quand même (silence) pu travailler où. J'avais, j'avais quand même une envie de pas être à charge d'la société donc euh (inspiration) en même temps j'étais qu, un peu honteuse et triste quoi. Mais en même temps soulagée. »

De plus, nous pouvons également retrouver un sentiment de honte induit par la souffrance psychique, qui peut amener certains bénéficiaires à ne pas vouloir se montrer à leurs proches. Pour illustrer cela, il est intéressant de s'axer sur le discours de Catherine qui rapporte qu'elle était dans l'impossibilité de continuer à voir ses proches, tant elle avait honte de son état actuel :

C : « Bah j'voyais personne donc euh... » (...) « (voix rieuse). J', ouais, même, même mes parents hein pendant une année j'les ai pas vu. » (...) « C'est, oui oui ça, ça, c... c'était impossible pour moi d'aller les voir dans c'état. J'avais honte. J'voulais pas... » (...) « ... qui m'voient comme ça (voix rieuse). »

1.3.6 Baisse de l'estime de soi (Marie Provenzano)

Les données issues des différents entretiens ont pu parfois mettre en exergue une forte baisse de l'estime de soi qui pouvait impacter de manière directe quelques bénéficiaires de Césure. En observant cela, on peut relever le discours de Jérôme qui traduit, dans certains extraits, qu'un sentiment d'infériorité et un sentiment de ne pas réussir à faire pareil que les autres a pu apparaître lorsque celui-ci se comparait aux autres individus rencontrés :

J : « *je, je me sentais très inférieur aux autres et j'ai.* » (...) « *Si les autres faisaient que chose et que j'y arrivais pas. J'ai, j'ai, j'avais c'complexe d'être inférieur, d'me dire mais pourquoi j'arrive pas. Je, j'ai (balbutiement) les autres y arrivent bien, j'suis pas plus con qu'les autres (voix rieuse) quoi mais...* » (...) « *...à quelque part oui quoi (rires).* »

Dans cette même idée, nous pouvons repérer dans le discours de Catherine que sa souffrance psychique a pu impacter son estime d'elle-même et qu'elle a pu reconnaître une différence, dans le sens de perte de confiance en elle, qui a pris une place importante à un moment de sa vie :

C : « *Pis j'me suis, j'me suis cloîtrée dans un, dans mes pensées en fait j'étais seule avec mes pensées. Pis mes pensées négatives.* » (...) « *Donc euh y'avait rien qui, y'avait rien qui m'aidait à, à prendre confiance.* » (...) « *A récupérer cette confiance.* »

1.3.7 Passivité (Marie Darbellay)

Certains entretiens ont pu mettre en avant une forme de passivité ou d'inactivité dans le vécu de la maladie et du soin chez certains bénéficiaires. C'est ainsi une sorte de désintérêt pour soi-même ou pour sa prise en charge qui peut se percevoir ici. Patrick mentionne cela exprimant que lors de sa prise en charge via l'arthérapie, il ne percevait pas un exercice d'auto-portrait de manière adéquate, car il ne se souciait pas réellement de lui-même. Il évoque alors une forme de distance avec lui-même et avec sa prise en charge :

P : « *...moi j'm'intéressais pas à moi euh, j'm'en fichais d'moi.* »

Cet aspect est à nouveau mentionné par Patrick dans l'idée que son rétablissement était auparavant vécu de manière presque superficielle :

P : « *Avant j'le survolais.* »

Hélène fait également part de cette forme d'inactivité mentionnant notamment que le fait de devoir s'auto-motiver dans le cadre de Césure peut représenter une limite pour elle. Une certaine forme de passivité peut ainsi se percevoir dans son discours ou le fait de devoir être acteur unique de sa production se voit complexe et un modèle alors moins responsabilisant serait agréable, faisant ainsi écho aux

perceptions du soin en santé mentale axé sur un processus où le bénéficiaire serait en quelque sorte infantilisé :

H : « ...on n', des fois (rire bref) euh moi j'suis un peu fatiguée pis j'me dis ah si m', si c'était un cours et pis qu'on m'prenait par la main euh. »

5.2 La pratique artistique

La pratique artistique et créative faite dans le cadre des Ateliers Césure est un second axe central dans le cadre de notre projet. En cela, les entretiens ont permis de faire ressortir de nombreux thèmes liés à l'apports de la création sur le site de Cery sur le vécu de la souffrance psychique des personnes interrogées.

2.1 L'apport de la participation à Césure (Marie Provenzano)

Les échanges durant les entretiens ont permis de faire ressortir divers apports liés à la pratique créative et ce sont ainsi les sous-thèmes suivants qui ont été décelés : retrouver un cadre, être encadré, le lien aux autres bénéficiaires, la valorisation d'autres identités, les ressentis positifs, l'intégration sociale, l'empowerment, l'espoir ainsi que la reconnaissance en lien tout particulièrement avec le fait de faire de l'art de manière globale.

2.1.1 Retrouver un cadre

Le fait de retrouver un cadre fut un élément mentionné dans le discours des bénéficiaires. Ce fut alors l'idée que la pratique au sein de Césure permettait la redécouverte d'un rythme et d'une forme de structure du quotidien, soutenant ainsi le cheminement de rétablissement. Jérôme a communiqué cela lorsqu'il lui fut demandé si sa participation à Césure lui permettait de se sentir soutenu dans son quotidien et l'accompagnait vers un bien-être. Jérôme souligna alors que c'était complexe de se situer vis-à-vis de cela, mais que l'apport était notamment situé sur le cadrage que l'activité lui permettait d'avoir dans sa vie de tous les jours :

J : « *Fin ça apporte euh quel'chose dans mon quotidien sur le point euh (inspiration) euh ou, ouais ça me donne de nouveau un rythme, une habitude...* »

Cet apport en termes de rythme est également souligné par Martin, qui évoque sa pratique artistique qui le mena parfois à une forme de frénésie artistique où la peinture pouvait alors occuper l'entièreté de sa journée. Cet investissement le soutenait dans son quotidien et son entrée à Césure fut ainsi une opportunité créatrice, mais également soutenant vis-à-vis de la structuration de son quotidien :

M : « *Et puis euh (silence). Ensuite, c'est, c'est, c'est vrai qu'la peinture et le euh le, le dessin ça a été un, ça m'a sauvé quoi en fin d'compte, ça m'a permis de trouver une activité au quotidien, de pouvoir me mettre un cadre, de pouvoir me dire voilà je, à telle heure j'dois être à l'atelier pour, pour peindre, pour dessiner* » (...) « *...et puis euh ben ça, ça a modelé mon temps.* »

2.1.2 Être encadré (Marie Darbellay)

La thématique de l'encadrement au sein de Césure a également été rapportée par les bénéficiaires qui ont pu témoigner de la manière dont ils étaient soutenus par les diverses personnes travaillant au sein des Ateliers, mais également sur la transition entre les accompagnants qu'ils ont pu connaître. Le récit rapporté est donc autant fait dans un regard sur l'encadrement actuel que celui passé. L'accompagnement s'est notamment vu comme étant positif en vue de son accent mis, non pas sur la productivité, mais sur l'accueil des bénéficiaires dans leurs capacités actuelles. Jérôme a ainsi pu discuter cela comme étant agréable du fait de ne pas ressentir une forme d'urgence dans sa pratique :

J : « *Oui, oui, ça m'a motivé parce que j'n'ai aucune pression d'aucune sorte. On attend...* » (...) « *...absolument...* » (...) « *...rien de moi.* »

Ce sentiment d'accueil vis-à-vis de ses productions est également rapporté par Nathalie qui exprime une satisfaction vis-à-vis de l'encadrement, se sentant soutenue dans sa pratique par les professionnels entourant Césure :

N : « *J'ai, j'apprécie beaucoup euh, j'me sens en sécurité enfaite, en confiance.* » (...) « *...aussi soutenue euh dans mes démarches euh des fois (voix riieuse) c'est un peu (inspiration). J'me lance un peu dans des projets pis...* » (...) « *...enfaite y a toujours de l'enthousiasme justement.* »

Patrick rapporte également son ressenti positif vis-à-vis de l'encadrement qui se voit accueillant également sur son unicité. Interrogé sur l'impact de l'art à Césure sur ses perspectives, Patrick se dit soutenu dans son rétablissement à travers son inscription aux Ateliers. Il se sent pouvoir être authentique et accepté :

P : « *Et qu'j'peux euh hum comment expliquer ça (inspiration). Et qu'ça m'réconforte parc'que j'suis pris tel que je suis.* »

2.1.3 Le lien aux autres bénéficiaires (Marie Provenzano)

L'un des impacts mentionnés par les participants à la recherche se situe dans le lien aux bénéficiaires que la pratique à Césure leur apporte. Les échanges sont cités comme ayant des effets multiples. Céline le mentionne effectivement comme étant une source de ressentis positifs et également comme un regard soutenant possible sur ses productions artistiques :

C : « C'est d'la rigolade. C'est, c'est qu'les autres y viennent pis il dit « ah c'est joli c'qu'tu fais » ou vice-versa. J'avais quelqu'un, ah j'dis ah ça m'parle c'est, c'est trop beau. »

Pour Jérôme, c'est également un moyen de se retrouver entre personnes rencontrant des problématiques communes et ainsi de pouvoir sortir d'une forme de solitude. Par ce biais, c'est également une motivation qui émane du groupe :

J : « ...faire des liens... » (...) « ...avec des gens qui ont aussi ces problèmes, qui peut être aussi un moteur pour nous de... » (...) « ...d'être compris euh. » (...) « S'sentir moins seul... » (...) « ...un rôle et pis de pouvoir pt-être euh s'donner des conseils euh les (balbutiement) les euh uns aux autres. »

Ce sentiment de pouvoir échanger et découvrir que ces difficultés sont également rencontrées par d'autres bénéficiaires est notamment rapporté par Catherine, qui a pu en cela rencontrer un soutien de la part d'autres personnes et se sentir aidée en cela :

C : « Mais c'était euh (bruit parasite) c'était, c'était une découverte de pouvoir parler avec des personnes aussi qu'étaient qu'avaient des difficultés comme moi. » (...) « j'ai, j'ai connu deux personnes qui avaient vécu, pas la même chose, mais qui avaient des émotions un peu similaires que les miennes. » (...) « Donc euh j'ai, j'ai découvert un soutien. » (...) « Qu'on pouvait s'épauler que... » (...) « ... moi j'pouvais l'aider que elles pouvaient m'aider. »

2.1.4 La valorisation d'autres identités (Marie Darbellay)

La pratique au sein de Césure a également été rapportée comme permettant une valorisation d'autres identités. L'activité créatrice engendre ainsi des perceptions de soi qui sont multiples et qui se voient reliées à d'autres statuts sociaux. Ainsi, Matthieu voit en son activité au sein de Césure une forme d'emploi, il se sent alors comme dans un statut de collaborateur, rejoignant ses collègues à leurs postes :

M : « *Quand j'avais là-bas c'est comme euh, c'est comme si j'allais à mon boulot pis que j'dis bonjour à des collègues un peu.* »

Cette insertion dans une nouvelle perspective identitaire se lie également à la manière de s'identifier à la pratique artistique en soi. L'identité qui se manifeste alors est celle d'artiste ou artisan. Martin parle de cette identification et la relie également à la manière de se présenter à l'autre comme se voyant médiée par cette identité artistique :

M : « *Donc euh pour moi oui j'ai, j'ai maintenant une identité personnelle et quand les, quand y'a des gens euh lambda euh que j'rencontre (voix rieuse), je dis qu'je suis un artiste, un artisan, un artiste, j'préfère le terme artisan, qu'j'suis un artisan peintre.* »

Catherine utilise également cette perspective artistique pour se définir, mais également se présenter aux autres. Ainsi, lorsqu'elle est amenée à faire des rencontres, elle utilise son identité d'artiste pour le faire :

C : « *Moi je, maintenant j'leur dis j'suis artiste à Cery.* »

L'art se voit alors dans le discours comme étant le moyen de se présenter à soi et aux autres sous une autre appellation. La création est alors distincte d'une identité de malade psychique et les œuvres produites sont ainsi un moyen de se faire percevoir dans toute cette complexité comme le témoigne Patrick :

P : « *On s'dit, on voit, on va pas voir la personne qui est malade psychologiquement. On va...* » (...) « *...voir euh cette personne parc'qu'elle a fait un travail euh avec l'éléphant.* » (...) « *On est pas à, on est pas euh comment dire, on est pas le taré euh bordeline. On est pas l'taré bipolaire ou l'taré schizo.* »

2.1.5 Les ressentis positifs (Marie Provenzano)

La pratique au sein de Césure a également été discutée par les bénéficiaires comme étant la source de ressentis positifs qui pouvaient être porteurs dans leur chemin de rétablissement, mais également dans leur motivation et engagement au sein des Ateliers et des différentes prestations associées (l'arthothèque ou encore les expositions). Les ressentis positifs ont été exprimés par de nombreux bénéficiaires et ceci notamment dans l'idée que cela menait à un vécu quotidien plus agréable, comme Jérôme en témoigne :

J : « *Euh, ça permet d'avancer et puis euh, ouais de pouvoir vivre avec nos problèmes euh tout en avançant, en ayant un peu, une lueur de positivité et, dans notre vie entre guillemets. »*

Eric exprime ceci en voyant sa pratique comme un moment à lui et bénéfique :

E : « *(bruits parasites et silence) Dé, dé, dé, déjà venir à... Césure. J'suis content d'me lever l'matin. Je viens. (inspiration) Les moments où je peins (silence bref) ben je peins tout seul euh j'suis dans une bulle. »*

La positivité associée à ce qui est fait se perçoit dans le récit de Patrick comme porteur pour son quotidien mais également pour son art :

P : « *...m'aider à faire des couleurs dans ma, dans ma peinture et dans ma vie aussi. »*

2.1.6 L'intégration sociale (Marie Provenzano)

Un apport lié à la pratique au sein de Césure se situe dans l'intégration sociale que la pratique permet. Que celle-ci soit comprise plutôt en vue des expositions ou de l'artothèque, mais également dans la perspective de pouvoir se sentir plus légitime dans la sphère publique, quelques bénéficiaires ont pu mentionner ce sentiment d'intégration dans leur récit. Matthieu parle notamment de cela en rapportant vouloir se rendre auprès de certains cafés afin de présenter ses œuvres et de questionner la possibilité de les exposer dans ce cadre. Une manière alors de sortir ses productions du cadre de Césure et de les amener sur la sphère sociale :

M : « *Et pis d'aller un ptit peu dans les, certains cafés ben il faut un ptit peu qu'j'regarde où c'est possible, pis aller discuter avec le patron pis dire... » (...)*
« ... bah voilà j'ai quelques sculptures ou voilà c'que j'fais. » (...) « *Vous seriez d'accord d'les exposer ? »*

Il discute également le fait de pouvoir soumettre aux regards externes son travail par le biais des expositions :

M : « *C'est toujours in, intéressant de voir... » (...)* « *...comment les gens... » (...)*
« ...euh réagissent devant... » (...) « *...les, les, les œuvres. »*

Par ce biais, c'est un moyen de pouvoir participer à la collectivité qui se fait ressentir pour Matthieu :

M : « *Mais une autre manière de, de pouvoir, moi le, maintenant oui j'aurais envie de plus, que, que, maximum de gens qui, évidemment ceux qui, ceux qui aiment. J'ai l'impression qu'j'peux participer à c'monde un ptit peu.* »

Patrick expose cet impact de la pratique au sein de Césure en exposant le fait que l'art permet non seulement de modifier pour soi certaines barrières, mais que cela permet également de briser une scission avec l'externe :

P : « *Voilà, moi j'touve génial d'euh (inspiration), de laisser la place aux, aux gens de faire euh l'artistique. Dans l'sens que ça nous hum (claquement de langue), ça casse un peu les murs.* » (...) « *Déjà de soi-même.* » (...) « *Et les murs que ça présente l'extérieur.* »

2.1.7 L'empowerment (Marie Darbellay)

L'empowerment ou empouvoirement se retrouve dans le discours de bénéficiaires comme conséquent à leurs pratiques. Ce terme faisant ici référence à la capacité d'auto-détermination, de confiance en soi et d'agentivité, regroupe un ensemble d'acquis et de développements faisant suite aux activités artistiques. Hélène témoigne notamment de cette confiance acquise et ceci directement en lien avec l'art qu'elle produit :

H : « *Bah j'ai acquis comme j'vous l'ai dit la (soupir), (soupir), la confiance artistique quoi on peut dire.* »

Nathalie expose également cette confiance qui passe notamment par le renforcement d'une estime, mais également par le fait de pouvoir gérer seule son activité, engendrant ainsi une forme d'auto-détermination :

N : « *Euh ils m'ont laissé euh champ libre pour faire un peu des choses que j'gèrais moi-même.* »

N : « *...déjà l, déjà le fait euh de m'lancer dans des projets pis d'les aboutir.* » (...) « *Ça renforce euh l'estime de soi. Pis.* »

Ce processus d'empouvoirement se ressent également dans le récit de Martin qui communique également l'agentivité qui est né de sa pratique et de son immersion dans celle-ci, le menant à se lancer dans des projets de manière autonome et à les concrétiser selon sa propre perspective :

M : « *Et pis voilà, pis j'ai commencé à acheter l'matos de peinture, j'ai commencé à, j'me suis fait un site Internet fin voilà ! Fait des cartes de visite, j'ai, voilà, j'ai pris plaisir dans, dans, dans la création et pour moi c'était vraiment un, un moment où j'étais avec moi-même, un moment où techniquement aussi j'pouvais euh j'pouvais m'améliorer, moi qui suis quelqu'un d'très perfectionniste par rapport à moi, c'est vrai que, le dessin, ben voilà ! On peut progresser !* »

2.1.8 L'espoir (Marie Darbellay)

L'espoir se voit également une thématique commune à certains entretiens et étant conséquent à la pratique artistique. Un espoir dirigé vers des perspectives et des projets liés à l'art notamment. Participant alors à une forme de direction associée à ce ressenti porteur. Matthieu exprime cela en voyant en sa pratique une forme d'ouverture des possibles :

M : « *Ouais. Oui oui euh oui. Ça, ça m'ouvre d'autres, ça va m'ouvrir certainement d'autres horizons, d'autres portes.* »

Hélène rejoint également ce vécu et voit en son activité à Césure, une manière de déterminer et percevoir son futur :

H : « *Ouais. Je me, je me dis que je, j'ai peut-être une voie.* »

L'espoir se voit également exprimé de manière concrète par Martin, qui perçoit son parcours artistique comme partie intégrante de sa vision de la suite de son cheminement :

M : « *et pis dans la peinture c'que j'ai trouvé dans, dans la création, c'que j'ai trouvé c'est, c'est un, c'est un but, un objectif* »

2.1.9 La reconnaissance (Marie Provenzano)

Le sentiment d'être reconnu à travers son art est également une thématique qui a émergé comme étant un impact de la pratique au sein de Césure. Le fait d'être vu et reconnu dans ses capacités et talents artistiques fut mentionné au travers des expositions, mais également dans le cadre de l'artothèque ou via le regard des pairs et des proches. Catherine explique alors que ses activités créatrices sont une source de valorisation par l'autre, la menant à se sentir reconnue et ceci dans son unicité :

C : « *J'ai profité et pis euh même des voisins ou des gens qui vnaient de, de nulle part, de, de, de ici ils sont, ils ont valorisé mon travail.* »

C : « *J'me sens respectée.* » (...) « *Pour celle que je suis et pas celle qu'on voudrait qu'je sois.* »

C : « *J'me sens aussi valorisée à l'extérieur de Césure.* »

Ce sentiment de reconnaissance se voit partagé par Eric qui mentionne en cela le vernissage comme une étape centrale dans la possibilité de montrer ses œuvres et ainsi d'obtenir le regard externe :

E : « *Après y a l'vernissage qui est important. La rconnaissance des...* » (...) « *...gens qui viennent.* »

Patrick rejoint cela en appuyant pour lui l'opportunité qui se voit dans le fait de montrer ses tableaux au public en lien avec la perspective de présenter l'interaction existante entre souffrance psychique et capacité artistique menant à une reconnaissance de son art mais également de ses difficultés :

P : « *Et d'euh faire découvrir aux gens c'que nous, c'qu'ça nous représente, j'trouve ça génial.* »

6. Discussion des résultats (Marie Darbellay)

Cette recherche vise à explorer la manière dont la pratique artistique et créatrice impacte le vécu d'auto-stigmatisation chez des personnes souffrant de troubles mentaux. Ce projet s'inscrivant dans un regard vaste sur le lien entre les activités aux Ateliers Césure et le vécu de souffrance psychique, nous nous centrons donc sur les dimensions liées au vécu stigmatisant ainsi qu'aux dimensions qui émanent du discours des bénéficiaires sur la manière dont l'art peut soutenir leur rétablissement.

Pour ce faire, cette partie peut se voir structuré en trois sections. Une première partie se situe au niveau du vécu d'auto-stigmatisation et l'impact de ce processus sur le récit de vie des personnes interrogées. Dans un second temps, c'est l'incidence de la pratique artistique qui peut être relevée. Finalement, la portée de cette pratique sur le vécu d'auto-stigmatisation constitue la réponse à notre question de recherche.

6.1 Le vécu d'auto-stigmatisation

Le premier axe que nos données ont permis de soulever se situe sur le vécu d'auto-stigmatisation. En cela, ce sont divers éléments se comprenant autant comme

inhérents à l'auto-stigmatisation que conséquents à celle-ci qui furent rapportés par les bénéficiaires.

Un premier élément prégnant de nos données est la conscience des préjugés rapportée par certains bénéficiaires, exprimant dans leurs discours des perceptions sociales de ce qu'est la maladie psychique. Le discours alors rapporté par les personnes interrogées peut témoigner d'une certaine forme d'adhésion aux croyances sociales entourant les troubles psychiatriques, mais peut aussi se percevoir dans une conscience de l'existence de ceux-ci, pouvant indiquer un effet d'intégration de ces perceptions dans sa position de bénéficiaires de soins en santé mentale. C'est ainsi le stigmate de la « folie » qui ressort majoritairement du discours des personnes rencontrées que cela se situe dans un avant hospitalisation ou en amont de leurs débuts à Césure. Cet aspect est intéressant à relever, car la conscience des préjugés constitue la première étape au vécu d'auto-stigmatisation (Corrigan et al., 2016). Pour certains, on peut déceler cet aspect-là au sein du discours, témoignant d'une connaissance des perceptions associées à leurs situations. On peut également percevoir une conscience du stéréotype pouvant parfois rejoindre un accord sur celui-ci, constituant ainsi la seconde phase menant à l'auto-stigmatisation (Corrigan et al., 2016). (Marie Darbellay)

Ces éléments permettent ainsi de rendre compte des phases préalables considérées comme s'inscrivant dans le vécu d'auto-stigmatisation et qui peuvent appuyer le mouvement social entourant le vécu de la souffrance psychique, mais également permettant de percevoir que l'auto-stigmatisation est un processus se construisant dans une dynamique complexe imbriquant les multiples systèmes entourant l'individu (Corrigan & Watson, 2002b).

Il est également central d'appuyer que la présence de ces deux phases ne constitue pas pour autant une base suffisante pour témoigner d'auto-stigmatisation (Corrigan et al., 2009). Il est effectivement nécessaire qu'une phase d'application à soi des préjugés et croyances soient présentes. En partant de ce principe, il est utile de mentionner que certains individus souffrant de troubles psychiques lutteront de manière active face au stigmate, laissant alors place à une estime de soi relativement bonne et une auto-stigmatisation réduite (Corrigan & Watson, 2002a). (Marie Provenzano)

Dans le cadre d'un stigmatisme reconnu, la volonté de s'intégrer socialement fut également rapportée par les bénéficiaires. Certains ont ainsi ressenti qu'ils devaient agir selon les normes sociales et ceci malgré une impression d'être en décalage de celle-ci. Cet effort d'intégration pouvant mener à un inconfort, en vue de cette tentative de conjugaison entre la norme sociale intégrée et leurs vécus de souffrance psychique, est ainsi témoigné au travers d'un vécu complexe sur le plan social et individuel. Ceci peut constituer un point entrant dans la perception d'auto-stigmatisation car cela peut se voir comme une manière d'arriver à cette phase finale d'auto-stigmatisation (Corrigan et al., 2016), consistant à appliquer à soi les croyances sociales entourant la maladie mentale. En effet, c'est en réalisant que la norme à laquelle une correspondance est recherchée n'est pas congruente avec son identité, que les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent sentir un sentiment de désarroi et ceci en vue de l'importance personnelle identitaire associée à cette insertion sociale. Ceci se verrait dans le sentiment d'incohérence entre la vision qu'ils peuvent avoir d'eux-mêmes et la perception qui serait alors renvoyée par leur environnement (Burke, 1991). On peut donc imaginer qu'en se percevant comme ne pouvant pas entrer dans une image de soi correspondant aux demandes externes, une perception de soi comme incapable de faire face en vue de son trouble peut se manifester. C'est alors que l'on peut questionner la possible auto-stigmatisation en découlant. (Marie Darbellay)

Cet aspect, associé à un sentiment d'incapacité et s'accordant sur une perception sociale de la maladie psychique, pourrait ainsi se percevoir dans la sous-thématique du stigmatisme associé aux aides sociales. L'arrêt de l'emploi ou de la formation se voit récurrent dans le discours des personnes interviewées et ceci en lien avec leurs troubles ou le développement de celui-ci. Ainsi, certains bénéficiaires ont témoigné de leurs connaissances sur les préjugés existants concernant l'inactivité professionnelle. La norme sociale axée sur l'idée de productivité économique peut mener à une application de ce sentiment d'inconfort et de décalage social. En effet, cela peut alors amener la personne en souffrance psychique, dont la possibilité de travailler est réduite, à appliquer à soi les croyances sociales entourant les individus bénéficiant d'une aide sociale ou sans emploi menant alors à une auto-stigmatisation (Bonsack, 2014). De plus, une étude menée par Kalisova et collaborateurs (2018) releva d'ailleurs le lien entre l'absence d'emploi et un niveau élevé d'auto-stigmatisation parmi des individus avec un diagnostic psychiatrique. Certaines

perceptions ont pu ainsi transparaître dans le récit des personnes interrogées, autant dans une perspective de connaissance des préjugés que dans une intériorisation de ceux-ci. (Marie Darbellay)

Une seconde analyse, obtenue à partir des données, a également pu mettre en avant qu'il existe, pour certains bénéficiaires, une anticipation du stigmatisme pouvant être plus ou moins importante. Dans le cadre de cette thématique, on peut suggérer que la stigmatisation anticipée provoque une certaine attente de comportements discriminatoires dans l'attitude d'autrui induit par une peur sous-jacente d'être jugé, exclu ou encore dénigré (Quinn & Chaudoir, 2009). À la lumière de cette définition, il est important de souligner que ces différentes craintes peuvent tout autant provenir du fait que l'identité des personnes en souffrance psychique, plus précisément ici le trouble mental, n'est pas montrée ou visible et que le fait que l'on puisse le découvrir peut amener à une anticipation du stigmatisme qui crée une anxiété ou un évitement de situations pouvant possiblement exposer celui-ci (Quinn & Chaudoir, 2009). Dans la perspective des différentes angoisses susmentionnées, une première composante a pu être relevée. En effet, les déclarations de plusieurs bénéficiaires vont dans le sens d'une peur du jugement qui peut être prédominante et empêcher alors la projection vers un avenir qui est perçu jusque-là comme angoissant. (Marie Provenzano)

Ces deux éléments importés des données récoltées, se rapportant spécialement ici au domaine professionnel, peuvent faire écho à l'étude Indigo Study Group (Thornicroft et al., 2009) qui montrent que l'une des anticipations liées à la stigmatisation la plus probante, se trouve effectivement dans le fait que les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent être réticentes au fait de chercher du travail avec comme pensées implicites qu'elles seront alors soumises aux jugements d'autrui. À ce stade, nous remarquons que l'anticipation du stigmatisme peut être conjointe au processus du « why try effect » (Corrigan et al., 2016, p. 1) qui sera discuté plus bas, ces deux éléments théoriques pouvant tous deux amener les personnes en souffrance psychique à être réservées face à différentes actions à entreprendre. (Marie Provenzano)

Les divers éléments jusqu'à présent exposés peuvent mettre en évidence la présence de l'auto-stigmatisation ou de facteurs y menant dans le vécu de certains

bénéficiaires questionnés. Ce vécu d'intériorisation du stigmaté intègre une autre composante qui est de l'ordre des effets cognitifs et comportementaux de cette intégration (Corrigan & Rao, 2012). Parmi les conséquences liées à l'auto-stigmatisation, nous avons pu ressortir diverses sous-thématiques éclairant cela. (Marie Provenzano)

Le « why try effect » (Corrigan et al., 2016, p. 1) et ainsi l'idée de « pourquoi essayer » se voit comme une composante du processus d'auto-stigmatisation qui a pu se percevoir dans le récit des bénéficiaires au travers de la thématique de « l'anticipation de l'incapacité ». L'identification aux préjugés mène alors un comportement de désengagement qui peut se percevoir au sein de divers systèmes (professionnel, éducationnel ou encore relationnel) (Corrigan et al., 2016). Cet aspect se verrait alors ancré dans une vision de soi comme ne pouvant pas faire face aux diverses exigences externes, mais également dans une perspective où l'essai est impensable en vue d'une certitude d'échec en lien avec une intégration de certaines composantes sociales des personnes en difficultés psychiques (Corrigan et al., 2016 ; Corrigan et al., 2019 ; Corrigan et al., 2009).

Cet effet susmentionné du « pourquoi essayer » peut donc se percevoir également autour d'une forme de désengagement du soin et ainsi une moindre recherche de celui-ci. Cet aspect a pu résonner avec le discours de certains bénéficiaires qui ont témoigné d'éléments allant dans ce sens. En relation avec cet effet, mais également dans la perspective d'une perte de sentiment d'auto-efficacité, les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent ne pas chercher d'aide pour les accompagner dans leurs difficultés. Pattyn et al. (2014) ont pu mettre en évidence cela via une étude démontrant que la recherche de soin psychiatrique était vue comme moins pertinente dans le cas d'une intériorisation du stigmaté importante. Ce désengagement peut se percevoir non seulement dans le soin allié à un psychiatre ou un psychologue, mais également auprès d'autres professionnels de la santé (Barney et al., 2006). (Marie Darbellay)

En lien avec les éléments susmentionnés, la passivité exprimée par certains bénéficiaires, se traduisant dans une forme d'inactivité au sein de leurs prises en charge ou dans d'autres activités, peut se percevoir en accord avec la conception du « why try effect » (Corrigan et al., 2016, p. 1) se traduisant par une posture inactive. En effet, cette forme d'inactivité peut se lier à une certaine vision de soi comme

étant passif au sein de son rétablissement, pouvant alors faire écho à la manière dont la prise en charge est socialement perçue dans le cadre de la santé mentale (Corrigan & Watson, 2002b). Ainsi, le patient en santé mentale qui se percevrait en accord avec les croyances sociales sur son groupe pourrait alors se situer dans une posture moins active ou moins communicante, ce qui pourrait alors rejoindre une vision paternaliste du soin comme étant de l'ordre de l'acceptation de ce qui est proposé sans engagement dans celui-ci. Cela pourrait alors mener à une augmentation de l'auto-stigmatisation déjà présente (Hamann, Bühner & Rüschi, 2017). (Marie Darbellay)

En poursuivant de multiples entretiens, nous observons également qu'un facteur d'isolement pouvant être considéré ici comme un impact de l'auto-stigmatisation s'ajoute au vécu de plusieurs participants à l'atelier de Césure. Cette notion d'isolement, mis en avant de nombreuses fois, constitue un facteur important. En effet, on peut observer que la solitude, l'isolement, se trouve être plus conséquente chez les personnes en souffrance psychique en comparaison à d'autres individus qui n'ont pas de troubles psychiques (Wang et al., 2017). On observe dans l'un des discours que l'isolement social et ses effets négatifs, ont pu participer à la dégradation de la santé mentale d'une bénéficiaire. L'un des éléments qui ressort de cela démontre qu'il peut être néfaste pour une personne souffrant de trouble psychique d'être isolée socialement. Cet élément constitue notamment un frein notoire dans le processus de rétablissement puisque ce sentiment participe donc à une plus grande expression du trouble (Suter et al., 2019). De plus, en se concentrant toujours sur les éléments montrés par les entretiens, nous pouvons parfois entrevoir une difficulté à appeler à l'aide, cela poussant donc certains bénéficiaires à se retirer et ainsi vivre la souffrance de manière isolée afin de ne pas partager un mal-être ou avec le désir de rester discret quant au fait de vivre avec un trouble psychique. Cette notion peut être liée à une étude réalisée par Ozenne (2021) qui démontre qu'un sentiment de honte dû à sa santé mentale mène parfois à une auto-exclusion et à un isolement, celui-ci réduisant ainsi son réseau social et, par conséquent, une recherche d'aide de la part de son entourage. En comprenant cela, nous observons que cette notion d'isolement peut être reliée au sentiment de honte que peuvent ressentir certains bénéficiaires. (Marie Provenzano)

Il est utile de souligner que la notion de honte peut être étudiée sous un angle psychologique, mais également sociétal (Saussois, 1998). En effet, du fait de

l'intériorisation de la stigmatisation véhiculée par la société, on peut reconnaître que certaines personnes souffrant de troubles mentaux vont être amenées à construire des croyances infondées à propos d'elles-mêmes et que cela peut être sous-tendu par un sentiment de honte ou de culpabilité (Henderson et al., 2014). (Marie Provenzano)

La question identitaire est un aspect qui a pu également se retrouver dans les entretiens. Les bénéficiaires pouvaient alors se nommer selon le diagnostic reçu ou selon une perspective stéréotypique de la manière dont les personnes en souffrance psychique étaient vues. L'identité se voit centrale socialement et lorsque la personne en souffrance mentale se voit étiquetée en accord avec une sémiologie psychiatrique, elle est au fait des diverses croyances entourant le trouble qui lui a été diagnostiqué (Link, 1987 cité dans Lacaze, 2008). Selon Burke (1991), la manière dont une personne se perçoit identitairement va venir se confronter à la manière dont l'externe le perçoit et c'est alors une confirmation de ces visions respectives qui sera recherchée. C'est ainsi qu'une étude sur les personnes souffrant de dépression a pu mettre en avant que, l'impact de l'identification au diagnostic comme groupe d'appartenance, péjorait la santé globale (Cruwys & Gunaseelan, 2016). Cette identité centrée sur la maladie peut alors impacter sa manière d'agir et notamment son désir de se lier (Seery et al., 2021). Cet aspect peut se percevoir dans la question de l'auto-stigmatisation car pas le biais d'une identité axée sur le trouble, c'est l'écho aux croyances sociales qui s'incarnent et qui peut donc venir renforcer le sentiment d'être en adéquation avec celles-ci (Burke, 1991 ; Link, 1987 cité dans Lacaze, 2008). (Marie Darbellay)

Finalement, la composante concernant une baisse de l'estime de soi des bénéficiaires, a pu être mise en avant lors de l'analyse des données. L'estime de soi est une notion importante dans le contexte de l'auto-stigmatisation. En effet, lors du processus de rétablissement, il s'agit de pouvoir se construire une image de soi-même suffisamment élevée afin de pouvoir retrouver un équilibre, en ce sens, une estime de soi faible ne permet pas à un individu avec un trouble mental de se percevoir de manière positive et constitue donc un impact de l'auto-stigmatisation (Verhaeghe et al., 2008). Lorsque l'on s'attarde sur le discours de quelques bénéficiaires, on remarque un manque de confiance en soi bien souvent induit par une estime de soi qui se trouve être faible. De plus, nous pouvons discuter du fait

que l'une des sources d'une faible estime de soi provient également d'une comparaison aux autres individus négative (Verhaeghe et al., 2008). À ce sujet, nous trouvons notamment chez un bénéficiaire, un sentiment d'infériorité qui a contribué à une baisse de sa confiance et son estime de lui-même. (Marie Provenzano)

6.2 La pratique artistique

Le second axe que nos données ont permis d'éclairer et l'apport de la pratique artistique pour les bénéficiaires de Césure. Ces apports prennent place dans une perspective de rétablissement en accord avec les conceptions théoriques mentionnées en ouverture de ce projet (Jacobson & Greenlay, 2001 ; Bonsack et al., 2013 ; Anthony, 1993).

L'encadrement a été souligné par quelques bénéficiaires comme les souteneurs dans leurs pratiques artistiques et de manière plus large, dans un processus de rétablissement. L'accompagnement par les professionnels entourant les patients en santé mentale se voit importants en vue de la stigmatisation reconnue dans les soins psychiques, mais également le possible paternalisme en découlant (Thornicroft, Rose & Kassam, 2007) ne mettant plus la personne soignée au centre de son rétablissement. Ainsi, et comme rapporté par les bénéficiaires, l'accompagnement rencontré permet à certains de pouvoir être soutenus dans le processus de création, où ils se voient acteur de cela tout en étant accompagnés dans leurs perspectives (Delorme & Gilbert, 2014 ; Bonsack et al., 2013 ; Jacobson & Greenlay, 2001). Cette vision se retrouve dans une étude menée par Osborn et Stein (2017) qui souligne la perception du soin en rétablissement pour des professionnels du domaine social qui appuient l'idée d'un accompagnement individualisé et axé sur la personne atteinte d'un trouble comme décisionnaire de sa voie. (Marie Darbellay)

Le lien aux autres bénéficiaires dans le cadre des activités artistiques s'est vu mentionné par certains bénéficiaires. Cet aspect incarné dans la pratique artistique et le soutien qui se voit apporté par les autres dans leurs pratiques est relevé comme étant important. En effet, l'identification au groupe de manière positive est une dimension qui a pu être soulevée comme participant au processus de rétablissement et permettant de ressentir un bien-être au sein de ce cheminement de soin (Cruwys et al., 2020). Le lien à d'autres personnes en rétablissement en lien avec des

questions de santé mentale se verrait ainsi comme une manière de sortir d'un isolement, mais également comme un moyen de s'identifier et de normaliser son vécu (Schon, 2010). C'est la perspective notamment de pouvoir se lier à des personnes qui se voient également dans une situation similaire et alors de permettre une comparaison en termes de progression qui peut s'entendre dans ce mouvement relationnel au groupe (Schon, 2010). (Marie Darbellay)

Dans cette même idée, partant du principe que le lien entre les bénéficiaires, qui a été relevé de nombreuses fois, est une notion importante et bénéfique pour les participants de l'atelier Césure, on peut également mentionner la composante de l'intégration sociale comme étant également un apport de Césure. En effet, l'activité artistique et créative à laquelle participent les bénéficiaires peut être considérée comme un élément qui laisse une place importante à l'épanouissement personnel, à un engagement volontaire qui peut également être partagé avec les autres, tout cela influençant donc l'intégration sociale (Sells et al., 2006 cités dans Fenton et al., 2017). De plus, il a été relevé à plusieurs reprises que l'activité artistique représentait pour certains un emploi qui occupait la plus grande partie de leur temps. En partant de cette comparaison faite par plusieurs bénéficiaires, on peut alors penser l'activité artistique comme étant un emploi qui servira à s'intégrer socialement, à travers le travail effectué (Greacen & Jouet, 2012). (Marie Provenzano)

Ceci se perçoit également dans la question identitaire. En effet, le lien positif au groupe peut impacter la personne atteinte de trouble mental sur divers points amenant à une meilleure estime de soi et perception de soi (Schön et al., 2009 ; Corrigan et al., 2009). Certains bénéficiaires ont pu noter une perception identitaire d'eux-mêmes détachée de la question du diagnostic ou de l'identité de personne en souffrance psychique et plus axée sur une identité déstigmatisée. Cet effet lié à la pratique artistique a également été relevé dans une étude de Lloyd et al., (2007) où des personnes pratiquant l'art ont pu percevoir à travers leurs activités une manière de se positionner au niveau de l'identité sans se réduire à la question de leurs troubles. Cet aspect se perçoit comme étant au cœur de la perspective du rétablissement, qui doit permettre un développement identitaire au-delà de la maladie psychique (Bonsack et al., 2013 ; Jacobson & Greenlay, 2001). (Marie Darbellay)

De plus, le cadre obtenu via Césure peut participer à cette redéfinition identitaire. En effet, certains bénéficiaires ont mentionné l'activité artistique comme se situant dans une forme d'encadrement en termes de structuration de la semaine notamment. Ceci peut accompagner une perception de soi comme étant actif et augmenter ainsi la motivation à agir en direction de ses buts (Mee & Sumsion, 2001). (Marie Darbellay)

L'activité créative et artistique est également considérée pour la majorité des bénéficiaires comme étant un moyen de ressentir plusieurs émotions, pensées ou comportements qu'ils considèrent comme bénéfiques. En effet, le fait de pouvoir se prêter à une activité artistique est un moyen pour les personnes en souffrance de ressentir un soutien dans le parcours de soin, celle-ci participant à apporter de nouvelles perspectives ainsi qu'un bien-être plus élevé (Leckey, 2011). (Marie Provenzano)

La pratique artistique a également été mentionnée en termes de reconnaissance que celle-ci pouvait amener. Cette reconnaissance peut se voir au travers de l'art comme étant pertinente à souligner, car ce médium permet un regard externe sur sa production. En cela, c'est autant une reconnaissance identitaire que peuvent ressentir les personnes souffrant de troubles mentaux et pratiquant de l'art, qu'une reconnaissance de leurs originalités (Amarante et al., 2013). Ainsi, c'est une manière de contribuer socialement et de se sentir reconnu en cela qui peut émerger de la pratique créative (Honneth, 2013 cité dans Voirol, 2006), ce qui peut alors aussi impacter l'estime de soi. (Marie Darbellay)

À la suite du paragraphe susmentionné, nous comprenons que les éléments concernant l'estime de soi, la capacité d'auto-détermination ainsi que la confiance en soi peuvent être rassemblés sous le terme d'empowerment qui a été discuté dans de nombreux entretiens. En effet, les individus avec un trouble mental qui ressentent une plus grande autonomie peuvent également percevoir une auto-détermination ainsi qu'une maîtrise de leur propre parcours plus importante (Chan et al., 2018). Dans plusieurs propos recueillis, on observe que les activités artistiques et créatives menées à Césure, ont en effet permis à certains bénéficiaires de reprendre confiance en soi, notamment grâce à une prise de conscience de leurs capacités à entreprendre des actions par eux-mêmes. De plus, puisque l'empouvoirement peut aussi être décrit sous l'angle de la capacité à décider pour soi-même et de donner à sa vie son

propre sens souhaité (Greacen & Jouet, 2012), il peut être intéressant de penser Césure comme un environnement qui permet ce processus-ci. (Marie Provenzano)

Finalement, il convient de mentionner également divers éléments concernant l'espoir qui se retrouvent dans les données récoltées. Alors que plusieurs bénéficiaires semblaient ne plus avoir de perspectives d'avenir et qu'il était parfois complexe d'être en mesure de se projeter, on observe à travers les entretiens effectués, que les activités liées à l'art ont pu constituer un moyen important de retrouver un sens et des objectifs de vie, pouvant alors se rattacher à une certaine forme d'espoir. En effet, l'art et sa pratique sont particulièrement favorables à une reconstruction d'une identité ainsi que d'un sens qui ouvre alors le champ des possibles (Christiansen, 1999 cité dans Howells & Zelnik, 2009). (Marie Provenzano)

6.3 L'impact de la pratique artistique au sein de Césure sur le vécu d'auto-stigmatisation

Ce dernier axe vise à mettre en correspondance divers éléments compris dans les conséquences de l'auto-stigmatisation chez les personnes souffrant de troubles mentaux avec l'apport de leurs pratiques créatrices. En effet, les diverses composantes de l'impact de l'auto-stigmatisation rapportées dans le récit des personnes interrogées peuvent se voir faire écho à certains éléments présents dans leur rétablissement médié par l'art. (Marie Provenzano)

Dans un premier temps, lorsque l'on s'attarde sur le thème de l'isolement, sous-tendu par une auto-stigmatisation des personnes avec un trouble mental, on peut considérer l'activité artistique au sein de Césure comme étant un moyen important de pallier cela à travers l'intégration sociale, le lien avec les autres bénéficiaires ainsi que l'encadrement proposé par les professionnels. Le facteur d'isolement est une notion qui mérite une attention particulière. En effet, la souffrance psychique des individus peut être vue comme impliquant une solitude, amenée par une exclusion de la société et une stigmatisation, qui provoque parfois plus de mal-être que les symptômes dus à la maladie mentale en question (Davis, 2013). En ce sens, Césure, qui peut être représenté ici comme un atelier qui offre un contexte qui favorise la mise en relation, peut être un medium important dans le soutien à intégrer les bénéficiaires socialement de manière plus large (Fenton et al., 2017). En comprenant cela et à travers le récit oral des participants à cette recherche, on peut

alors remarquer une amélioration soulevée par la participation quotidienne à différentes activités artistiques. Effectivement, certains bénéficiaires ont pu exprimer l'idée qu'il était bénéfique pour eux de pouvoir partager et échanger avec d'autres participants sur leur art respectif et que le lien établi entre eux est perçu comme positif. De plus, cette expérience partagée peut être étudiée comme aidant à diminuer le sentiment de culpabilité auto-administré en montrant notamment aux bénéficiaires qu'ils ne sont pas seuls dans leurs vécus négatifs (Rosenfield & Wensel, 1997 cités dans Verhaeghe et al., 2008). (Marie Provenzano)

De plus, si l'on met en exergue le « why try effect » (Corrigan et al., 2016, p.1) et son impact comportemental, menant au fait de ne pas envisager certaines actions et ainsi à une baisse du sentiment d'efficacité personnelle, celui-ci peut se voir comme faisant écho à l'apport de la pratique artistique sur l'aspect d'empowerment, mais également d'espoir. Les bénéficiaires ont pu exprimer que leurs créations permettaient de retrouver une perception de soi comme étant capable et cela dans une perception de l'avenir et des étapes à entreprendre moins anxiogène. La pratique artistique dans le cadre du rétablissement en santé mentale peut se voir comme étant une source de motivation qui permet alors de se mobiliser dans diverses sphères ou projets de vie (Spandler et al., 2007). Ceci accompagnant possiblement une sortie de la prophétie auto-réalisatrice associée au fait de « ne pas essayer » (Cutroneo, Sangiorgi & Lucchi, 2022). De plus, ceci s'accorde avec la perception du rétablissement interne selon Jacobson et Greenley (2001) qui comprend ces dimensions d'empouvoirement et d'espoir notamment comme étant une partie du cheminement vers une vie remplie pour les personnes en souffrance psychique. (Marie Darbellay)

En association avec le fait de se désengager ou de ne pas tenter certaines choses, c'est également la question de la désinsertion du soin qui fut discutée par certains bénéficiaires. En cela, la pratique au sein de Césure peut également faire écho à cette perspective notamment dans la question du soutien qui se voit présent dans la relation aux autres participants, mais également dans le lien aux encadrants professionnels des Ateliers qui permettrait la réalisation des possibilités d'aide existantes (Cole et al., 2018). Ceci se voit également central dans l'idée que pour certains bénéficiaires, leurs inscriptions dans la pratique artistique faisaient partie

intégrante de leurs prises en charge allant donc à l'inverse d'une perception de désengagement du soin. (Marie Darbellay)

La question de l'identité centrée sur celle de personne avec un trouble psychique se voit également résonner avec certaines dimensions liées à l'apport de la pratique artistique. En effet, le rétablissement peut se percevoir au sein d'une vision de soi comme axé sur d'autres identités que celle d'un diagnostic (Jacobson & Greenley, 2001). Certains bénéficiaires ont pu exposer la manière dont il pouvait se percevoir sous le prisme de la terminologie associée à leur trouble ou à leur situation sociale et c'est à travers leurs pratiques artistiques qu'une manière autre de se définir semblait émerger. Ainsi, certaines personnes rencontrées pouvaient se percevoir en vue de leur implication à la société, et se sentir ainsi dans leurs statuts de bénéficiaires d'aides sociales, comme se résumant à cela dans leur définition d'eux-mêmes. L'emploi prend une place forte socialement, mais également dans la question du bien-être et de la confiance en soi (Lehman, 1995). Dès lors, son absence peut dans un même mouvement impacter l'individu en souffrance psychique. Le fait d'être aux bénéfices d'une aide sociale ou d'être sans emploi se lie à une auto-stigmatisation élevée (Kalisova et al., 2018). Face à cela, l'activité créatrice peut se percevoir comme un moyen d'amener une forme d'identité professionnelle à sa vision de soi. Certains bénéficiaires ont pu ainsi mentionner des parallèles entre leurs activités à Césure et une forme de travail comprenant le cadre et les horaires associés. Cet aspect peut ainsi participer à une redéfinition sociale de l'identité qui se voit alors comme celle d'un ou d'une artiste dont l'activité est celle de créer (Spandler et al., 2007). L'activité artistique peut alors permettre l'ouverture vers d'autres représentations du soi, ou l'identité de « malade » se voit être l'une de ces composantes, mais où la personne ne se définit pas uniquement sous ce prisme (Slattery et al., 2020). Cet aspect est potentiellement accentué par la reprise d'une confiance en ses compétences qui passe également par une reconnaissance de sa pratique et donc une forme de validation de celle-ci d'un point de vue identitaire et social (Honneth, 2004). (Marie Darbellay)

C'est également l'aspect d'identification positive au groupe qui peut se percevoir comme étant bénéfique dans la question de l'auto-stigmatisation. Effectivement, une perception du groupe d'appartenance comme positive peut impacter alors sa propre conception de soi et ainsi son estime de soi (Corrigan et al., 2009). Cela

participe alors à ce mouvement général de redéfinition ou d'ouverture identitaire.
(Marie Darbellay)

En lien avec la notion d'identité, développée plus haut, il convient de mentionner que le fait de souffrir d'une maladie mentale peut amener les personnes à se poser toutes sortes de questions notamment portées sur la définition que celles-ci peuvent se faire d'elles-mêmes (Yanos et al., 2010). Ces sentiments diffus et flous sur la personne que l'on est, lorsque l'on souffre de trouble mental, peuvent également être aggravés par une intériorisation de la stigmatisation liée au trouble mental, qui mène alors à un sentiment de honte qui peut être plus ou moins prononcé (Goffman, 1963 cité dans Vass et al., 2017). En se centrant sur cette notion de honte, qui a été soulignée à plusieurs reprises par certains bénéficiaires, on peut observer une amélioration qui semble avoir émergé de la participation à Césure et de la pratique d'activités créatives et artistiques. En effet, il est intéressant de faire un parallèle entre le sentiment de honte, de repli sur soi que pouvaient ressentir les participants à cette recherche avant leur entrée à l'atelier Césure et la reconnaissance et l'empowerment dont peuvent discuter les bénéficiaires à ce jour. En effet, l'empouvoirement peut être développé ici, à l'appui de différents discours, comme un sentiment d'autonomisation ainsi qu'une participation plus active dans la société (Greacen & Jouet, 2012). De plus, ce qui est particulièrement intéressant à développer, est que la baisse du sentiment de honte se voit également liée à la reconnaissance, étudiée ici sous l'angle du travail fourni ainsi que de la manière dont celui-ci est perçu par les autres bénéficiaires ou encore par le monde extérieur, parfois par le biais d'expositions. En effet, on peut rattacher ces différentes notions à une étude menée par Van Lith (2014) qui démontre que les activités artistiques peuvent aider à contribuer à la société de manière plus large et que les personnes avec une maladie mentale ne sont donc pas passives face à leur environnement, cela aidant alors à se sentir acteur de sa propre vie. (Marie Provenzano)

Ce point concernant l'importance de se retrouver acteur dans son vécu intime et social peut se voir discuter vis-à-vis de la question d'une posture passive dans son vécu, qui fut également un aspect qui a pu être rapporté par certaines personnes interviewées dans la perspective de l'auto-stigmatisation. Cet aspect peut se voir également impacté par la pratique artistique. En effet, par un sentiment d'auto-efficacité retrouvé, il fut mentionné par certains bénéficiaires une perception d'un vécu quotidien plus motivant et avec un engagement personnel plus important. Dans

le fait de devenir actif et de s'auto-déterminer, le facteur de l'autonomisation prend une place importante dans l'idée que la personne en rétablissement en vue d'un trouble mental doit pouvoir sentir qu'elle peut décider pour elle, à l'inverse du regard paternaliste basé sur un stéréotype infantilisant (Mancini, 2008). C'est ainsi un encadrement attentif à cela qui peut permettre le développement d'une motivation et ceci peut notamment se percevoir au sein de Césure à travers les expositions ou l'arthothèque qui sont des portes vers la prise en main de sa voie et l'expression de sa voix (Mancini, 2008). (Marie Darbellay)

Enfin, une composante concernant la baisse de l'estime de soi, provoquée par l'auto-stigmatisation des personnes en souffrance psychique, peut également être discutée comme ayant été impactée de manière bénéfique par l'activité artistique à Césure. En effet, notamment par le biais de reconnaissance, de ressentis positifs amenés par la participation aux ateliers ainsi qu'un sentiment d'empowerment, mentionné précédemment, plus élevé, il est possible de percevoir qu'un regain de confiance ainsi qu'une augmentation de l'estime de soi ont été amenés. Afin de pouvoir bâtir une estime de soi, qui a pu être perdue en conséquence de stigmatisation vécue ainsi que d'une auto-stigmatisation, il est important pour les individus en souffrance psychique de se sentir à nouveau utile et d'être considéré socialement (Davidson & Roe, 2007). En se basant sur cet aspect, il est possible d'apercevoir un changement dans l'estime de soi de certains bénéficiaires particulièrement dans le fait qu'un sentiment d'utilité a pu émerger de la participation à des activités créatives et artistiques. De plus, l'estime de soi peut se voir renforcée lorsque l'on perçoit de l'entourage, ou la société de manière plus large, de l'amour et que l'on se sent apprécié (Verhaeghe et al., 2008). Cette notion peut être mise en lien avec le sentiment de reconnaissance ou encore de partage avec les autres bénéficiaires, soulignés précédemment, qui participent grandement à une élévation de l'estime de soi (Marie Provenzano)

6.4 Limites et perspectives de l'étude (Marie Darbellay et Marie Provenzano)

Cette recherche présente certaines limites qu'il faut souligner en regard des éléments de discussions que nous avons pu mentionner.

Un premier élément est le fait que notre recherche se situe dans une perspective qualitative qui se veut ouverte au discours du participant et non directive. Dès lors,

l'auto-stigmatisation relevée se voit parfois teintée du discours et des mots des bénéficiaires et cela ne permet pas toujours une réelle estimation du vécu d'auto-stigmatisation. En effet, même si des éléments s'y rapportant furent donnés par les interviewés, il aurait été intéressant de coupler cette étude qualitative à une mesure via un questionnaire de la perception d'auto-stigmatisation (Golay et al., 2021), permettant alors de situer la personne interrogée sur cet aspect. Ceci aurait pu amener à mieux percevoir les personnes se situant dans un versant de lutte face au stigmate notamment (Corrigan & Watson, 2002a). De plus, en relation avec cela, l'entretien questionnant également le passé notamment pour percevoir les aspects liés à la stigmatisation peut se voir complexifier par la remémoration de certains aspects du vécu. Certains bénéficiaires étant inscrits à Césure depuis de nombreuses années, il se peut que certains éléments associés au passé aient été impactés par l'évolution au sein de l'Atelier et ainsi le récit les entourant puisse se voir moins vivace.

Un second élément, se rapportant toujours à la méthode utilisée, concerne le processus d'analyse qui a fait ressortir de nombreux éléments. Comme nous nous concentrons uniquement sur les aspects concernant l'auto-stigmatisation et la pratique artistique, la classification des autres verbatims dans le processus de l'analyse thématique de contenu se voyait parfois complexe. En vue de l'abondance des éléments rapportés par les bénéficiaires, l'exercice de codage a demandé une sorte de jonglage afin de ne pas surclassifier ou sous-classifier certaines données. En cela, une recherche globale sur le discours dans son entièreté aurait permis d'éviter cette difficulté.

Dans un regard futur sur la question, il serait ainsi intéressant de pouvoir effectuer des mesures du ressenti d'auto-stigmatisation en amont de toute entrée au sein d'Ateliers artistiques. Cela pourrait ainsi donner une indication de cette perception avant la pratique et éviter tout biais mémoriel. Par la suite, et dans une perspective longitudinale, les personnes interrogées seraient rencontrées à nouveau une fois installées au sein des Ateliers. Au travers d'un entretien semi-structuré également, il pourrait être alors possible de discuter la pratique et de la mettre en correspondance avec les résultats du questionnaire précédemment mobilisé.

7. Conclusion (Marie Darbellay et Marie Provenzano)

Cette recherche s'est centrée sur le vécu d'auto-stigmatisation chez des personnes souffrant de troubles mentaux et l'apport de la pratique artistique sur cet aspect. Par le biais de cette étude, il a été possible d'observer la manière dont l'art peut

constituer un appui pour certains afin d'amoinrir les éléments résultant de l'auto-stigmatisation.

L'écoute des personnes concernées par la stigmatisation sociale puis intériorisée, constitue un aspect central du regard à porter sur la recherche dans le domaine de la santé mentale. Il est essentiel de pouvoir donner une place et une voix aux individus en souffrance psychique afin de légitimer leurs places et leurs discours au niveau social. En effet, l'intériorisation du stigmate émerge d'une construction institutionnelle et interpersonnelle de ce qu'est la maladie psychique. Ce mécanisme est insidieux et il est important de pouvoir en rendre compte dans sa pratique et dans les démarches de soutien à cette population. Ceci nous semble d'autant plus important que nous étions nous-mêmes portées par cette vision axée sur le diagnostic dans nos premiers pas dans cette recherche. Nous avons alors l'optique d'interroger les personnes sous le prisme du trouble identifié chez eux et de questionner l'auto-stigmatisation à partir de cela. Ceci aurait été dommageable, car nous aurions alors reproduit la centration identitaire de la personne avec un trouble psychique comme n'étant réduite qu'à cela. D'ailleurs, il est très intéressant de mentionner que lorsqu'une première rencontre a été effectuée avec certains bénéficiaires, notamment afin de présenter notre projet et d'en discuter, ceux-ci ont réagi de différentes manières. En effet, nous avons notamment été confrontées à une remarque d'une bénéficiaire, mentionnant le fait que de mener cette recherche, principalement sur l'auto-stigmatisation, constituait déjà une forme de stigmatisation. Effectivement, d'après elle, le fait de participer à des entretiens qui puissent discuter de son vécu et de la stigmatisation liée à son trouble mental, participait à nouveau à catégoriser celle-ci dans la case « personne avec un trouble mental » dont elle souhaite s'éloigner. A l'inverse, d'autres bénéficiaires répondaient à cela en soumettant l'idée qu'il était nécessaire de mener ce type de recherche afin de pouvoir justement parler de cette étiquette et donc de réduire tout type de stigmatisation que ceux-ci ont pu subir. Ces propos, qui ont été recueillis avant même que notre recherche soit encore claire, nous ont poussé à une remise en question qui a pu être très bénéfique et importante pour la suite de notre travail. Ainsi, nous nous sommes rendues comptes que nous étions également victimes en quelque sorte de ce mouvement stigmatisant et en cela, cette recherche nous a permis de réaliser cet aspect et l'importance du discours de la personne dans toute sa complexité identitaire et notamment artistique.

Cette centration sur la pratique de l'art et les enjeux qu'elle soulève est d'autant plus centrale que les bénéficiaires ont pu témoigner lors de nos premières visites que leurs visions de Césure allaient au-delà du thérapeutique et du rappel de leurs vécus stigmatisants, mais se situaient plutôt dans le fait que Césure était là pour les soutenir et leur permettre de pratiquer leurs arts. Dès lors, une centration sur l'identité de « malade » ne se voit pas centrale dans ce cadre. Cet aspect fait notamment écho à l'idée qu'il ne s'agisse pas forcément de supprimer toutes formes de stigmatisation, mais de pouvoir permettre à la personne de retrouver une confiance et un sentiment d'empouvoirement afin de diriger son chemin de vie où elle le désire (Corrigan et al., 2009).

Finalement, cette recherche fut un projet enrichissant à titre personnel, mais il a également pu soulever la composante du rétablissement entrant en jeu dans la pratique artistique des bénéficiaires de Césure. À travers la valorisation d'identité autre, l'espoir lié à la redécouverte d'une voie, la reprise d'une voix sociale ou encore une augmentation du sentiment de confiance en soi et de maîtrise (Jacobson & Greenley, 2001 ; Bonsack et al., 2013), l'activité créative s'est vue avoir un impact sur le vécu des personnes en souffrance mentale qui se voit nécessaire de souligner. L'art représente un soutien et une manière de se redéfinir s'éloignant alors de la vision stigmatisante véhiculée socialement, mais également parfois intériorisée du trouble mental.

8. Bibliographie

- Ancet, P. (2015). Être marqué dans sa chair. *Champ psy*, N° 68(2), 11-24.
<https://doi.org/10.3917/cpsy.068.0011>
- Amarante, P., Freitas, F., Pande, M. R., & Nabuco, E. (2013). El campo artístico-cultural en la reforma psiquiátrica brasileña : el paradigma identitario del reconocimiento. *Salud Colectiva*, 9(3), 287-299.
<https://doi.org/10.18294/sc.2013.194>
- Angermeyer, M., Matschinger, H., Carta, M., & Schomerus, G. (2014). Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *European Psychiatry*, 29(6), 390-395. doi:10.1016/j.eurpsy.2013.10.004
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about Depression and its Impact on Help-Seeking Intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 51-54. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01741.x>
- Baumann, A. E. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness : The individual with mental illness as a 'stranger'. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 131-135.
<https://doi.org/10.1080/09540260701278739>
- Bhugra, D., Pathare, S., Gosavi, C., Ventriglio, A., Torales, J., Castaldelli-Maia, J., Tolentino, E. J. L., & Ng, R. (2016). Mental illness and the right to vote : A review of legislation across the world. *International Review of Psychiatry*, 28(4), 395-399. <https://doi.org/10.1080/09540261.2016.1211096>
- Bhugra, D., Pathare, S., Joshi, R., Nardodkar, R., Torales, J., Tolentino, E. J. L., Dantas, R., & Ventriglio, A. (2016). Right to property, inheritance, and

- contract and persons with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 28(4), 402-408. <https://doi.org/10.1080/09540261.2016.1210576>
- Bhugra, D., Pathare, S., Nardodkar, R., Gosavi, C., Ng, R., Torales, J., & Ventriglio, A. (2016). Legislative provisions related to marriage and divorce of persons with mental health problems : A global review. *International Review of Psychiatry*, 28(4), 386-392. <https://doi.org/10.1080/09540261.2016.1210577>
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2015). L'entretien. Paris, France : Armand Colin.
- Bonsack, C. (2014). Le désavantage social des troubles mentaux : épidémie, invalidation ou stigmatisation. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 165(07), 234-239. <https://doi.org/10.4414/sanp.2014.00293>
- Bonsack, C., & Favrod, J. (2013). From rehabilitation to recovery : The Lausanne experience. *L'information psychiatrique*, 89(3), 227-232. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8903.0227>
- Bonsack C., Morandi S., Favrod J. et Conus P. (2013). Le stigmatisme de la «folie» : de la fatalité au rétablissement. *Rev Med Suisse* (9), 588-592. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-377/le-stigmatisme-de-la-folie-de-la-fatalite-au-retablissement>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Burke, P. J. (1991). Identity Processes and Social Stress. *American Sociological Review*, 56(6), 836-849. <https://doi.org/10.2307/2096259>
- Campbell, C., & Deacon, H. (2006). Unravelling the contexts of stigma : from internalisation to resistance to change. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16(6), 411-417. <https://doi.org/10.1002/casp.901>
- Chan, R. C. H., Mak, W. W. S., & Lam, M. Y. Y. (2018). Self-stigma and empowerment as mediating mechanisms between ingroup perceptions and

- recovery among people with mental illness. *Stigma and Health*, 3(3), 283-293. <https://doi.org/10.1037/sah0000100>
- Charles, J. L. K., & Bentley, K. J. (2016). Stigma as an organizing framework for understanding the early history of community mental health and psychiatric social work. *Social Work in Mental Health*, 14(2), 149-173. <https://doi.org/10.1080/15332985.2014.964448>
- Chiang, M., Reid-Varley, W. B., & Fan, X. (2019). Creative art therapy for mental illness. *Psychiatry research*, 275, 129–136. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.025>
- Cole, A., Jenefsky, N., Ben-David, S., & Munson, M. R. (2018). Feeling Connected and Understood : The Role of Creative Arts in Engaging Young Adults in Their Mental Health Services. *Social Work with Groups*, 41(1-2), 6-20. <https://doi.org/10.1080/01609513.2016.1258619>
- Corrigan, P. W. (Éd.). (2005). *On the stigma of mental illness : Practical strategies for research and social change*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10887-000>
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution : Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>
- Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rüsçh, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *Journal of Mental Health*, 25(1), 10-15. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1021902>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsçh, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect : Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75-81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>

- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 481-491. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096>
- Corrigan, P. W., Nieweglowski, K., & Sayer, J. (2019). Self-stigma and the mediating impact of the “why try” effect on depression. *Journal of Community Psychology*, 47(3), 698-705. <https://doi.org/10.1002/jcop.22144>
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness : Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Corrigan, p. W., & Watson, A. C. (2002a). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002b). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Cruwys, T., & Gunaseelan, S. (2016). “Depression is who I am” : Mental illness identity, stigma and wellbeing. *Journal of Affective Disorders*, 189, 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.012>
- Cruwys, T., Stewart, B., Buckley, L., Gumley, J., & Scholz, B. (2020). The recovery model in chronic mental health : A community-based investigation of social identity processes. *Psychiatry Research*, 291, 113241. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113241>
- Cutroneo, A. S., Sangiorgi, D., & Lucchi, F. (2022). Self-fulfilling Prophecies in Service Design : Strategies to Address Virtuous and Vicious Circles for

- Mental Healthcare Transformation. *Service Design Practices for Healthcare Innovation*, 467-496. https://doi.org/10.1007/978-3-030-87273-1_23
- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness : One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459-470. <https://doi.org/10.1080/09638230701482394>
- Davis, S. (2013). *Community mental health in Canada, revised and expanded edition: Theory, policy, and practice*. UBC Press.
- Delorme, A., & Gilbert, M. (2014). Que serait une oeuvre sans son cadre ? *Santé mentale au Québec*, 39(1), 47-64. <https://doi.org/10.7202/1025906ar>
- Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013). A Model of Internalized Stigma and Its Effects on People With Mental Illness. *Psychiatric Services*, 64(3), 264-269. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001322012>
- Emmons, R. A., & Stern, R. (2013). Gratitude as a psychotherapeutic intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 846-855. <https://doi.org/10.1002/jclp.22020>
- Evans-Lacko, S., Courtin, E., Fiorillo, A., Knapp, M., Luciano, M., Park, A., . . . Thornicroft, G. (2014). The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: A systematic mapping of the literature. *European Psychiatry*, 29(6), 381-389. [doi:10.1016/j.eurpsy.2014.02.007](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.02.007)
- Fenton, L., White, C., Gallant, K. A., Gilbert, R., Hutchinson, S., Hamilton-Hinch, B., & Lauckner, H. (2017). The Benefits of Recreation for the Recovery and Social Inclusion of Individuals with Mental Illness : An Integrative Review. *Leisure Sciences*, 39(1), 1-19. <https://doi.org/10.1080/01490400.2015.1120168>

- Gaiha, S. M., Salisbury, T. T., Usmani, S., Koschorke, M., Raman, U., & Peticrew, M. (2021). Effectiveness of arts interventions to reduce mental-health-related stigma among youth: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 364. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03350-8>
- Golay, P., Martinez, D., Silva, B., Morandi, S., & Bonsack, C. (2021). Validation psychométrique d'une échelle française d'auto-stigmatisation auprès d'un échantillon de patients souffrant de troubles mentaux : la Self-Stigma Scale-Short (SSS-S). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.09.002>
- Greacen, T., & Jouet, E. (2012). Introduction. Rétablissement, inclusion sociale et empowerment en santé mentale. Dans E. Jouet (éd.), *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment* (pp. 7-19). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.jouet.2012.01.0007>
- Hamann, J., Bühner, M., & Rüsç, N. (2017). Self-Stigma and Consumer Participation in Shared Decision Making in Mental Health Services. *Psychiatric Services*, *68*(8), 783-788. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600282>
- Henderson, C. (2017). 5. Disorder-specific Differences. Dans W. Gaebel, W. Rössler, & N. Sartorius (Eds.), *The stigma of mental illness — End of the story?* (pp. 124–149). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_27
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., Schulze, B., Druss, B., & Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*, *1*(6), 467-482. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6)

- Honneth, A. (2004). La théorie de la reconnaissance: une esquisse. *Revue du MAUSS*, 23(1), 133-136. <https://doi.org/10.3917/rdm.023.0133>
- Howells, V., & Zelnik, T. (2009). Making art : A qualitative study of personal and group transformation in a community arts studio. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 215-222. <https://doi.org/10.2975/32.3.2009.215.222>
- Huguelet, P. (2007). Le rétablissement, un concept organisateur des soins aux patients souffrant de troubles mentaux sévères. *Schweizer Archiv Für Neurologie Und Psychiatrie*, 158(6), 271-278. https://www.reseau-sante-nord-broye.ch/system/files/2018/05/le_retablissement_un_concept_organisateur_des_soins.pdf
- Imbert, G. (2010). The Semi-structured Interview : At the Border of Public Health and Anthropology. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- Jacobson, N. & Greenley, D. (2001). What Is Recovery ? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services*, (52), pp. 482-485. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.482>
- Kalisova, L., Michalec, J., Hadjipapanicolaou, D., & Raboch, J. (2018). Factors influencing the level of self-stigmatisation in people with mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(4), 374-380. <https://doi.org/10.1177/0020764018766561>
- Krupchanka, D. et Thornicroft, G. (2017). 7. Discrimination and Stigma. Dans Gaebel, W., Rössler, W., et Sartorius, N. (eds.), *The Stigma of Mental Illness - End of the Story ?* (pp. 164 - 186). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1>

- Laberge, Y. (2010). Aux sources du pragmatisme américain, de l'interactionnisme symbolique et de la sémiotique : George H. Mead et Charles S. Peirce. *Laval théologique et philosophique*, 66(2), 425. <https://doi.org/10.7202/044849ar>
- Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatisante » revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 5(1), 183-199. <https://doi.org/10.3917/nrp.005.0183>
- Leckey, J. (2011). The therapeutic effectiveness of creative activities on mental well-being : A systematic review of the literature: Effectiveness of creative activities on mental well-being. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(6), 501-509. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01693.x>
- Lehman, A. F. (1995). Vocational Rehabilitation in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4), 645-656. <https://doi.org/10.1093/schbul/21.4.645>
- Les Ateliers de réhabilitation (2020). *Césure*. Consulté le 15 décembre 2021 sur <https://ateliers-rehab.ch/prestations/cesure/>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Link, B. G. & Stuart, H. (2017). 1. On revisiting some origins of the stigma concept as it applies to mental illnesses. Dans W. Gaebel, W. Rössler, & N. Sartorius (Eds.), *The stigma of mental illness — End of the story?* (pp. 497–514). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_27
- Lloyd, C., Wong, S. R., & Petchkovsky, L. (2007). Art and Recovery in Mental Health : A Qualitative Investigation. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(5), 207-214. <https://doi.org/10.1177/030802260707000505>
- Mak, W. W. S., Chan, R. C. H., Wong, S. Y. S., Lau, J. T. F., Tang, W. K., Tang, A. K. L., Chiang, T. P., Cheng, S. K. W., Chan, F., Cheung, F. M., Woo, J., & Lee, D. T. F. (2017). A Cross-Diagnostic Investigation of the Differential

- Impact of Discrimination on Clinical and Personal Recovery. *Psychiatric Services*, 68(2), 159-166. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500339>
- Mancini, A. D. (2008). Self-determination theory : A framework for the recovery paradigm. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(5), 358-365. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004036>
- Mee, J., & Sumsion, T. (2001). Mental Health Clients Confirm the Motivating Power of Occupation. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(3), 121-128. <https://doi.org/10.1177/030802260106400303>
- Merton, R. K. (1948). The Self-Fulfilling Prophecy. *The Antioch Review*, 8(2), 193. <https://doi.org/10.2307/4609267>
- NCH Software (s.d.). *Express Scribe* (version 10.18). [Logiciel]. NCH Software. <https://www.nch.com.au/scribe/index.html>
- Osborn, L. A., & Stein, C. H. (2017). Community Mental Health Care Providers' Understanding of Recovery Principles and Accounts of Directiveness with Consumers. *Psychiatric Quarterly*, 88(4), 755-767. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9495-x>
- Ozenne, J. (2021). La stigmatisation en santé mentale dans le contexte de pandémie : Observations cliniques et premières interrogations. *L'information psychiatrique*, 97(1), 19-26. <https://doi.org/10.1684/ipe.2020.2199>
- Pattyn, E., Verhaeghe, M., Sercu, C., & Bracke, P. (2014). Public Stigma and Self-Stigma : Differential Association With Attitudes Toward Formal and Informal Help Seeking. *Psychiatric Services*, 65(2), 232-238. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200561>
- Pescosolido, B. A. (2013). The Public Stigma of Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 54(1), 1-21. <https://doi.org/10.1177/0022146512471197>

- Pescosolido, B. A., Medina, T. R., Martin, J. K., & Long, J. S. (2013). The “Backbone” of Stigma : Identifying the Global Core of Public Prejudice Associated With Mental Illness. *American Journal of Public Health, 103*(5), 853-860. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301147>
- Pincus, F. L. (1996). Discrimination Comes in Many Forms. *American Behavioral Scientist, 40*(2), 186-194. <https://doi.org/10.1177/0002764296040002009>
- Pope, C., & Mays, N. (2006). Qualitative Methods in Health Research. Dans C. Pope & N. Mays (Eds.), *Qualitative Research in Health Care* (pp. 1-11). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470750841.ch1>
- Quinn, D. M., & Chaudoir, S. R. (2009). Living with a concealable stigmatized identity : The impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *Journal of Personality and Social Psychology, 97*(4), 634-651. <http://dx.doi.org/10.1037/a0015815>
- Royer, C. (2013). Les méthodes qualitatives dans les manuels de méthodologie de la recherche en loisir: un survol de leur cheminement. *Recherches qualitatives, 32*(1), 7-25. <https://doi.org/10.7202/1084610ar>
- Saussois, J. M. (1998). Vincent de Gaulejac, Les sources de la honte, coll." Sociologie clinique", 1996. *Sociologie du travail, 40*(3), 407-408. https://www.persee.fr/doc/sotra_0038-0296_1998_num_40_3_1340_t1_0407_0000_1
- Schon, U. K. (2010). The power of identification : peer support in recovery from mental illness. *Scandinavian Journal of Disability Research, 12*(2), 83-90. <https://doi.org/10.1080/15017410903478956>
- Schön, U.-K., Denhov, A., & Topor, A. (2009). Social Relationships as a Decisive Factor in Recovering From Severe Mental Illness. *International Journal of Social Psychiatry, 55*(4), 336-347. <https://doi.org/10.1177/0020764008093686>

- Seery, C., Bramham, J., & O'Connor, C. (2021). Effects of a psychiatric diagnosis vs a clinical formulation on lay attitudes to people with psychosis. *Psychosis*, 13(4), 361-372. <https://doi.org/10.1080/17522439.2021.1901302>
- Sheehan, Nieweglowski et Corrigan (2017). 3. Structures and Types of Stigma. Dans Gaebel, W., Rössler, W., et Sartorius, N. (Eds), *The Stigma of Mental Illness - End of the Story ?* (pp. 74 - 102). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1>
- Slattery, M., Attard, H., Stewart, V., Roennfeldt, H., & Wheeler, A. J. (2020). Participation in creative workshops supports mental health consumers to share their stories of recovery : A one-year qualitative follow-up study. *PLOS ONE*, 15(12), e0243284. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243284>
- Spagnolo, A. B., Murphy, A. A., & Librera, L. A. (2008). Reducing stigma by meeting and learning from people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(3), 186-193. <https://doi.org/10.2975/31.3.2008.186.193>
- Spandler, H., Secker, J., Kent, L., Hacking, S., & Shenton, J. (2007). Catching life : The contribution of arts initiatives to recovery approaches in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(8), 791-799. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01174.x>
- Stuart, H. (2017). 27. What has proven effective in anti-stigma programming. Dans W. Gaebel, W. Rössler, & N. Sartorius (Eds.), *The stigma of mental illness — End of the story?* (pp. 497–514). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_27
- Suter, C., Favrod, J., & Pellet, J. (2019). Auto-stigmatisation dans la schizophrénie : Un frein au rétablissement psychologique. *Laennec*, Tome 67(3), 34-43. <https://doi.org/10.3917/lae.193.0034>

- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia : A cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408-415.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123-1132.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)
- Thornicroft, G., Rose, D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 113-122. <https://doi.org/10.1080/09540260701278937>
- Twardzicki, M. (2008). Challenging stigma around mental illness and promoting social inclusion using the performing arts. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 128(2), 68-72.
<https://doi.org/10.1177/1466424007087804>
- Vass, V., Sitko, K., West, S., & Bentall, R. P. (2017). How stigma gets under the skin : The role of stigma, self-stigma and self-esteem in subjective recovery from psychosis. *Psychosis*, 9(3), 235-244.
<https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1300184>
- Van Lith, T. (2014). "Painting to find my spirit": Art making as the vehicle to find meaning and connection in the mental health recovery process. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 16(1), 19-36.
<https://doi.org/10.1080/19349637.2013.864542>
- VERBI Software. (2021). *MAXQDA 2022* (version 22.0.1) [Logiciel]. Berlin, Germany : VERBI Software. <https://www.maxqda.com>

- Verhaeghe, M., Bracke, P., & Bruynooghe, K. (2008). Stigmatization and Self-Esteem of Persons in Recovery From Mental Illness : The Role of Peer Support. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(3), 206-218. <https://doi.org/10.1177/0020764008090422>
- Voirol, O (Ed). (2006). Préface. Dans A. Honneth. *La société du mépris. Vers une nouvelle Théorie critique*. (pp. 9-34). Editions La Découverte.
- Wang, J., Lloyd-Evans, B., Giacco, D., Forsyth, R., Nebo, C., Mann, F., & Johnson, S. (2017). Social isolation in mental health : A conceptual and methodological review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(12), 1451-1461. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1446-1>
- Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2010). The Impact of Illness Identity on Recovery from Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(2), 73-93. <https://doi.org/10.1080/15487761003756860>

9. Annexes

Formulaire d'information et de consentement



Département de psychiatrie
Section de psychiatrie sociale

Evaluation systématique du virage
communautaire en psychiatrie en Suisse
Romande

Formulaire d'information v4b
Décembre 2021

Evaluation des pratiques psychiatriques en Suisse Romande

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à notre projet de recherche. La participation est ouverte à toutes les personnes suivies en psychiatrie en Suisse Romande qui ont entre 18 et 65 ans et sont d'expression française. Cette feuille d'information décrit le projet de recherche. Cette étude est réalisée en collaboration avec différents cantons romands et le département de psychiatrie du CHUV. Les commissions cantonales d'éthiques compétentes ont contrôlé et autorisé le projet.

Objectifs

L'objectif de ce projet est d'évaluer l'impact de l'évolution des pratiques psychiatriques sur les personnes suivies et de développer des méthodes scientifiques de mesure de cet impact.

Déroulement pour les participants

La recherche consiste à récolter votre point de vue et celui de vos soignants sur votre situation et votre suivi. Nous vous demanderons ainsi de répondre à des questionnaires dans le cadre d'un entretien d'une heure environ. Cet entretien pourra éventuellement être suivi d'un deuxième entretien non obligatoire de même durée.

- Les entretiens sont réalisés par des collaborateurs de recherche.
- Vous pouvez poser toutes les questions que vous jugez utiles sur l'étude et disposer d'un temps de réflexion si vous l'estimez nécessaire avant prendre une décision.
- Si vous acceptez de participer, après avoir lu cette feuille d'information et après avoir signé le formulaire de consentement, vous répondrez à divers questionnaires avec l'aide de votre interlocuteur.
- Les données récoltées durant les entretiens pourront être complétées par des données extraites de votre dossier médical et par des questions à vos soignants.

Bénéfices pour les participants

Votre participation ne vous apportera aucun bénéfice direct, mais les résultats du projet pourraient se révéler importants par la suite pour développer de nouvelles pratiques et améliorer les suivis dans le futur.

Droits des participants

Vous êtes libre de participer ou non à ce projet selon votre propre volonté. Si vous choisissez de ne pas participer ou si vous revenez sur votre décision pendant le déroulement du projet, vous n'aurez pas à vous justifier. Votre participation ne change rien à votre suivi habituel. Vous pouvez à tout moment poser toutes les questions nécessaires au sujet de l'étude en vous adressant à la personne indiquée à la fin de la présente feuille d'information.

Obligations des participants

En tant que participant au projet, vous serez simplement tenu de répondre de la manière la plus exacte possible aux questions qui vous seront soumises. Si certaines questions vous apparaissent comme dérangeantes, vous êtes en droit de ne pas y répondre.

Risques

Cette étude ne comporte qu'une récolte d'informations. Elle ne comporte aucune autre intervention de la part des soignants ou des investigateurs. Elle ne comporte aucun risque particulier lié à la santé.

Confidentialité des données

Toutes les données permettant de vous identifier (p. ex. le nom, le prénom) sont remplacées par un code anonyme, de sorte qu'il sera impossible de lier les données récoltées ainsi que vos réponses à votre personne. Les entretiens seront enregistrés, puis retranscrits et conservés sous clé par le chercheur principal. Les fichiers audio seront détruits après retranscription. Toutes les personnes impliquées dans l'étude sont tenues au secret professionnel. Les données seront conservées pour une durée minimum de 10 ans.

Retrait du projet

Vous pouvez à tout moment vous retirer du projet si vous le souhaitez. Les données recueillies jusque-là seront tout de même analysées, ceci afin de ne pas compromettre la valeur de l'étude dans son ensemble.

Rémunération des participants

Aucune rémunération n'est prévue pour la participation au projet.

Financement du projet

L'étude est financée par le département de psychiatrie du CHUV, avec le soutien du département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud.

Interlocuteur(s)

Pour toute question concernant l'étude, vous pouvez vous adresser à :
Philippe Golay, psychologue, philippe.golay@chuv.ch, 021 314 77 46.

Responsable du projet :

Charles Bonsack, médecin chef, section de psychiatrie sociale, consultations de Chauderon, Place Chauderon 18, 1003 Lausanne charles.bonsack@chuv.ch, 021 314 54 24

Déclaration de consentement écrite pour la participation à un projet de recherche

N'hésitez pas à poser des questions lorsque vous ne comprenez pas quelque chose ou que vous souhaitez avoir des précisions.

| | |
|--|---|
| Numéro BASEC du projet : | 2016-00768 |
| Titre de l'étude : | Evaluation systémique du virage communautaire en psychiatrie en Suisse Romande |
| Institution responsable : | Section de psychiatrie sociale (Département de Psychiatrie du CHUV) |
| Lieu de réalisation du projet : | Canton de Vaud |
| Directeur / directrice du projet sur le site : | Charles Bonsack |
| Participant / participante : | Nom : Prénom : Date de Naissance : <input type="checkbox"/> femme <input type="checkbox"/> homme |

- Je déclare avoir été informé des objectifs et du déroulement du projet.
- Je prends part à cette étude de façon volontaire et j'accepte le contenu de la feuille d'information qui m'a été remise sur le projet. J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.
- J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation.
- Je peux, à tout moment et sans avoir à me justifier, révoquer mon consentement à participer à l'étude, sans que cela n'ait de répercussion défavorable sur la suite de ma prise en charge médicale usuelle. Je sais que les données qui ont été recueillies jusque-là seront cependant analysées.

| | |
|------------|---|
| Lieu, date | Signature du participant / de la participante |
| | |

Attestation de l'investigateur : Par la présente, j'atteste avoir expliqué au participant / à la participante la nature, l'importance et la portée du projet. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec ce projet conformément au droit en vigueur. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation du projet, d'éléments susceptibles d'influer sur le consentement du participant / de la participante à prendre part au projet, je m'engage à l'en informer immédiatement.

| | |
|------------|--|
| Lieu, date | Nom et prénom de l'investigateur assurant l'information aux participants en caractères d'imprimerie. Signature de l'investigateur |
|------------|--|

Guide d'entretien (auteur : François Kaech)

Thématiques et questions abordées dans le cadre de l'entretien

1. Au passé : le parcours de vie [perdre sa voix / sa voie ?]

Avant de parler concrètement de l'ensemble de vos activités artistiques et de votre expérience personnelle à Césure, pouvez-vous me parler brièvement de votre parcours de vie.

- Quel était votre projet, vos perspectives ? vos rêves ? votre voie ?
- Est-ce que vous avez traversé des étapes importantes dans votre parcours personnel ?
- Avez-vous vécu des changements de direction, peut-être même des moments de rupture ? **[Problèmes de santé]**
- Vous êtes-vous sentis rejeté, exclu ? Diminué comme citoyen ? **[autostigmatisation ↔ stigmatisation]**
- Avez-vous perdu confiance en vous ? Des moments de confusion ? De désespoir ? De perte d'identité ?
- Vous-êtes-vous senti compris, soutenu par vos proches ; dans votre milieu social ? Ou autres ? **[Reconnaissance]**
- Avez-vous pu, en dépit de ces moments difficiles, retrouver votre chemin de vie, votre voie ? Par quels moyens ? Quelles actions ?
- Avez-vous pu l'exprimer, faire entendre votre voix ? Auprès de quelles personnes, dans quelles circonstances ? Retrouver de l'espoir ?
- Dans quelle mesure avez-vous pu redonner du sens à votre vie, votre projet, votre voie ?
- A quel moment, dans quelle situation avez-vous ressenti une véritable cassure dans votre chemin de vie, perdu espoir ?
- Quelles conséquences sur votre santé ?

2. Au présent : la voix / voie des activités et de l'expression artistiques

Nous souhaitons maintenant prendre du temps pour parler de votre présent, de votre vie d'aujourd'hui dans le cadre de l'ensemble de vos activités créatives / artistiques, dans les ateliers, Césure, espace d'exposition de Cery, l'artothèque.

- Dans quelles circonstances, quel moment, la voie de l'activité créative / artistique s'est-elle ouverte à vous ?
- Dans le passé, avez-vous ressenti de l'intérêt ou des dispositions personnelles à vous exprimer par des moyens d'ordre créatif / artistique ? **[Place de l'art et de la culture dans votre vie]**
- Ou alors est-ce une prise de conscience due à vos activités présentes ?
- Comment les vivez-vous ? Est-ce qu'elles modifient vos perspectives d'avenir ? **[Espoir]**
- Envisagez-vous des voies nouvelles ? **[Espoir]**
- Des nouveaux projets ? **[Espoir]**
- Est-ce qu'elles vous soutiennent dans votre quotidien, vous aident à « aller mieux », adoucissent vos moments de souffrance ?

- Dans quelle mesure vous permettent-elles de renforcer / de retrouver votre confiance en vous ? Est-ce qu'elles contribuent à vous révéler de nouveaux horizons plus personnels, à vous redonner de l'espoir ?
- Dans quelle mesure votre activité créative contribue-t-elle à votre prise en charge thérapeutiques ?
- Dans quelle mesure votre expression créative vous permet-elle d'exprimer votre identité de personne, de citoyen ? **[Appropriation du pouvoir]**
- Qu'est-ce que l'opportunité de pouvoir exposer vos œuvres vous apporte, d'un point de vue personnel, par rapport à la collectivité ? **[Connexions sociales / identité]**
- Qu'est-ce que les rencontres et les contacts avec les artistes reconnues vous apportent-ils ? Comment êtes-vous accueillis, reconnus ? Vous sentez-vous artiste ? **[Identité]**
- Vos activités créatives modifient-elles vos relations avec vos proches ? Dans quel sens ? **[Connexions sociales]**
- Que vous apportent et comment ressentez-vous les activités en groupe et les relations avec les autres bénéficiaires ? Avec les professionnels de l'encadrement ?

3. Au Futur : réaliser sa voie ? Exprimer sa voix.

- Quels seraient vos suggestions, vos propositions, souhaits pour contribuer concrètement à vous accompagner et vous soutenir dans la réalisation de votre voie et l'expression de votre voix ?
- Par ordre d'importance, quelles seraient les prochaines étapes à franchir, à partir de votre expérience personnelle ?
- En quelques mots et d'un point de vue personnel, dites-nous les apports et les limites de votre parcours de créativité dans vos ateliers ?

4. Bilan et conclusion de l'entretien

- Y-a-t-il des éléments sur lesquels vous souhaiteriez revenir brièvement, avez-vous quelque chose à ajouter ?
- Comment avez-vous vécu cet échange ?
- Vous êtes-vous sentis à l'aise avec le déroulement de l'entretien ?
- Comment, selon vous, l'entretien pourrait-il être amélioré ?
- Est-ce que vous avez des questions pour moi ?

Je tiens à vous remercier chaleureusement pour l'attention et le temps précieux que vous m'avez accordés !

Tableaux d'analyse complet

| Liste de codes | Mémo | Fréquence |
|---|------|-----------|
| Liste de codes | | 14893 |
| Lutte | | 61 |
| Entretien | | 98 |
| Entretien\Reconnaissance | | 22 |
| Art | | 215 |
| Art\Limites de Césure | | 142 |
| Art\Entrée Césure | | 109 |
| Art\Activités artistiques avant Césure | | 292 |
| Art\Art comme un besoin | | 66 |
| Art\Identité d'artiste | | 178 |
| Art\Expositions | | 163 |
| Art\Artothèque | | 96 |
| Manque de reconnaissance/visibilité | | 89 |
| Rétablissement | | 87 |
| Rétablissement\Epanouissement | | 59 |
| Rétablissement\Acceptation | | 171 |
| Rétablissement\Apports de la participation à Césure | | 258 |
| Rétablissement\Apports de la participation à Césure\Retrouver un cadre | | 26 |
| Rétablissement\Apports de la participation à Césure\Encadrement à Césure | | 227 |
| Rétablissement\Apports de la participation à Césure\Lien avec les bénéficiaires | | 231 |
| Rétablissement\Apports de la participation à Césure\Valorisation d'autres identités | | 48 |
| Rétablissement\Apports de la participation à Césure\Ressentis positifs | | 299 |
| Rétablissement\Apports de la participation à Césure\Intégration sociale | | 154 |
| Rétablissement\Apports de la participation à Césure\Empowerments | | 301 |
| Rétablissement\Apports de la participation à Césure\Espoir | | 40 |
| Rétablissement\Apports de la participation à Césure\Reconnaissance | | 200 |
| Stigmatisation/discrimination | | 69 |
| Stigmatisation/discrimination\Niveau interpersonnel | | 49 |
| Stigmatisation/discrimination\Niveau interpersonnel \Comportements discriminatoires | | 8 |
| Stigmatisation/discrimination\Niveau interpersonnel \Comportements discriminatoires\Prise en charge | | 12 |
| Stigmatisation/discrimination\Niveau interpersonnel \Préjugés | | 12 |
| Stigmatisation/discrimination\Niveau interpersonnel \Préjugés\Dangerosité | | 6 |
| Stigmatisation/discrimination\Niveau interpersonnel \Préjugés\infantilisation | | 11 |
| Stigmatisation/discrimination\Niveau interpersonnel \Préjugés\Irresponsabilité | | 3 |
| Stigmatisation/discrimination\Niveau interpersonnel \Stéréotypes/étiquettes | | 8 |
| Stigmatisation/discrimination\Niveau institutionnel | | 26 |
| Stigmatisation/discrimination\Pertes | | 2 |
| Stigmatisation/discrimination\Invisibilité de la maladie psychique | | 23 |
| Stigmatisation/discrimination\Invisibilité de la maladie psychique\Responsabilisation | | 2 |
| Stigmatisation/discrimination\Autostigmatisation | | 35 |
| Stigmatisation/discrimination\Autostigmatisation\Impacts | | 0 |
| Stigmatisation/discrimination\Autostigmatisation\Impacts\Identité de malade | | 13 |
| Stigmatisation/discrimination\Autostigmatisation\Impacts\Isolement | | 70 |
| Stigmatisation/discrimination\Autostigmatisation\Impacts\Moindre recherche de soins | | 18 |

| | |
|--|------|
| Stigmatisation/discrimination\Autostigmatisation\Impacts\Anticipation de l'incapacité | 9 |
| Stigmatisation/discrimination\Autostigmatisation\Impacts\Passivité | 23 |
| Stigmatisation/discrimination\Autostigmatisation\Impacts\Honte | 6 |
| Stigmatisation/discrimination\Autostigmatisation\Impacts\Baisse de l'estime de soi | 39 |
| Stigmatisation/discrimination\Autostigmatisation\Conscience de la norme et du stigmaté | 67 |
| Stigmatisation/discrimination\Autostigmatisation\Conscience de la norme et du stigmaté\Conscience du stigmaté associé aux aides sociales | 19 |
| Stigmatisation/discrimination\Autostigmatisation\Conscience de la norme et du stigmaté\Volonté de s'intégrer malgré un inconfort | 21 |
| Stigmatisation/discrimination\Autostigmatisation\Conscience de la norme et du stigmaté\Conscience des préjugés | 28 |
| Stigmatisation/discrimination\Autostigmatisation\Anticipation du stigmaté | 24 |
| Stigmatisation/discrimination\Autostigmatisation\Anticipation du stigmaté\Peur de ne pas être à la hauteur | 1 |
| Stigmatisation/discrimination\Autostigmatisation\Anticipation du stigmaté\Peur du jugement | 12 |
| Avenir\Incertitudes | 95 |
| Avenir\Projets artistiques | 113 |
| Avenir\Projets professionnels | 36 |
| Histoire personnelle | 235 |
| Histoire personnelle\Agression | 26 |
| Histoire personnelle\Relationnel | 261 |
| Histoire personnelle\Identité de genre | 80 |
| Histoire personnelle\Scolarité | 56 |
| Histoire personnelle\Scolarité\Harcèlement | 12 |
| Histoire personnelle\Formation/emploi | 613 |
| Histoire personnelle\Formation/emploi\Harcèlement | 33 |
| Histoire personnelle\Formation/emploi\Aides sociales | 224 |
| Histoire personnelle\Proches | 436 |
| Histoire personnelle\Proches\Soutien | 90 |
| Santé | 122 |
| Santé\Prise en charge | 447 |
| Santé\Santé physique | 241 |
| Santé\Santé physique\Discrimination | 5 |
| Santé\Santé physique\Stigmatisation | 12 |
| Santé\Santé mentale | 385 |
| Santé\Santé mentale\Mal-être | 195 |
| Santé\Santé mentale\Désespoir | 58 |
| Divers | 6832 |