



HAL
open science

Se rétablir par un dispositif de Santé Mentale Communautaire : expérience des usagers du projet Quatro Varas à Fortaleza au Brésil

Léa Lempereur

► **To cite this version:**

Léa Lempereur. Se rétablir par un dispositif de Santé Mentale Communautaire : expérience des usagers du projet Quatro Varas à Fortaleza au Brésil. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01938217

HAL Id: dumas-01938217

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01938217>

Submitted on 28 Nov 2018

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

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



Faculté
de Médecine

Aix-Marseille Université

Se rétablir par un dispositif de Santé Mentale Communautaire
Expérience des usagers du projet Quatro Varas à Fortaleza au Brésil

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 12 Avril 2018

Par Madame Léa LEMPEREUR

Née le 21 décembre 1989 à Toulouse (31)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Président

Monsieur le Professeur POINSO François

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) VION-DURY Jean

Assesseur

Madame le Docteur BERENGUER Elodie

Directeur



**Faculté
de Médecine**

Aix-Marseille Université

**Se rétablir par un dispositif de Santé Mentale Communautaire
Expérience des usagers du projet Quatro Varas à Fortaleza au Brésil**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 12 Avril 2018

Par Madame Léa LEMPEREUR

Née le 21 décembre 1989 à Toulouse (31)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Président

Monsieur le Professeur POINSO François

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) VION-DURY Jean

Assesseur

Madame le Docteur BERENGUER Elodie

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHIERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990 MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991 MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992 MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994 MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995 MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997 MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998 MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999 MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000 MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001 MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002 MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003 M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004 M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005 M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006 M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007 M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGÉON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU-PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

Monsieur le Professeur Naudin, merci de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse, je connais votre intérêt dans le domaine que j'explore et espère y apporter une touche d'exotisme par ce travail. Vous avez singulièrement inspiré mes réflexions et mes choix depuis le début de mon internat, je vous suis très sincèrement reconnaissante de m'avoir ouvert les yeux à des pratiques de la psychiatrie profondément humaines.

Monsieur le Professeur Poinso, merci de faire partie de ce jury. C'est avec beaucoup d'intérêt de que termine mon internat dans votre service, et je ne saurais vous exprimer ici toute mon admiration devant les enseignements cliniques que vous proposez, toujours si passionnants et pertinents.

Monsieur le Docteur Vion-Dury, merci d'avoir rejoint ce jury et de m'avoir reçue pour parler de mon travail ; vos remarques ont été grandement appréciées et entendues. Je suis impatiente de connaître plus amplement vos travaux.

Ma chère Elodie, cette collaboration a été d'une fertilité rare, tu as semé les graines qui n'ont cessé de faire grandir ma réflexion et mon travail, qui ont consolidé mon terrain communautaire et qui m'ont donné l'opportunité de m'exprimer pleinement dans ce travail. Merci pour tes remarques et ta vision des choses, merci pour la confiance que tu m'as accordée, en somme, merci pour cette direction méticuleuse et encourageante. Pourvu que nos chemins professionnels et personnels se recroisent et fleurissent encore et toujours.

Merci à mes chefs de service, et aux psychiatres rencontrés pendant mon internat, vous m'avez tous grandement inspirée, dans l'ordre d'apparition, Jean-Martin Bonetti, Sophie Sirere, Rabah El Okki et Pierre Paulin, Hélène Clarisse, Hélène Pigeon, Vincent Girard, Aurélie Tinland, Flavie Derynck, Catherine Paulet, Pascale Giravalli et toute la fabuleuse équipe médicale du SMPR, Isabelle Gaspari , Xavier Salle-Collemiche et Jokthan Guivarch.

Un merci tout spécial à Hélène Clarisse qui m'a formidablement transmis la possibilité d'être moi dans ma pratique et à Isabelle Gaspari qui a réveillé en moi le goût du groupe.

Merci aux équipes aux sigles mystérieux PIJ CISA MARSS CUMP SMPR USP PPDA, aux infirmier.e.s, psychologues, pairs-aidants, assistant.e.s sociales, éducateur.rice.s, secrétaires, ergothérapeutes etc... qui m'ont généreusement accueillie dans mes stages.

Quero deixar meu agradecimento ao projeto Quatro Varas por me ter acolhido tão bem : principalmente aos usuários que deixaram suas palavras e sorrisos, e ao Dr Adalberto que me fez sair da minha zona de conforto perfeccionando ao mesmo tempo o meu “jogo de cintura”. Gratidão á Dra Lélia pela tranquilidade que transmite, á Leides por ser a mulher mais coerente e humana que conheci, ao Mateus futuro terapeuta de grande valor, aos massoterapeutas, ás Cleinha e Dona Zilma pela energia curandeira, á Cristina e aos “meninos do secretariado” pelo apoio.

Agradeço á minha família brasileira, á minha Jarline pelos intercâmbios psicodramáticocomicos, ás minhas irmas Juju e Jojo por me transmitirem alegria no dia a dia, ao Airton pelos varios contos sobre o projeto e a vida extraordinaria do Padre Henri, ao Padre Henri ele mesmo, pela presença, que descansa em paz, como merece. Ao Jose-Luis, ao Flavio e á Kamilla por terem me deixado uma marca indelével na minha vida.

Agradeço aos meus amigos, Inaê, Jessica, Débora, Fernanda, e principalmente ao Madson, por terem tornado essa experiencia única.

Saudades de todos vocês.

A l'équipe de l'AETCI PACA, un grand merci pour ce que j'ai pu apprendre de chacun d'entre vous et tout spécialement à Nicole et Jean-Marc pour votre soutien et vos encouragements dans mes premiers pas en TCI.

Aux personnes que j'ai rencontrées pendant cet internat, à mes incroyables cointernes d'Ajaccio, Natacha, Delphine et Marguerite, merci pour ces moments de légèreté, et à ceux de Marseille : Martin, René, Marine, Elodie, Caroline, Manon et la team Poinso, vous êtes au top.

A ma bande de co-externes Toulousains, Lulu, Alex, Rémi, Lucie R., Sarah LM... Je ne vous oublie pas !

A Marie ma cousine inclassable de Marseille, merci pour ces nombreux petits cafés-papote.

A mes copines intrépides de partout et de toujours : Charlotte, Mounia, Yasmine, Hermine, Elise, Muriel, Elisa et Prune, merci pour votre soutien sans faille dans toutes les situations de la vie, pour votre folie à toute épreuve, pour vos rires, vos mouv', vos grooves. A Mathieu, merci pour ton courage éternel face à l'adversité.

A celles qui ont bercé ma douce vie Marseillaise, à celles qui ont quitté le bercail pour d'autres horizons : Manon, Maylis, Maelle, Emmanuelle, Judith, Nuria et Fanny, merci pour tous ces précieux moments de joie dans les rues, les plages, les cailloux et les jardins de notre ville.

A ma famille éparpillée et souvent pas tout près, merci d'être là et de croire en moi.

A ma mère, merci pour ton admiration de toujours, tes encouragements et tes patientes relectures tout au long de ce travail.

A Pierre enfin, merci de mettre tous les jours un peu plus de vie dans ma vie.

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	3
1.1. Contexte et positionnement	3
1.2. Problématique et objectifs de recherche.....	5
1.3. Préalables méthodologiques	5
1.4. Définitions	6
1.5. Annonce du plan.....	7
2. ETAT DE L'ART : SANTE COMMUNAUTAIRE, SANTE MENTALE ET RETABLISSEMENT.	9
2.1. L'approche communautaire en santé mentale	9
2.1.1. Le concept de promotion de la santé.....	9
2.1.2. La démarche communautaire	10
2.1.3. Les propositions internationales en santé mentale	11
2.2. La santé mentale en France	13
2.2.1. Les débuts de la psychiatrie sociale et communautaire en France	13
2.2.2. Le paradoxe de la santé mentale	16
2.2.3. La clinique psychosociale	18
2.2.4. Pas de clinique sans dispositifs	19
2.3. Le concept du rétablissement	20
2.3.1. Un mouvement qui provient des usagers	20
2.3.2. Concept de rétablissement en santé mentale : une expérience et des pratiques	23
2.3.3. Le communautaire et le rétablissement.....	26
3. MATERIEL ET METHODES : UNE ETHNOGRAPHIE AU PROJET « QUATRO VARAS »	28
3.1. Présentation du projet « Quatro varas »	28
3.1.1. Naissance du projet	28
3.1.2. Piliers théoriques de la thérapie communautaire intégrative (TCI)	29
3.1.3. Organisation du système de soins Brésilien et place de la TCI	31
3.1.4. Présentation du lieu	33
3.2. Méthode d'enquête	35
3.2.1. Objectif principal, objectifs secondaires	35
3.2.2. Choix d'une méthode qualitative	36
3.2.3. Protocole de l'étude.....	38
3.3. Dimensions éthiques de la recherche	43
3.3.1. Le statut du chercheur	43
3.3.2. Réflexivité autour de la rencontre	45

4.	RESULTATS : L'EXPERIENCE DU RETABLISSEMENT PAR LE PROJET, SE DECALER ET CHOISIR SA TRAJECTOIRE.....	47
4.1.	Présentation des enquêtés	47
4.1.1.	Caractéristiques des enquêtés.....	47
4.1.2.	Vignettes cliniques	50
4.2.	Se décaler pour espérer.....	55
4.2.1.	(Re)sentir	55
4.2.2.	L'accueil comme expérience humaine	58
4.2.3.	Le vécu et le partage en TCI	60
4.3.	Reprendre le pouvoir	61
4.3.1.	Sur son corps	61
4.3.2.	Sur sa trajectoire de vie	67
4.4.	Participer et se rétablir	71
4.4.1.	S'occuper du lieu, devenir « thérapeute »	71
4.4.2.	Renforcer des liens familiaux, recréer des liens communautaires	73
4.4.3.	Un « bain de gens »	75
5.	DISCUSSION	77
5.1.	Les limites de l'alternatif.....	77
5.1.1.	Un accueil de tous ?	77
5.1.2.	Le cadre « institutionnel » du communautaire	79
5.1.3.	Le rapport aux savoirs	82
5.2.	Les limites de la lecture par le rétablissement.....	83
5.2.1.	L'objectivité et l'expérience.....	83
5.2.2.	La culture et le groupe.....	85
5.3.	La place de l'alternative communautaire en France.....	87
5.3.1.	Des dispositifs en réseau	87
5.3.2.	La thérapie communautaire intégrative en France	90
6.	CONCLUSION.....	93
7.	BIBLIOGRAPHIE.....	95
8.	ANNEXES.....	104
8.1.	Plan du projet Quatro Varas	104
8.2.	Grille d'entretien	105
8.3.	Tableaux Enquêtés	106

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte et positionnement

Sur l'avenir de la psychiatrie, Guelfi et Rouillon résumant ainsi le dilemme que va devoir affronter notre discipline « *L'objectif primordial est moins aujourd'hui de lutter contre les maladies mentales que d'assurer la promotion d'une bonne santé mentale. L'avenir de notre discipline va donc inévitablement s'imprégner du concept de « santé positive », conformément à la définition que donne l'OMS de la santé « état de complet bien-être physique, mental et social ». Si cette évolution élargit le champ d'intervention des psychiatres, bien au-delà des troubles mentaux qui furent naguère leur corps de métier, le risque est de « psychiatriser » des difficultés psychologiques ou sociales qui n'ont pas nécessairement lieu d'être* » (Guelfi & Rouillon, 2017, p. 825).

La psychiatrie contemporaine française est en transition et a besoin de renouveler ses dispositifs de soin. Le rapport de mission Piel-Roelandt de juillet 2001 évoque des modalités de passage de la psychiatrie à la santé mentale « *Il s'agit, aujourd'hui, de mettre la psychiatrie dans la ville, dans la communauté et la ville et la communauté dans la psychiatrie, de réimplanter fortement le dispositif de santé mentale dans la cité, de redynamiser les pratiques de soin dans la proximité et le partenariat avec les acteurs sociaux et les élus locaux* » (Piel & Roelandt, 2001, p. 6). La politique de secteur instaurée en 1960 a marqué l'inscription de structures de soin à l'intérieur d'aires géographiques définies, mais n'a pas réellement permis de mettre en place des soins psychiatrique de proximité. Le secteur est critiqué pour sa conception encore trop rigide de la folie et des stratégies de soins (enfermement, médications) et pour sa tendance à l'hospitalo-centrisme (Castel, 1981; Piel & Roelandt, 2001). De nombreux dispositifs intersectoriels, experts et/ou alternatifs naissent alors des insuffisances d'un secteur qui fonctionne sur un mode généraliste. Pour ne donner que quelques exemples, ces dispositifs ciblent des populations en fonction de la singularité de leur clinique (centres experts bipolaire, autisme, schizophrénie, consultations post-traumatiques), de leur exposition à des risques psychosociaux (équipes mobiles psychiatrie précarité, consultation souffrance au travail) ou à des interactions problématiques (unités parents-enfants, consultations familiales). Sous-tendus par des choix théoriques qui leurs sont propres, ils se complètent, se rencontrent parfois.

Dans les territoires, les « secteurs géographiques », aucun dispositif de soins ne vient soutenir durablement les structures publiques existantes (CMP, CATTP, Hôpitaux de Jour). Les actions communautaires en santé mentale se déploient en France principalement à travers

des associations d'usagers ou des interventions sociales. Or selon les recommandations internationales en santé, le bien-être psychique des communautés est bel et bien une mission du service public de santé (OMS, 2013; Piel & Roelandt, 2001).

Le choix d'un sujet de santé mentale communautaire répond à une préoccupation d'agir au plus près des besoins des personnes, en amont et en aval des soins que pourraient prodiguer le secteur. Je saisis l'opportunité d'une escale lointaine pour comprendre comment peut se développer un dispositif public de santé mentale à assise communautaire. Le projet Quatro Varas, ou Mouvement Intégré de Santé Mentale Communautaire (MISMeC) est un dispositif d'accueil et de traitement de la souffrance psychique, implanté depuis 1989, au cœur de la favela du Pirambu à Fortaleza, capitale de la région du Ceara, dans le Nord Est du Brésil.

Pour appréhender cet objet dans sa globalité, et dans un dialogue permanent avec les problématiques de santé mentale que nous connaissons en France, je me suis interrogée sur la question de la place et du positionnement de chacun. La place du psychiatre est en effet mise à mal par les transformations que connaît la psychiatrie. Celle de l'utilisateur en santé mentale souffre d'un entre-deux, ce dernier ne sachant où se positionner dans le continuum maladie mentale-bien-être psychique (Ehrenberg, 2004). Alors que je prenais place dans la favela pour intervenir selon un nouveau paradigme thérapeutique, je me questionnais sur la place des personnes rencontrées dans ce projet, sur la place du projet dans la vie des personnes et dans leur trajectoire de difficultés. Ce dispositif modifie-t-il la santé du quartier et celle de ses usagers ? Quel est son impact individuel et collectif ?

Pour circonscrire cette question, j'ai choisi de m'intéresser à ce qui m'est apparu comme le plus en accord avec un positionnement psychiatrique, à savoir l'impact individuel d'un tel dispositif sur la santé mentale des personnes. N'étant pas dans une structure de soin disposant d'outils cliniques d'évaluation en psychiatrie (pas de dossiers médicaux, ni d'évaluation diagnostique), j'ai dû me décaler radicalement de la question de la maladie mentale, de ses critères et de leur évolution. Par ailleurs, un contexte culturellement éloigné et un modèle de soin original m'a attirée vers des conceptions de la souffrance psychique et de la santé mentale peu connues, qu'il m'a semblé bon d'étudier de manière exploratoire, sans idées préconçues, à travers une réflexion sur mon expérience et le recueil de l'expérience des personnes rencontrées.

Dans un second temps, j'ai choisi de lire ces expériences à la lumière du concept de rétablissement. Dans sa dimension expérientielle, le rétablissement m'a semblé opérant pour rendre compte de l'évolution de l'état de santé mentale individuel des personnes, se centrant

non par sur leur maladie, mais sur leur trajectoire de vie et leur devenir. Cette lecture sert indirectement la mesure de l'impact du dispositif sur la santé mentale des individus, par un concept reconnu dans le champ de la psychiatrie. Ainsi, je ne cherche pas à savoir si ce dispositif prévient ou guérit les troubles mentaux, mais s'il permet de se rétablir, et par quels moyens. L'action de se rétablir se distingue en effet d'une action préventive ou curative, elle s'en décale en se plaçant sur un autre plan, celui d'une vie considérée comme satisfaisante par les sujets.

1.2. Problématique et objectifs de recherche

La problématique de cette recherche est de savoir s'il est possible de se rétablir individuellement par un dispositif de santé mentale communautaire. Pour répondre à cette question, nous chercherons dans l'expérience des usagers, quels sont pour eux les effets du dispositif sur leur trajectoire de difficultés psychiques, et selon quelle articulation entre leur participation au projet et leur vécu ces effets se produisent. Comment ces effets s'inscrivent-ils alors dans un modèle de rétablissement ?

L'objectif principal de la recherche est *in fine* d'analyser les trajectoires de rétablissement des personnes à partir de leur expérience au projet. Par ailleurs, des objectifs secondaires sont définis en lien avec le caractère communautaire du dispositif. Il s'agira tout d'abord de s'assurer d'un ancrage de proximité, argument majeur d'un abord défini comme communautaire. Puis seront identifiés les éléments du dispositif qui agissent le processus de rétablissement c'est-à-dire les « qualités » spécifiques de l'approche communautaire que les personnes mettent en lien avec les effets qu'elles expérimentent. Enfin, l'organisation de la participation des usagers au projet, selon un modèle communautaire, sera explicitée.

Par ces questions, l'objectif est, à travers un exemple concret, à la fois de mieux comprendre comment fonctionne un dispositif communautaire et de se pencher sur ses effets individuels. La possibilité d'explorer un tel dispositif est l'opportunité d'une ouverture vers l'extérieur et d'un renouvellement fertile de nos pratiques de soin ; elle est l'occasion de s'inspirer de telles pratiques, en les adaptant à notre contexte socio-culturel et psychiatrique actuel.

1.3. Préalables méthodologiques

Ce travail n'a pas la prétention d'évaluer l'efficacité d'un dispositif de soin mais l'ambition d'explorer des expériences de participation et à travers elles, des interactions entre une approche communautaire et des trajectoires de vie et de difficultés psychiques. Pour répondre à cet objectif exploratoire, j'ai choisi d'employer une méthode qualitative empruntée

aux sciences humaines et sociales pour recueillir mes données de terrain. J'ai alors adopté une posture ethnographique d'observation attentive des pratiques de soin et du fonctionnement communautaire du dispositif, participant « comme les autres » à ses activités et répondant à ses missions de soin. Des entretiens semi-dirigés auprès des usagers ont été le support d'un recueil des expériences de participation au projet, à la fois libre et centré sur les questions de recherche. Des allers-retours permanents entre une posture exploratoire, large et une recherche précise apportant des éléments de compréhension ciblés, me permettent de soutenir aujourd'hui le succès de la méthode. Les observations et les entretiens ont ensuite été analysés à la lumière du concept de rétablissement expérientiel pour lequel j'ai relevé des composantes principales : l'espoir, la reprise de pouvoir et la participation.

J'ai donc construit un objet d'étude pour lequel une analyse qualitative pouvait servir la réflexion dans le domaine de la psychiatrie, en me centrant sur les effets individuels d'une intervention de type communautaire.

1.4. Définitions

Des éléments de définition des termes employés dans ce travail doivent être maintenant précisés, tant ils peuvent être sujets à des significations politiques ou idéologiques différentes selon qu'ils sont employés par des acteurs du sanitaire, du social ou du politique. J'entends les objets traités dans cet exposé, particulièrement concernés par des abords pluridisciplinaires, comme correspondant à des catégories de sens que je me dois d'explicitier. Le terme de « santé mentale » sera abordé selon une définition dynamique, c'est-à-dire selon A. Lovell, comme le pôle positif d'un continuum d'états psychologiques représenté par « *le bien-être et les ressources censées permettre la gestion, de « façon satisfaisante », de sa propre vie, même face à l'adversité (le stress, les événements de vie et les conflits produits dans l'environnement et les relations sociales)* » (Lovell, 2004, p. 14). Au pôle négatif de ce continuum, on retrouverait les « troubles mentaux » relevant de la « psychiatrie », discipline médicale. La « souffrance psychique » se situerait alors entre ces deux pôles. Nous parlerons également de « santé mentale » pour aborder plus généralement les questions ayant attiré aux états mentaux décrits ci-dessus.

Concernant le « communautaire », il faut dès à présent le distinguer du « communautarisme », qui selon François De Singly « *condamne les individus à rester dans leur groupe, leur communauté d'origine, s'opposant ainsi à leur liberté de s'affilier et de se désaffilier avec d'autres groupes d'appartenance* ». Au contraire, « *le défi communautaire actuel est de créer un nouveau lien social qui combine la liberté de chacun et le respect*

mutuel, un « nous » qui respecte l'identité des « je » et soit suffisamment fort pour traduire en attachement significatif, un lien qui sache unir sans trop serrer » (De Singly, 2003).

Le « dispositif » selon la définition sociologique de Michel Foucault est « *un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit, aussi bien que du non-dit* » (Foucault, 1994). Un dispositif sera considéré comme un assemblage sociotechnique d'humains et de non-humains qui se déploie autour d'un objectif précis, à savoir ici un objectif de santé mentale¹.

J'emploierai le terme d' « usagers » pour désigner les participants à un dispositif de santé mentale *a fortiori* dans cet exposé les participants au projet Quatro Varas. Certains auteurs revendiquent une définition plus large de l'usager, comme « *toute personne qui peut se sentir concernée, à un moment ou l'autre de sa vie, par un problème de santé mentale* » (Piel & Roelandt, 2001) qui me semble avoir intérêt surtout pour soutenir le propos politique qu'ils soulèvent.

Concernant l' « expérience » des usagers, elle sera appréhendée dans ce travail à la manière de la phénoménologie, comme la réalité subjective de ce que les usagers vivent, traduite en un récit « expérientiel » suscité en entretien. L'analyse globale, intuitive et pragmatique en contexte de cette expérience et sa traduction en des termes psychopathologiques est ce que j'appellerai la « clinique ».

D'autres termes relatifs à la santé et au rétablissement seront définis par les données de la littérature dans la première partie de l'exposé.

1.5. Annonce du plan

L'exposé s'articule autour de quatre parties. Une première partie présente un état de la question à travers une revue de littérature dans les domaines des approches communautaires en santé, principalement à partir de textes officiels de rapporteurs internationaux, de la santé mentale en France, dans ses dimensions historique et clinique, et du rétablissement, selon une vision globale. Ces deux derniers thèmes sont également discutés dans leur lien avec le communautaire.

¹ Foucault a au départ défini ce terme pour décrire le fonctionnement dominant, normatif et disciplinaire des dispositifs de surveillance et de sexualité (1975,1976). Plus tard, les sociologues se distancient de ces connotations pour ne garder que la manière dont il a contribué par cette définition à déconstruire l'organisation de la vie sociale (Beuscart & Peerbaye, 2006).

La deuxième partie expose le terrain de l'enquête, les questions de recherche et argumente le choix la méthode. Elle détaille le protocole de recherche et discute des dimensions éthiques de la posture du chercheur.

La troisième partie correspond aux résultats de la recherche. Elle comprendra une partie de présentation globale des données de l'enquête, dans laquelle seront détaillés trois cas cliniques, puis une lecture de ces données par les composantes du rétablissement.

La quatrième partie discutera des limites d'un tel dispositif et d'une lecture par le rétablissement ainsi que des perspectives d'approches complémentaires pour évaluer ce type de dispositif.

2. ETAT DE L'ART : SANTE COMMUNAUTAIRE, SANTE MENTALE ET RETABLISSEMENT.

2.1. L'approche communautaire en santé mentale

2.1.1. *Le concept de promotion de la santé*

La santé des populations dépend d'un ensemble de facteurs biologiques, démographiques, écologiques, culturels, sanitaires, sociaux, politiques, économiques... Le constat d'une telle détermination de la santé individuelle par le groupe dans lequel les personnes évoluent a depuis longtemps été pris en considération par les politiques publiques qui ont conçu des programmes de prévention, des mesures d'hygiène sanitaire, d'éducation à la santé...

Lors de la première conférence internationale de santé en 1946, préambule à la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est définie comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas en l'absence de maladie ou d'infirmité* » et est reconnue « *comme un droit fondamental pour tous* » (OMS, 1946).

Devant le constat d'inégalités sociales de santé entre les pays développés et les pays en voie de développement et à l'intérieur même des pays, la conférence d'Alma Ata en 1978 préconise le développement des *soins de santé primaires*. La déclaration d'Alma Ata introduit dans les politiques nationales de santé un premier niveau de contact des familles et des communautés avec le soin, au plus près des lieux de vie et de travail des personnes (OMS, 1978).

En 1986, la Charte d'Ottawa pour la *promotion de la santé* définit un objectif de santé pour tous d'ici l'an 2000, selon un principe d'équité. Pour réduire les inégalités sociales de santé, elle propose d'agir prioritairement sur les *déterminants de la santé*, définis comme des sécurités de base, ressources préalables indispensables à toute amélioration de la santé. Il s'agit pour chaque personne de :

- se loger,
- accéder à l'éducation et à l'information,
- se nourrir convenablement en quantité et qualité,
- disposer d'un revenu suffisant, certain et stable,
- bénéficier d'un écosystème stable, protecteur,
- compter sur un apport durable de ressources,

- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable (OMS, 1986).

Aussi, le secteur de la santé ne suffit pas à assurer un objectif de santé tel qu'il est défini par l'OMS : « *Promouvoir la santé exige l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé, secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et volontaires, autorités locales, entreprises et médias* » (OMS, 1986)

L'OMS affirme le décloisonnement des actions du politique, du sanitaire et du social en matière de santé. Cette dernière n'est plus la seule affaire des médecins.

La promotion de la santé, qui a pour but de « *donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer* » passe par plusieurs actions listées dans la Charte, notamment par un renforcement de *l'action communautaire* en santé.

« *Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles des communautés pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle des personnes en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances, ainsi que des moyens et des espaces dédiés à l'expression et à la participation* » (OMS, 1986).

2.1.2. La démarche communautaire

Bien avant la Charte d'Ottawa, des approches communautaires se sont développées dans d'autres domaines que celui de la santé, encourageant une approche participative, valorisant les ressources de chacun etc... Par exemple, dans les années 1930, l'école de Chicago aux Etats Unis, composée essentiellement de sociologues a créé un véritable laboratoire d'étude des comportements délinquants dans les quartiers défavorisés en condition d'organisation communautaire. Dans les années 1960, le pédagogue brésilien Paulo Freire, crée le concept et les méthodes de *l'éducation populaire*, fondés sur une articulation entre l'éducation, le développement de l'identité, et l'organisation de groupes populaires en acteurs sociaux. Nous verrons que ses idées ont notamment fortement impacté le développement de la thérapie communautaire intégrative, outil central du projet de santé mentale communautaire Quatro Varas, objet de notre enquête. Au même moment en Europe, naissent de nombreuses initiatives communautaires, issues des mouvements sociaux, visant le plus souvent à renverser des rapports de pouvoir, donnant aux habitants plus d'emprise sur les différents aspects de

leur vie. Aux Etats-Unis, c'est la notion d'*empowerment*, aujourd'hui adaptée à la santé, qui va se répandre dans le tissu social à partir des années 1970, donnant un substrat conceptuel aux mouvements féministes, noirs, ou d'éducation populaire. L'*empowerment* est un processus ou une approche qui vise à permettre aux individus, aux communautés, aux organisations d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision, plus d'influence sur leur environnement et leur vie. Cette notion est aujourd'hui indissociable de l'approche communautaire.

L'observatoire du Secrétariat Européen des Pratique de Santé Communautaire (SePSaC), en collaboration avec plusieurs pays, a défini des repères concernant la démarche communautaire:

1. Travailler avec l'ensemble de la communauté, en intégrant et mettant en valeurs les différences (développant le sentiment d'appartenance commun).
2. Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction et d'*empowerment* individuel et collectif.
3. Favoriser un contexte de partage de pouvoir et de savoir
4. Mettre en compétence tous les acteurs concernés
5. Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté.
6. Avoir une démarche de planification par une évaluation partagée, évolutive et permanente. (repère méthodologique)

Concernant les démarches en santé :

1. Avoir une approche globale et positive de la santé
2. Agir sur les déterminants de santé dans une perspective de promotion de la santé
3. Travailler en inter-sectorialité (SEPSAC, 2008).

Ces repères peuvent être utilisés comme des outils pour les acteurs qui mettent en place des dispositifs de santé communautaire dans les territoires.

2.1.3. Les propositions internationales en santé mentale

Pour la réalisation de l'objectif de santé pour tous de l'OMS, et devant la nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays, un plan d'action global pour la santé mentale 2013 – 2020 a été élaboré en consultation avec les états membres, la société civile et les partenaires internationaux. Le plan d'action repose sur le principe qu'il n'y a « *pas de santé sans santé mentale* » (OMS, 2013).

L'Atlas de la Santé Mentale publié en 2011 note une rareté des ressources disponibles pour faire face aux besoins en santé mentale dans beaucoup de pays et une répartition du financement inefficace. En effet celui-ci est majoritairement alloué aux hôpitaux psychiatriques, alors même que leurs « *résultats sanitaires [sont] médiocres* » et que leur structure institutionnelle comporte une « *risque de violation des droits de l'homme* ». Le plan d'action préconise une « *réaffectation de ce financement à des services communautaires, y compris l'intégration de la santé mentale dans les structures générales de soins de santé* » (OMS, 2013)

Le plan d'action global pour la santé mentale intègre la dimension communautaire et les stratégies de prévention et de promotion de la santé mentale dans ses objectifs principaux:

1. renforcer le leadership et la gouvernance dans le domaine de la santé mentale;
2. fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire;
3. mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale;
4. renforcer les systèmes d'information, les bases factuelles et la recherche dans le domaine de la santé mentale.

La santé mentale est donc pour l'OMS bel et bien intégrée dans la santé globale. Des pratiques à « *assise communautaire* » sont privilégiées et peuvent être intégrées aux structures générales de soin de santé.

Ces avis internationaux n'ont pas valeur de législation mais de référence pour que les pratiques de santé aillent dans le sens d'un plus grand respect des droits humains fondamentaux (accès à la santé, à l'information, prévention des mauvais traitements et de la privation de liberté...). Notons également l'intérêt économique pour les politiques de santé publique d'une démarche de santé collective, par rapport à une démarche individuelle plus coûteuse. L'OMS et ses programmes de santé globale, impliquent une contradiction entre des propositions internationales et des spécificités locales.

L'histoire culturelle et médicale d'un pays ne peut être « globalisée », aussi, ces références internationales doivent être adaptées, repensées au prisme de la singularité de chaque pays. Par exemple, la France a une tradition du soin primaire basée sur le modèle médical du médecin généraliste coordinateur, alors que de nombreux autres pays fonctionnent sur un modèle de centre de santé pluridisciplinaire. Inspirée de ce modèle la psychiatrie s'est fondée sur le colloque singulier avec le malade. Les tensions entre l'individuel et le collectif

sont donc en France particulièrement présentes au vu de notre tradition de soin. Voyons sur quelles bases historiques nous pouvons nous appuyer pour penser les stratégies de santé mentale et une assise communautaire en France.

2.2. La santé mentale en France

2.2.1. Les débuts de la psychiatrie sociale et communautaire en France

Dans les années 1920, Edouard Toulouse fonde le Comité d'Hygiène Mentale dont l'ambition première est la psychiatrie sociale c'est-à-dire une psychiatrie « *tutrice de la vie individuelle et collective* » (Toulouse, 1896). Il ouvre le premier service « *ouvert* » de psychiatrie et une assistance ambulatoire à pour les personnes souffrant de troubles mentaux. C'est l'hôpital Henri Rousselle à Ste Anne à Paris. La circulaire du 13 octobre 1937 s'inspire de cette initiative et notifie que les aliénistes deviennent des psychiatres, et leur sont accordés des missions de prévention de l'hospitalisation et de l'exclusion (Rucart, 1937)

Les dérives hygiénistes de ce mouvement ont fait abandonner le concept d'hygiène mentale mais l'émergence des préoccupations environnementales entourant les personnes suivies marque le point de départ de la psychiatrie sociale.

Clément Bonnet et Jean-Paul Arveiller proposent une définition générale de la psychiatrie sociale comme un « *soin psychique qui intègre et utilise la dimension environnementale de la personne et les interaction qu'elle peut développer avec elle dans un milieu soignant aménagé ou dans son milieu naturel de vie* » (Kapsambelis & Laugier, 2012) .

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, plusieurs dynamiques sociales ont un impact sur la pratique et les dispositifs en psychiatrie. D'une part, les sciences humaines et sociales commencent à s'intéresser à la folie et à ses interactions avec le social.

Dans sa thèse de médecine fortement imprégnée de sa pensée philosophique, Georges Canguilhem alerte en 1942 sur le risque d'une uniformisation des pensées et des comportements par un jugement normatif apporté par la médecine et a fortiori par la psychiatrie dans le champ de la santé mentale (Canguilhem, 2013).

Les œuvres fondatrices d'Erving Goffman : *Asiles* (1968), *La mise en scène de la vie quotidienne* (1973) et *Stigmates* (1975) font de lui le précurseur d'une réflexion poussée sur les interactions entre maladie mentale et société. Il apparaît dans son analyse sociologique que les symptômes psychiatriques naissent en partie dans le lit des interactions sociales (Goffman & Accardo, 1973; Goffman & Kihm, 1975; Goffman, Lainé, Lainé, & Castel, 1968).

Michel Foucault, avec son *Histoire de la folie à l'âge classique* (1972), a défendu l'idée que la psychiatrie est née d'un processus social de mise à distance et d'objectivation de la folie. Il soutient que le sujet malade mental n'existe que dans sa dimension assujettie par le pouvoir à une place de malade mental. Gênant la psychiatrie asilaire dans sa tendance de gestion totale, il contribue avec les anthropologues de la santé qui s'en inspirent à inscrire la psychiatrie dans un mouvement humaniste en lien avec le social et le politique (Foucault, 1998).

Ces travaux critiques traitant du contrôle social des malades mentaux et des déviants s'inscrivent dans une filiation certaine avec les travaux des psychiatres réformateurs², s'indignant contre le caractère inhumain des pratiques d'exclusion sociale propres à l'institution asilaire. A l'extrême, la découverte des conséquences de l'enfermement des malades mentaux pendant l'Occupation en France (famine, décès...) et des exterminations de masse dans les hôpitaux psychiatriques du III^e Reich concourt à une prise de conscience citoyenne d'une humanité bafouée (Postel & Quénel, 2012).

Parallèlement, à partir des années 1950, l'apparition des drogues psychotropes et leur efficacité remarquable sur les symptômes vont notablement transformer l'image de la folie, rendant de plus en plus intolérable l'enfermement, et possible la vie sociale et familiale de patients par ailleurs suivis en psychiatrie. En outre, une logique financière de contrôle des coûts de santé contribue à fermer des lits d'hôpital et diminuer les durées de séjour. Le champ de compétence de l'hôpital psychiatrique devra alors se limiter au traitement de la crise aiguë (Postel & Quénel, 2012).

Seuls les malades les plus graves restent en institution. Au sein de ces dernières, les psychiatres vont tenter de déjouer les routines aliénistes. La psychanalyse va infiltrer la psychiatrie formant, avec l'idéologie marxiste, le socle théorique de la *psychothérapie institutionnelle*. Jean Oury, François Tosquelles, Paul-Claude Racamier portent ce mouvement réformateur désaliéniste, prônant une vision humaniste et libératrice de la folie des personnes prises en charge par les institutions (Oury & Tosquelles, 2001). Ce courant se développe dans les années 1950 en intégrant notamment les expériences des psychiatres Français enfermés pendant la guerre avec leurs malades (Kapsambelis & Laugier, 2012).

Tous ces éléments concourent à la *désinstitutionnalisation* et à la mise en place de la *politique de secteur*, visant à renforcer un service ambulatoire de psychiatrie avec des

² Voir la préface de Robert Castel dans Goffman, E. (1968). *Asiles*. Paris, France : Editions de Minuit.

structures d'accueil temporaire au plus près du lieu d'habitation des patients (dispensaire d'hygiène mentale, hôpitaux de jour, foyers de post-cure ateliers protégés).

Il s'agit alors d'intervenir en prévention et en post crise directement dans la communauté. La circulaire du 15 mars 1960 sur l'organisation de la lutte contre les maladies mentales affirme que « *l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure* » (Chenot, 1960).

La prise en charge sectorielle a pour objectif de relier une même équipe de soin à une circonscription de 70 000 habitants environ. Fondée sur les notions d'accessibilité et de continuité de soins, elle vise à promouvoir une évolution du dispositif de soins sortant progressivement d'une logique institutionnelle au profit de prises en charge diversifiées et de proximité, adaptées aux besoins des patients.

Dans les années 1960-1970, la psychiatrie a alors introduit la dimension sociale, le groupe dans le projet thérapeutique. Jacques Hochmann pointe en 1970 le changement de paradigme d'une psychiatrie qui soignerait les « *ensembles* » (institution, famille, communauté) (Hochmann, 1971).

En dehors des institutions et de la psychiatrie institutionnelle, les familles ont été investies par le champ de la systémique. Les travaux de l'école de Palo Alto dans les années 1950 en sciences sociales et de la communication enrichissent les schémas psychanalytiques préexistants sur l'intersubjectivité et le psychisme en condition groupale, mettant à jour la complexe réalité des systèmes de relation intrafamiliaux. Un dispositif de thérapie systémique familiale opérant est proposé sur ces bases. Postulant qu'une famille comme système ne peut se poser que les problèmes qu'elle peut résoudre ; ses membres se retrouvent acteurs de leurs solutions. Selon le psychiatre Guy Ausloos, le thérapeute facilite alors la révélation des ressources du système, tentant de « *pénétrer le mystère des familles compétentes plutôt que de soigner les familles dysfonctionnelles* » (Ausloos, 1995). Un renversement conceptuel est soulevé par cette approche : le groupe est capable, il possède un savoir expérientiel qu'un positionnement médical de type dominant ne permet pas de révéler. Il s'agit pour le thérapeute non pas de soigner avec son savoir théorique mais de prendre soin de faire émerger dans le groupe des savoirs pratiques. Pour autant, le développement de cette branche de la psychiatrie reste très minoritaire dans le paysage des interventions en psychiatrie publique. Le dispositif, nécessitant plusieurs thérapeutes formés, une infrastructure et du matériel spécifique, des familles volontaires pour « se soigner en psychiatrie » quand bien même elles ne se sentiraient pas défaillantes, semble un peu lourd au regard des besoins communautaires.

En 2001, le rapport Piel-Roelandt, répondant à une mission de réflexion et de prospective dans le domaine de la santé mentale, critique « *l'absence de dispositif de secteur réellement intégré dans la communauté* » (Piel & Roelandt, 2001). Il pointe « *la décision politique de confier la gestion du secteur psychiatrique à l'hôpital, en 1986* » comme une « *remise en cause des principes de la sectorisation, comme de toute autre forme de véritable psychiatrie communautaire* ». Un « *hospitalocentrisme dominant* » aurait empêché la réalisation du but poursuivi par ceux qui l'avaient pensé au moment de l'élaboration de la politique de sectorisation à savoir : transférer le budget des sites hospitaliers vers la communauté.

Comme l'avait déjà fait remarquer Robert Castel en 1981, la réforme psychiatrique institutionnelle au lendemain de la seconde guerre mondiale n'aura pas permis de remettre radicalement en question, ni l'existence de l'asile, ni l'utilisation des médicaments, ni même la conception de la folie (Castel, 1981).

La psychiatrie communautaire n'a pas achevé son déploiement comme il en était question au départ. Il existe une grande hétérogénéité de pratiques et des dispositifs selon les régions, restant la majeure partie du temps, bien en deçà des préconisations des autorités sanitaires, faute de moyens ou de volonté politique locale (Kapsambelis & Laugier, 2012). Les pratiques de secteur se sont chronicisées avec leurs patients, ne répondant pas à toutes les missions qui leur avaient été confiées dans la circulaire de 1960 puis de 1990. Parmi ces missions, la réadaptation psychosociale, la coordination avec les autres dispositifs de soin et de prévention, les interventions dans les structures sociales, éducatives et médico-sociales ou encore la participation à des programmes de santé particuliers ne sont que très peu développées dans les secteurs (Metras, 1990).

Le rapport Piel-Roelandt propose pour « *mener la politique de sectorisation à son terme, [de] passer de la psychiatrie à la santé mentale* » (Piel & Roelandt, 2001).

2.2.2. Le paradoxe de la santé mentale

Le cadre législatif qui encadre les pratiques de promotion de la santé est favorable en France à des initiatives communautaires en santé mentale, mais il laisse souvent la psychiatrie perplexe face à un nouvel objet, la santé mentale, qui dépasse les nosographies qui ont fondé son histoire.

Les sciences sociales pointent du doigt la question *clinique*. Pour Alain Ehrenberg, passer de la psychiatrie à la santé mentale revient à passer de la psychose à « *un nouveau* »

jardin des espèces »³ (...) : *dépression, stress post-traumatique, abus sexuels, troubles obsessionnels compulsifs (TOC), attaques de panique, consommations massives de médicaments psychotropes et de drogues multiples, addictions s'investissant dans les objets les plus divers (le jeu, le sexe, la consommation), anxiété généralisée, impulsions suicidaires et violentes, syndromes de fatigue chronique, « pathologies de l'exclusion », souffrances psychosociales, conduites à risques, psychopathies, etc.* » (Ehrenberg, 2004).

Ann Lovell dans un rapport de l'InVS sur la surveillance en santé mentale soulève le problème de définition de la santé mentale. « *Aucun critère scientifique ne peut résoudre le problème de la délimitation des phénomènes, des états, des conditions à prendre en compte dans une politique de santé mentale* » (Lovell, 2004).

Le passage de la psychiatrie à la santé mentale suggéré par le rapport Piel-Roelandt n'est pas seulement l'affaire des psychiatres : il faudrait sortir des catégories nosographiques, pour réinventer une clinique de la souffrance psychique, concept connexe de la santé mentale, profondément inscrit dans le social. Il faudrait opérer selon Alain Ehrenberg un changement de conception qui n'est pas seulement un déplacement du pathologique vers le presque normal mais « *un grand renversement* » dans lequel la maladie mentale n'est plus seulement un phénomène traité par le médical mais subordonné à la santé mentale, dont le traitement prend une multitude de formes. « *La signification est qu'il faut prendre en charge moins des maladies que le patient considéré comme un tout sur sa trajectoire de vie, ce qui implique une reformulation du rapport maladie-santé par la socialisation* » (Ehrenberg, 2004).

Les notions de handicap « psychique », de « désavantage » (dans la classification du handicap adoptée par l'OMS) ou de « fonctionnement social » dans les échelles de mesure de la santé mentale renvoient à ce phénomène de socialisation.

De la même manière, le passage de la psychiatrie à la santé mentale redonne la parole aux usagers, qui redeviennent alors acteurs de leur santé mentale.

La clinique des usagers en santé mentale est fortement hétérogène et ne peut être définie autrement que dans un rapport à la socialisation. C'est ce qu'ont tenté de faire les théoriciens de la *clinique psychosociale*, ou *clinique de la précarité* assumant une incompatibilité avec les nosographies internationales et un abord plus expérientiel de la souffrance psychique.

La fusion entre *clinique psychosociale* et *clinique de la précarité* provient du cadre socio-politique d'émergence et reconnaissance de cette clinique, fondamentalement lié à la

³ En référence à l'expression de Michel Foucault dans *la Folie à l'âge Classique* (Foucault, 1998).

lutte contre l'exclusion, visant notamment à l'accès à la prévention et aux soins pour tous. En adoptant une vision large de la précarité, alors on comprend qu'elle concerne tous les usagers de la santé mentale à un moment donné de leur vie.

2.2.3. La clinique psychosociale

La clinique psychosociale est un champ théorique ouvert par l'Orspere. Fondé par le psychiatre Jean Furtos et le sociologue Christian Laval, l'observatoire national « Santé mentale, vulnérabilités et société » s'intéresse aux liens entre les questions de santé mentale et problématiques sociales (précarité, migrations...).

Selon Jean Furtos, la clinique psychosociale permet d'appréhender le mode d'être au monde des personnes en tenant compte premièrement des conditions d'existence et de précarité, et deuxièmement du lieu d'observation de cette clinique.

1) Le rapport Wresinski de 1987 sur l'extrême pauvreté définit la *précarité* comme un état de fragilité et d'instabilité sociale caractérisé par « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux* » (Wresinski, 1987).

La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais un ensemble de situations de non sécurité et de fragilisation économique, sociale et familiale. La précarité est une situation dynamique, multifactorielle et réversible. Elle est le produit de dimensions structurelles (sociales et économiques) de menaces à court ou moyen terme, et de dimensions subjectives (perception de sa situation, stratégie d'ajustement, etc.)

D'un point de vue existentiel, la précarité place les personnes dans des situations de vulnérabilité ou d'assistance dans lesquelles émergent des sentiments de honte, d'échec, de découragement, d'inhibition, et une perte des liens sociaux, de repères, d'un sentiment d'appartenance. Ce vécu constitue une clinique de la souffrance psychique qui ne sont pas déterminées par la nature de la perte, mais qui résultent d'un processus psychologique complexe (Furtos & Darcourt, 2008).

Ainsi, la clinique présentée par les personnes en situation de précarité n'entrent ni dans le cadre des nosographies traditionnelles ni en se référant uniquement aux conditions socio-économiques.

2) Elle est une souffrance qui apparaît sur les lieux du social et qui empêche le travail social. Une des caractéristiques de cette clinique est en effet le malaise de l'intervenant. Le syndrome d'auto-exclusion, qui se caractérise selon Furtos, par un processus de sortie de la souffrance d'exclusion, altère fortement le rapport à soi, aux autres et au temps. Une

désappropriation de la souffrance par la personne exclue pèse alors sur ceux qui interagissent avec elle. Plutôt que de se défendre de ce malaise, la clinique psychosociale propose de l'accepter comme un signe de cette clinique et de le travailler (Furtos, 2015; Furtos & Darcourt, 2008). Des dispositifs d'intervention peuvent alors être repensés en fonction de cette clinique, qui ne se réduit pas à une liste de symptômes mais se déploie dans la relation entre un intervenant et un usager de cette intervention.

Notons par ailleurs comment les manuels de psychiatrie intègrent la notion de précarité. Dans le référentiel national de psychiatrie pour la préparation des examens nationaux du second cycle, il est admis que les troubles psychiatriques, notamment chroniques et les troubles addictifs ainsi que les situations de handicap peuvent avoir un retentissement fonctionnel à l'origine d'une précarisation du patient (difficultés d'insertion professionnelle, isolement, etc.). Il est précisé qu'à l'inverse, la précarité favorise la survenue de troubles psychiatriques (Collège national des Universitaires de Psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, & Collège universitaire national des enseignants en addictologie, 2016).

2.2.4. Pas de clinique sans dispositifs

Comme nous venons de le voir avec la clinique psychosociale, la souffrance psychique ne s'aborde que par la relation, a fortiori par la mise en place de dispositifs d'intervention dans lesquels la relation est pensée.

Le rapport Lazarus qui tente de définir une clinique des exclus, conclue par un retournement de sa mission en proposant « *que ces expériences [de collaboration entre le sanitaire et le social] se mettent en place à partir de l'offre de terrain et non pas de manière volontariste à partir d'un besoin défini préalablement* » (Lazarus, 1995).

S'il n'y a pas lieu de définir la souffrance psychique pour tenter d'élaborer une offre de soins, le rapporteur engage le service public à collaborer de manière pluridisciplinaire et au plus près des personnes pour adapter au mieux les interventions en santé qui sont proposées.

Les lieux d'écoute et d'expression de la souffrance (différenciés des lieux d'aide et d'orientation) sont nécessaires pour les personnes en situation de précarité. Il ne s'agit pas d'une nouvelle mission des secteurs mais une nouvelle manière d'exercer la mission de prévention en santé mentale, présente dans la circulaire de 1990. La diversité des formes d'organisation que peut adopter cette offre de soin est valorisée.

La clinique des usagers en santé mentale n'est donc pas définissable en elle-même mais par les dispositifs qui l'abordent. Comment aborder alors les effets cliniques d'un

dispositif si cette clinique n'est pas préalablement définie ? Quels indicateurs permettraient d'évaluer l'évolution clinique des personnes ?

En se décalant de la clinique pour se concentrer sur le devenir des personnes, le concept du rétablissement aide à penser les trajectoires en santé mentale du point de vue des personnes qui les agissent. Se rétablir est un processus qui n'est pas que clinique : il concerne les personnes dans leur environnement psychosocial et répond à un objectif de vie satisfaisante du point de vue des personnes concernées. Si le concept du rétablissement est au départ utilisé pour les personnes atteintes de troubles psychotiques, nous verrons qu'il est opérant pour parler de santé mentale de manière plus générale.

2.3. Le concept du rétablissement

2.3.1. Un mouvement qui provient des usagers

Le concept de *recovery*, aujourd'hui traduit dans la littérature française par la notion de *rétablissement*, est apparu au milieu du XIXe siècle aux Etats-Unis dans le cadre de petits groupes d'anciens buveurs qui se réunissaient pour se soutenir dans leur démarche d'abstinence. Ces mouvements avaient alors des fondements le plus souvent spirituels. Les *recovery circles*, arrivent à la fin du XIXe siècle en Europe (Le Cardinal et al., 2013). L'association *Recovery International*, fondée en 1937 aux Etats-Unis, emprunte le terme pour soutenir des groupes de pairs, malades psychiatriques sortis d'hospitalisation, avec des techniques cognitivo-comportementales⁴.

Dans les années 1980, la notion d'*empowerment* en santé mentale prend de l'ampleur aux Etats-Unis. L'*empowerment* est l'outil essentiel du rétablissement : le fait de se réapproprier un *pouvoir d'agir* conduit sans détour à la possibilité de *se rétablir*, de retrouver un équilibre. Venu des sciences sociales, le concept d'*empowerment* décrit la réalité de personnes qui devant des conditions de vie incapacitantes (chômage, pauvreté, marginalité...), prennent leurs affaires en main et font avancer leur cause. Le sentiment positif de contrôle sur leur propre vie, prévient un vécu d'impuissance et de détresse psychologique que ces conditions de vie pourraient entraîner (Le Bosse & Lavallée, 1993). En plus d'une dimension psychologique, l'*empowerment* a une dimension de revendication politique, donnant la parole aux exclus pour qu'ils soient reconnus comme des citoyens à part entière.

Dans le domaine de la santé mentale, c'est Judi Chamberlin qui à la fin des années 1980, se définit comme un « *usager/survivant* » de la psychiatrie et lance un appel à ses pairs

pour qu'ils se rassemblent et parlent d'une seule voix. Elle revendique une *recovery approach*, avec des systèmes d'accompagnement plus proches des usagers et la reconnaissance de l'apport de l'entraide mutuelle. Derrière l'idée d'*empowerment*, un combat politique est alors mené pour la réappropriation du pouvoir *par et pour* les usagers. La *recovery approach*, est reprise par les mouvements de défense des droits des usagers d'usagers et un important réseau d'entraide mutuelle se crée aux Etats Unis (Le Cardinal et al., 2013).

Les fondateurs de l'association Advocacy France⁵, distinguent eux aussi deux dimensions de l'*empowerment* : la fierté d'être soi, d'être différent (d'un point de vue personnel), et la reconnaissance sociale, c'est-à-dire la possibilité d'appartenir à un groupe (d'un point de vue plus politique et social) (Dutoit & Deutsch, 2015). Cette *lutte pour la reconnaissance*⁶ s'accompagne d'une prise de parole inédite pour les usagers en santé mentale.

En France, les premiers à exprimer les droits des malades, à créer des structures de prise en charge, ont été des associations de familles, regroupées au sein de l'Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM), créée en 1963⁷.

Puis, dans les années 1970 apparaissent des mouvements militants de contestation, qui remettent en cause les institutions de soin, le savoir psychiatrique, certaines pratiques psychiatriques considérées comme inhumaines (sismothérapie, psychochirurgie...). Parmi eux, le Groupe Information Asile, créé en 1970, qui s'inscrit dans le mouvement de l'antipsychiatrie et de lutte contre l'internement abusif⁸.

Enfin, dans les années 1980, souvent à l'initiative de professionnels de la psychiatrie, se créent des *associations d'usagers*. Ce sont majoritairement des associations d'entraide (*self-help*), d'abord constituées pour offrir aux malades un réseau de solidarité, proposant activités, sorties, soutien et espace de paroles. Elles offrent un autre lieu que l'hôpital

⁴ <http://www.recovery-inc.org/>

⁵ Association d'usagers en santé mentale qui propose un service d'advocacy, c'est-à-dire une médiation sociale qui introduit un tiers, amplifiant la demande d'un patient/usager, qui s'estime victime d'un préjudice et/ou qui se sent mal écoutée et insuffisamment respectée par ses interlocuteurs institutionnels et/ou qui rencontre des obstacles à l'exercice de sa pleine citoyenneté.

⁶ Expression employée dans les travaux du philosophe Axel Honneth sur le processus de reconnaissance sociale (Honneth, 2002)

⁷ <http://www.unafam.org/>

⁸ <http://groupeinfoasiles.org/>

psychiatrique pour parler ensemble de la maladie, l'appriivoiser, l'accepter, apprendre à vivre avec, et parfois, à en guérir. Elles regroupent des patients d'origines socioculturelles très diverses, dont le dénominateur commun est un vécu stigmatisant de la maladie, et un isolement social important. La pluralité de ces associations s'est fédérée puisque la plupart des associations où les malades sont majoritaires parmi les adhérents ou dans les conseils d'administration, sont aujourd'hui regroupées dans la Fédération nationale des associations de patients ou ex-patients en psychiatrie (FnaPsy), fondée en 1992⁹. La FnaPsy a su s'allier à l'UNAFAM, dépassant certains clivages antérieurs malades/familles.

Les sociologues Madeleine Monceau et Sabine Visintainer ont noté la *créativité linguistique* dont ont fait preuve ces associations d'usagers de la santé mentale. Elles expliquent :

« *La manière dont ces groupements se désignent lorsqu'ils prennent place dans l'espace public participe au processus de construction de l'identité collective en cours. Dans leur terminologie, nous avons repéré soit la marque d'un désir de renouveau, pour marquer la fin d'un épisode douloureux, le début d'une guérison (Revivre, Le nouveau monde, Le bout du tunnel, Destination avenir, L'oasis, Entraide et renaissance, Aube, La vie en roses, Espoir, Stop galère, Solitude zéro, L'autre regard, L'île m'est trop pâle, Association pour le mieux-être de l'existence), soit l'expression d'un repère (Latitude, Argos, Vannes Horizon), ou d'une mobilisation, d'une envie d'agir, d'un souhait de liaison (Ose, Phobies action, AUSER, Deffi, Dirhe, Le trait d'union, Aide et union aux blessés de l'existence, Le passe muraille, Le fil retrouvé) » (Monceau & Visintainer, 2005)*

Les concepts anglo-saxons d'*empowerment* et de *recovery*, sans qu'ils soient nommés, apparaissent ici en filigrane, dans la parole des usagers qui se sont mobilisés. Ils ont imprégné les mouvements d'usagers, définissant en France une volonté de retrouver un « *pouvoir d'agir* » et de « *se rétablir* ».

La signature d'une Charte de l'Usager en Santé Mentale en 2000, d'un Livre Blanc des Partenaires de la Psychiatrie en 2001 et l'organisation de « *journées nationales* » autour de la santé mentale, avec le soutien des professionnels, donnent à la Fnapsy et à l'UNAFAM une légitimité publique.

Les psychiatres Eric Piel et Jean-Luc Roelandt, rédacteurs du rapport ministériel « *De la psychiatrie vers la Santé Mentale* » en 2001, participent d'un courant médical favorable à une meilleure reconnaissance des usagers en santé mentale. Ils préconisent de donner la

⁹ <https://www.fnapsy.org/>

parole aux usagers pas seulement en psychothérapie mais aussi dans les prises de décision. « *La participation des usagers à chaque étape de l'élaboration des stratégies thérapeutiques (quelles que soient les techniques de soins) sera l'un des moteurs les plus importants du changement de la politique des soins en santé mentale* » (Piel & Roelandt, 2001).

Les politiques s'emparent de ce mouvement, et plusieurs lois voient le jour. La loi du 4 mars 2002, dite loi de « *démocratie sanitaire* » consacre des droits individuels et collectifs aux malades : droit à l'information et droit de consentir ou refuser les soins proposés. La loi reconnaît également une place aux associations d'usagers, qui peuvent siéger dans les instances délibérantes, se porter partie civile dans certains cas, obtenir un congé de représentation (LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002). Par l'implication des associations d'usagers dans les instances politiques, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, reconnaît l'existence d'altérations *psychiques* comme pouvant être à l'origine d'un handicap (LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, 2005). Des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) ont été créés à la suite de cette loi, constituant de véritables passerelles entre le secteur médical, médico-social et social.

Mais la France est encore très en retard dans le contexte international : l'organisation des usagers de la psychiatrie est beaucoup plus importante dans les pays nordiques, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Italie ou au Québec, où la santé mentale est constituée en question politique. Le concept du rétablissement arrive doucement par les usagers et les instances politiques commencent à s'en saisir. Voyons quels sont ses éléments de définition aujourd'hui.

2.3.2. Concept de rétablissement en santé mentale : une expérience et des pratiques

Le psychiatre français Bernard Pachoud décrit deux conceptions du rétablissement aujourd'hui (Pachoud, 2012). La première est *objective* : le rétablissement considéré comme une fin, un état d'équilibre stable retrouvé. Cette conception a l'avantage d'être mesurable par des *indicateurs de rétablissement* médicaux et sociaux (tels qu'une rémission symptomatique, une absence de réhospitalisation, mais aussi une insertion socioprofessionnelle etc...) et d'avoir contredit, par des données scientifiques, l'idée Kreapelinienne d'une dégénérescence inéluctable de la maladie mentale. Elle sert aujourd'hui la recherche clinique et un faire-valoir efficace auprès des politiques de santé mentale. Elle omet cependant la dimension processuelle du rétablissement, tel qu'il est décrit par les usagers.

C'est pourquoi une autre conception, plus *expérientielle*, est essentielle à prendre en considération. Elle met l'accent sur une posture subjective, un changement d'attitude de la part du sujet vis-à-vis de sa situation de handicap. A partir de sa propre expérience, Patricia Deegan en donne une définition : « *Le rétablissement, c'est une attitude, une façon d'aborder la journée et les difficultés qu'on y rencontre. Cela signifie que je sais que j'ai certaines limites et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire. Mais plutôt que de laisser ces limites être une occasion de désespoir, une raison de laisser tomber, j'ai appris qu'en sachant ce que je ne peux pas faire, je m'ouvre aussi aux possibilités liées à toutes les choses que je peux faire* » (Deegan, 1988). Autrement dit, le rétablissement comprend l'aptitude à reconnaître non seulement ses incapacités mais aussi, à cette occasion, la mesure de ses capacités, négligées ou méconnues.

La définition du rétablissement la plus couramment utilisée est celle de William Anthony, ancien directeur du centre de réhabilitation psychiatrique de Boston : « *...un processus profondément personnel et singulier de transformation de ses attitudes, de ses valeurs, de ses sentiments, de ses buts, de ses compétences et de ses rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, prometteuse et utile, en dépit des limites causées par la maladie. Le rétablissement implique l'élaboration d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie en même temps que l'on dépasse les effets catastrophiques de la maladie mentale* » (Anthony, 1993).

Il rappelle que le rétablissement peut survenir sans intervention professionnelle et que le processus dépend de la réappropriation de sa trajectoire par l'utilisateur et souvent aussi de la manière dont il va se saisir du soutien d'une personne sur qui il peut compter dans les moments critiques. Par ailleurs, la connaissance des causes ou des détails du fonctionnement neuroscientifique de sa maladie mentale ne garantit pas automatiquement le rétablissement. Il s'agit de *se décaler* et d'être convaincu que le futur peut être meilleur. La résurgence de symptômes graves n'est pas exclue mais la personne garde l'espoir que ces crises ne doivent pas déteindre sur les nombreux épisodes de vie normale. Finalement, envisager qu'il n'y a qu'une seule voie de rétablissement est erroné ; car, en pratique, toute option de traitement ou d'accompagnement peut et doit être adaptée si nécessaire. Le rétablissement est autant lié au fait d'affronter des obstacles tels que les préjugés sociaux, la pauvreté économique et les effets iatrogéniques des traitements qu'à celui de surmonter les contraintes exercées par la maladie elle-même (Anthony, 1993, 2002).

On retrouve dans cette conception une dimension très personnelle, d'un changement de posture, et de redéfinition de soi.

L. Davidson décrit comment les personnes peuvent « *sortir de la maladie mentale* », c'est-à-dire faire *un pas de côté*, en s'engageant dans un processus non pas de guérison mais de progression vers une vie active, satisfaisante et dotée de sens (Davidson, 2003). Il suggère que si ce processus est personnel, il prend nécessairement des formes singulières, et ne peut être bien décrit et étudié que « *de l'intérieur* », par ceux qui en ont fait l'expérience. *L'activité narrative* serait alors le « *mode privilégié de description de l'expérience humaine* » du rétablissement (Davidson, Ridgway, Kidd, Topor, & Borg, 2008).

De la même manière, Bernard Pachoud insiste sur le changement nécessaire de paradigme entre la rémission qui s'inscrit dans la trajectoire de la maladie et le rétablissement qui s'intéresse au *devenir de la personne* (Pachoud, 2012). Celui-ci n'est pas déterminé uniquement, ou prioritairement, par des paramètres médicaux. S'occuper du rétablissement, c'est donc prendre appui sur ses autres déterminants : les objectifs propres de la personne, ses ressources pour les atteindre, mais aussi des facteurs subjectifs tels que la croyance ou l'espoir qu'un tel rétablissement est possible (Davidson, 2003; Pachoud, 2012). Le rétablissement n'est donc pas prioritairement l'affaire des psychiatres, mais celle des usagers et s'il est sans doute possible de les soutenir dans cette démarche, ils doivent en garder l'initiative et la maîtrise. La stratégie médicale est celle d'optimiser une thérapeutique en prenant en compte le processus de rétablissement singulier dans lequel la personne s'est engagée.

Un collège de psychiatres de Londres valide en 2010 une posture médicale qui favoriserait ce processus. Il atteste que « *les pratiques orientées vers le rétablissement sont un modèle de changement pertinent pour les années à venir. Nos traitements ne sont pas aussi efficaces qu'on a tendance à le penser et les limites de l'approche standard en psychiatrie peuvent être enrichies par des pratiques orientées vers le rétablissement (...). Le challenge pour nous est de regarder au-delà du rétablissement clinique et de (...) continuellement nous demander si nous aidons ou nous freinons les personnes que nous suivons dans leur processus de rétablissement* » (Boardman et al., 2010).

L'approche orientée vers le rétablissement se traduit par des pratiques attentives à un certain nombre de composantes expérientielles que je choisis, à partir des lectures citées précédemment, de regrouper en trois parties.

La première composante du rétablissement est l'espoir ou *hope* c'est-à-dire la croyance que le rétablissement est possible. Il est ce changement d'attitude décrit par les usagers, qui consiste à se décaler d'une perspective de guérison pour se recentrer sur un devenir, une trajectoire de vie personnelle, pour lequel des perspectives positives sont réouvertes. L'espoir s'avère aussi être la condition pour s'engager dans la voie du

rétablissement et se maintenir dans un processus en perpétuelle construction (Davidson, 2003; Deegan, 1988; Pachoud, 2012; Provencher, 2002).

Une autre composante, déjà abordée précédemment est l'*empowerment* ou pour certains auteurs, l'*agency*. Ces deux notions englobent la possibilité pour les personnes de se réapproprier un pouvoir de décider et d'agir, une restauration du contrôle de sa propre vie. Elles se traduisent également par l'autodétermination, le choix et la responsabilité. Elles incluent la revalorisation d'un savoir qui n'est pas théorique mais expérientiel puisque chaque personne est responsable de ses choix, et du sens donné à ses expériences (Le Bosse & Lavallée, 1993; Le Cardinal et al., 2013; Pachoud, 2012; Provencher, 2002).

Enfin, ce que j'appellerai dans ce travail la *participation* est la dernière composante du rétablissement. Elle concerne, l'inclusion sociale et professionnelle, l'accès équitable et la participation active aux services de la cité, mais aussi les liens familiaux, amicaux, communautaires et d'entraide mutuelle (Corin, 2002; Davidson, 2003; Le Cardinal et al., 2013; Provencher, 2002). C'est cette dernière composante que nous allons développer afin de comprendre comment une approche communautaire peut contribuer au rétablissement individuel.

2.3.3. *Le communautaire et le rétablissement*

Une équipe de réhabilitation psychosociale de Lausanne en Suisse a noté depuis le mouvement de désinstitutionalisation une modification du public accueilli et avec elle, de leur approche de ce public (Bonsack & Favrod, 2013). Au sortir de la période asilaire, les patients avaient subi de longues périodes d'institutionnalisation ; il s'agissait alors de ré-entraîner des compétences perdues par les années d'hospitalisation pour préparer ces personnes à vivre dans un environnement plus proche de la communauté. Les professionnels de la psychiatrie craignant toujours une influence néfaste de l'environnement naturel, considéré comme sur-stimulant et pathogène ; ils créent hôpitaux de jours, CATTP et ateliers *protégés*. Les « nouveaux patients » pris en charge par le service, en revanche n'ont pas connu d'hospitalisations longues mais un maintien dans leur famille, avec parfois des interventions au domicile ou des hospitalisations de crise. Parallèlement, des mouvements sociaux prônent une reprise de pouvoir progressive des usagers et de leur famille sur leur trajectoire de vie. L'évolution du contexte social dans lequel sont contemporains les malades crée des besoins différents. Ce que Charles Bonsack et Jérôme Favrod tentent d'intégrer à leur service, c'est une dimension « *communautaire* » à la réhabilitation, illustrée par le modèle du *rétablissement*.

Dans cette conception, il apparaît clairement que l'environnement naturel de la communauté n'est pas considéré comme néfaste, mais au contraire, que les liens sociaux constituent une valeur essentielle pour le processus de rétablissement. Il ne s'agit plus d'entraîner les personnes à vivre dans la communauté par un sas de préparation comme un milieu protégé, mais « *d'emblée de les soutenir dans l'actualisation immédiate de leurs compétences dans un environnement naturel* ». L'objectif principal n'est plus l'autonomie de manière abstraite et solitaire, mais « *l'autodétermination dans une interdépendance avec autrui* ». Les liens avec l'environnement sont importants, et dans un milieu ouvert. Les proches sont considérés comme des partenaires à part entière. Le risque principal n'est plus l'abandon, mais plutôt la difficulté à garder une cohérence proche des objectifs de la personne, au milieu d'influences diverses dans l'environnement (Bonsack & Favrod, 2013).

De son côté Ellen Corin pointe une texture du rétablissement agie de deux dynamiques : l'une qui implique l'intériorité, les forces qui agissent du dedans et l'autre les liens avec les autres, les influences et soutiens extérieurs (Corin, 2002). Ces mouvements qui tantôt s'opposent, tantôt se conjuguent, s'articulent et s'inspirent mutuellement, permettant d'ouvrir des zones de liberté et de délimiter des espaces de contraintes.

Le lien entre un modèle de rétablissement concernant une personne et une approche communautaire n'est pas une opposition binaire entre individuel et collectif mais une articulation créatrice dans laquelle la communauté contribue au rétablissement de ses membres et inversement.

Au final, le concept de rétablissement, au départ utilisé par des personnes présentant des troubles mentaux graves, plutôt de type psychotique, s'adapte fort bien à la question générale de la santé mentale. Dans l'ambiance actuelle de promotion de la santé, et du passage de la psychiatrie vers la santé mentale, ce concept vient remettre en question la notion même de trouble mental, en se décalant de la clinique et se recentrant sur le devenir des personnes. Bien que soit employé parfois le terme de rétablissement individuel, ce processus s'opère dans l'environnement de la personne, et par l'interdépendance avec autrui. Il est en ce sens profondément communautaire.

3. MATERIEL ET METHODES : UNE ETHNOGRAPHIE AU PROJET « QUATRO VARAS »

3.1. Présentation du projet « Quatro varas »

3.1.1. Naissance du projet

Le projet « Quatro Varas » nait dans un contexte régional et local particulier. La région du Nordeste du Brésil a connu depuis le début du XXe siècle de longues périodes de sécheresse qui ont conduit à un exode rural massif vers tout le pays et en particulier vers la périphérie de la ville de Fortaleza, dans l'état du Ceara. La favela du Pirambu a vu s'installer dans des conditions de grande précarité, une population grandissante venue du « sertão », région semi-aride du Nord-Est Brésilien, pour devenir la plus importante de Fortaleza. Elle compte une centaine de communautés organisées dont celle de « Quatro Varas » (Silva, 2006).

En 1988, des personnes venues du « sertão » ou des communautés voisines occupent illégalement un terrain récemment désaffecté au milieu de la favela. Les luttes communautaires émaillées de violences policières ont finalement rendu possible une installation pérenne des habitants et la délimitation de la communauté appelée alors « Quatro Varas » (Barreto & Viana, 1999). Ce nom vient d'une histoire régionale qui valorise la mise en commun (de quatre bâtons, les *quatro varas*) pour être plus « fort » face aux aléas de la vie.

Airton Barreto, habitant de la favela, avocat militant des droits de l'homme et son frère le Pr Adalberto Barreto, docteur en psychiatrie et en anthropologie, imaginent en réponse aux difficultés des habitants, touchés par l'exil, les violences et l'isolement, un espace d'écoute et de partage, qui deviendra le « Mouvement Intégré de Santé Mentale Communautaire » (MISMeC) ou « projet Quatro Varas ».

D'un espace de parole hebdomadaire sous un arbre, le projet s'est progressivement élargi à un accueil quotidien, grâce à la mobilisation des « leaders communautaires »¹⁰ et au lien permanent créé par le Pr Adalberto Barreto avec le département de santé communautaire de la faculté de médecine de l'Université Fédérale du Ceara. Un espace qui se veut accueillant se construit en puisant dans les ressources culturelles locales. Son architecture s'inspire de

¹⁰ Les leaders communautaires sont des habitants du quartier qui ont une certaine notoriété et qui sont repérés par les intervenants sociaux ou médico sociaux extérieurs pour faciliter la communication avec la communauté

celle des tribus amérindiennes de l'intérieur du pays, d'où sont originaires de nombreux habitants de la favela.

L'espace de parole du jeudi après-midi, se structure progressivement et le Pr Adalberto Barreto couple la pratique d'animation à des bases théoriques pour systématiser un « *acte thérapeutique de groupe qui met l'accent non pas sur la pathologie, mais sur la stimulation à construire des liens solidaires, promouvoir la santé, les réseaux de solidarité et l'intégration sociale* » (Barreto, 2012a). Ce qu'il a appelé la « *Thérapie Communautaire Intégrative et Systémique* » (TCI) est une méthode d'animation de groupe issue d'une pratique de terrain.

Parallèlement, d'autres activités sont proposées par des bénévoles, habitants du quartier ou acteurs militants du soin : art-thérapie, massothérapie, yoga, petite école, « pharmacie vive », jardin communautaire, radio communautaire... Les évolutions du projet naissent d'une interaction permanente avec ses usagers. Chacun peut alors se former à l'animation de groupes de thérapie communautaire ou aux massages devenant alors « thérapeutes » selon le vocabulaire employé par le projet. Une courte formation leur permet de participer en tant qu'acteurs du soin à un projet dont ils ont bénéficié en tant qu'usager¹¹.

Pendant longtemps, le projet était en partie autofinancé grâce à la vente des productions de l'atelier d'art-thérapie et aux remèdes traditionnels distribués à bas prix par la « pharmacie vive ».

Pendant que le projet continue de se construire, puisant dans les ressources et la créativité de chacun, l'outil que constitue la TCI, original dans sa méthode, devient l'identité « scientifique » du lieu. Des étudiants en médecine, en infirmerie, en psychologie, viennent régulièrement assister à des « rondes »¹² de TCI, en collaboration avec leurs écoles.

3.1.2. Piliers théoriques de la thérapie communautaire intégrative (TCI)

Dans le projet Quatro Varas, la Thérapie Communautaire Intégrative, comme outil d'animation systématisé, validé et exporté donne les bases théoriques de « l'esprit du lieu ». Son identité se construit autour de cinq grands axes théoriques : la pensée systémique, la

¹¹ Bien consciente de ce qu'exige en termes de compétences la qualification de thérapeute en France, j'emploierai ici ce terme entre guillemets. Nous pourrions le remplacer des termes tels que « pair-aidant qualifiés pour telle ou telle activité », « animateurs de groupes de thérapie communautaire », « masseurs » etc... Je choisis de maintenir le terme de « thérapeute » employé là-bas, considérant son action sous l'axe de la participation et de la co-construction du projet.

¹² Traduction souvent employée en France pour traduire le terme de « rodas », qui sont des rassemblements de personnes « en cercle ».

théorie de la communication, l'anthropologie culturelle, la pédagogie de Paulo Freire, et la résilience (Barreto, 2012a). Dans l'ouvrage d'Adalberto Barreto destiné à la formation des « thérapeutes communautaires », ces piliers sont définis comme suit.

La pensée systémique intègre l'idée que les crises et les problèmes individuels ne peuvent être pensés et résolus que s'ils sont perçus comme faisant partie d'un réseau complexe qui lie les personnes à leur corps, à leur psyché et à leur environnement.

La théorie de la communication, implique que tout comportement, tout acte, verbal ou non, a une valeur de communication dans un processus de compréhension des multiples possibilités de sens et de significations (Watzlawick, Beavin, Jackson, & Morche, 1972). La TCI valorise alors une communication claire et sincère, dénuée d'ambiguïté. Elle explicite les comportements et les paroles en reformulant systématiquement les propos amenés par le groupe, les « réduisant » à l'expression d'une émotion de base face à une situation posant problème.

L'anthropologie culturelle considère la culture comme un élément de référence fondamental dans la construction d'une identité individuelle et collective, interférant directement avec la définition de soi. Le respect de cette culture serait à la base du sentiment d'estime de soi et d'une affirmation identitaire comme personne et comme citoyen.

Concernant la pédagogie active, Paulo Freire rappelle qu'enseigner ne se limite pas à un transfert de connaissance d'un sachant vers un apprenant. La pédagogie qu'il appelle active est un exercice d'échange, de dialogue, de réciprocité. Un autre aspect de sa théorie est la démonstration que l'expression des problèmes vécus par les apprenants dans leur contexte de vie (familial, communautaire, de travail) est une source de savoirs qui fonctionne comme un stimulus pour qu'élèves et professeurs s'assument comme des sujets (Freire, 1980, 2006). Le profil du « thérapeute communautaire » est similaire à celui de l'éducateur tel qu'il est défini par la pédagogie de Paulo Freire.

La résilience de chacun est une ressource qui va être au cœur du travail de TCI. En physique, la résilience d'un matériau désigne sa capacité retrouver sa forme initiale après avoir été comprimé ou déformé. En psychologie, elle est la capacité pour un individu à faire face à une situation difficile ou génératrice de stress, dans le sens d'une évolution positive vers la vie (Tisseron, 2017). Les crises, les souffrances et la manière de les affronter, de les surmonter, exposés au groupe est la matière première d'un travail de « *création graduelle d'une conscience sociale* » (Barreto, 2012a). Le processus de résilience est ainsi encouragé. Le pari de la TCI est d'identifier et de stimuler les ressources, les capacités de résilience des personnes et du groupe.

3.1.3. Organisation du système de soins Brésilien et place de la TCI

Sans prétendre à l'exhaustivité, il semble important pour ne pas transposer un modèle à un autre, de prendre le temps de comprendre l'organisation du système de santé au Brésil, et l'inscription de la TCI dans celui-ci.

La TCI, d'origine plutôt psychiatrique, s'est imposée dans le système de soin au Brésil via le programme de Santé de la Famille du réseau de soins primaires.

Pour répondre aux recommandations de l'OMS pour un développement équitable de la santé, le gouvernement Brésilien créé en 1988 un Système Unique de Santé (SUS), universel, intégral, gratuit, juste (équitable), participatif et décentralisé. Il permet rapidement une extension des soins dans tout le pays, avec une couverture géographique très satisfaisante. A chaque réseau du SUS correspond un territoire géographique pour lequel ont été considérés des facteurs de plus grande densité de population, d'aire de risque majeur, moyens de transport et barrières physiques naturelles (fleuves, lac, montagnes...).

Le programme de « Santé de la Famille » est un dispositif de soins de santé primaires (au même titre que les lits d'hospitalisation, les soins ambulatoires spécialisés, les services d'urgence et de santé mentale), orienté autour de l'unité familiale et construit par la communauté. Il se réalise physiquement sous la forme de postes de santé.

Ainsi, une équipe de Santé de la Famille est généralement composée d'un médecin généraliste, d'une infirmière, d'une auxiliaire d'infirmierie et de 4 à 6 agents de santé communautaires¹³, et parfois un dentiste, pour environ 800 familles, soit 3450 individus.

Depuis 2007, la TCI fait partie des « Pratiques Intégratives et Complémentaires de Santé » intégrées aux soins de santé de la famille dans les postes de santé. Ces pratiques, validées par l'OMS, comprennent des systèmes médicaux complexes et des ressources thérapeutiques des cultures locales. Dans le cas de la TCI, il s'agit de répondre aux exigences de l'OMS de promotion de la santé qui a du mal à s'imposer dans les postes de santé, où l'on communique toujours entre *soignants* et *patients* par la plainte, la douleur, les symptômes : le positionnement des acteurs du soin est historiquement en contradiction avec la santé selon une définition positive et globale de cette dernière.

La TCI, comme les autres pratiques intégratives et complémentaires de santé, est validée pour son action sur les déterminants sociaux de la santé. Une étude de 2004 réalisée

¹³ Les agents de santé communautaire sont des leaders communautaires, qui bénéficient d'une courte formation en santé pour assurer une fonction de liaison entre la population et les professionnels de santé de l'équipe. Ils réalisent des visites à domicile seuls ou avec les professionnels.

dans 12 états du Brésil montrait que 88,5% des personnes qui participait à des « rondes » de TCI ne nécessitait pas d'être orienté vers des services sociaux ou médicaux à l'issue des « rondes »¹⁴. La TCI joue son rôle d'accueil de la souffrance sociale et psychique parvenant à éviter une médicalisation de cette souffrance, gérant les problèmes dans la communauté.

A partir de 2007, n'importe quel membre de l'équipe de Santé de la Famille peut suivre la formation en thérapie communautaire et ainsi développer des groupes dans le secteur de son poste de santé, soit dans des cases communautaires conjointement aux autres pratiques intégratives et complémentaires de santé, soit dans les locaux disponibles. La TCI est alors présente dans tout le pays : en 2011, il existait 47 pôles formateurs au Brésil, et 25000 « thérapeutes » formés, déployant la TCI dans des associations de quartier, des écoles, des prisons, des églises, des places publiques, des institutions de santé, des réseaux de soutien non gouvernementaux (type Alcooliques Anonymes, Narcotiques Anonymes, Association de Familles d'Alcooliques) (Barreto, Barreto, Oliveira, Barreto, & Abdala, 2011).

Pour revenir à la question de la santé mentale, la TCI a pour but principal d'éviter de psychiatriser la souffrance psychique. La réforme psychiatrique brésilienne qui a lieu depuis les années 1980, tente de réintégrer les soins de santé mentale aux soins de santé primaires. La psychiatrie subit comme en Europe un mouvement de désinstitutionalisation avec une promotion des structures extrahospitalières. Les Centres d'Attention Psychosociale (CAPS), équivalents de nos CMP avec des activités thérapeutiques, assurent le suivi des patients adultes souffrant de troubles mentaux caractérisés. Il existe également des CAPS infantile et juvénile et des CAPS spécialisés dans les addictions, des résidences thérapeutiques, et des ateliers thérapeutiques (type Etablissement d'Aide par le Travail).

Théoriquement très satisfaisant, le système de santé au Brésil est en pratique saturé, et l'attente dans les CAPS de plusieurs mois. Un programme de renforcement de la qualité des soins de santé primaire a été décidé (Pinto & Sousa, 2012).

L'efficacité des modèles européens importés au moment de la colonisation est de plus en plus remise en question dans un pays aux spécificités socio-économiques et culturelles très éloignées des nôtres. Des travaux de recherches de psychiatres prônent un « retour aux

¹⁴ Selon le rapport technico-scientifique élaboré à l'occasion de la signature de la convention entre le Secrétariat National de Politique sur les Drogues (SENAD), l'Université Fédérale du Ceara (UFC) et le Mouvement Intégré de Santé Mentale Communautaire du Ceara (MISMeC-CE) en 2006. Cité dans la revue « Inserção da TCI na atenção básica a saúde » « Intégration de la TCI dans le Système de Soins Primaires » publiée en 2011 (Barreto, Barreto, Oliveira, Barreto, & Abdala, 2011)

sources » avec notamment la possibilité de promouvoir un « syncrétisme en psychiatrie », comme celui existant en religion (Postel & Quétel, 2012).

La thérapie communautaire intègre dans ses piliers théoriques l'anthropologie culturelle et permet donc de s'intégrer dans le renouveau du paysage psychiatrique au Brésil, où elle répond à cette nécessité d'un « retour aux sources ». Elle se revendique également profondément flexible et adaptable à des contextes culturels variés. C'est pourquoi elle n'est pas non plus erronée dans un contexte occidental. Elle est d'ailleurs présente en Europe : en Suisse, en France et plus récemment en Italie. Sa méthode est compatible avec les politiques de promotion de la santé mentale internationales voulant privilégier des approches communautaires.

3.1.4. Présentation du lieu

Le projet Quatro Varas est intégré dans un espace vert de 6,5 hectares. Il est accessible par la route du bord de mer depuis 2010 et de l'autre côté par les ruelles de la favela. Plusieurs bus s'arrêtent à proximité des deux entrées. Côté favela, le projet est accolé au poste de santé de Quatro Varas (qui comprend une équipe de santé de la famille). Un plan du projet est disponible en annexe 8.1.

Le lieu est arboré et divisé en plusieurs espaces. L'accueil des personnes se fait au niveau du « salon de massothérapie », qui est une infrastructure ovale en bambou avec un toit en feuilles de palmier, ouverte en son centre et divisée en salles de massothérapie. En face, un espace ouvert est aménagé avec des hamacs et des chaises longues, c'est l'« espace d'attente ». Un peu plus loin, une deuxième infrastructure en bambou et toit en palmier, ronde, est l'espace collectif des thérapies de groupe que j'appellerai « salon de thérapie communautaire ». Ces infrastructures sont inspirées des habitats traditionnels des amérindiens.

Il y a sur le terrain quatre autres bâtiments : l'espace du réfectoire, l'ancienne « petite école », l'ancienne « pharmacie vive » et le secrétariat. Au centre, se trouve un kiosque avec des bancs en béton. Les infrastructures en « dur » sont relativement abîmées et paraissent à l'abandon. Les deux infrastructures en bambou et palmier sont en revanche bien entretenues.

D'un côté il y a un grand potager, où sont cultivées principalement des plantes médicinales. Les personnes circulent entre ces espaces par des petits chemins aménagés, bordés de plantes et d'arbres de la région. Ce lieu est atypique dans un paysage urbain plutôt bétonné où l'ombre se fait rare.

Entre novembre 2016 et mai 2017, les activités développées par le projet sont en individuel la massothérapie, le reiki, l'hypnose, l'acupuncture et les ventouses ; en collectif le yoga, l'atelier de nutrition, l'atelier de « restauration de l'estime de soi », la thérapie communautaire intégrative et les « exercices de libération des traumatismes et de la tension ». Deux guérisseuses, actives depuis longtemps au projet, sont intervenues occasionnellement pour des faire des prières de guérison en individuel.

L'activité de massothérapie est proposée par des « massothérapeutes » formés, ayant un statut de salarié ou de bénévole. Ils sont pour la plupart anciens usagers du projet. D'autres sont des habitants du quartier, intéressés par la discipline et pour prêter main forte à un dispositif pour lequel ils sont sensibles à l'idéologie communautaire.

Le reiki, l'hypnose, l'acupuncture, les ventouses et le yoga sont réalisés par des professionnels du soin (dentiste, médecin, et psychothérapeute) qui s'investissent bénévolement dans le projet sur certaines demi-journées. Ils sont par ailleurs actifs professionnellement, pour l'une d'entre eux, dans le poste de santé accolé au projet.

L'activité de nutrition est proposée de manière informelle par une habitante du quartier.

Les activités de « restauration de l'estime de soi », de « libération des traumatismes et de la tension » et la thérapie communautaire sont animées soit par le psychiatre de la structure, soit par des personnes formées spécifiquement à ces techniques, qui participent par ailleurs au projet : « massothérapeutes », secrétaires, anciens usagers formés à la thérapie communautaire....

L'activité d'art-thérapie, la petite école et la pharmacie vive ne fonctionnent plus depuis un peu plus d'un an, faute de financement. Un projet de bibliothèque communautaire est en cours, impulsé par un habitant du quartier récemment installé.

L'accueil des usagers est entièrement géré par les bénévoles et salariés « massothérapeutes ou « thérapeutes communautaires » du projet. Alors, à l'arrivée d'un nouvel usager sur le lieu, sur présentation d'une prescription médicale de séances de massothérapie ou de participation aux thérapies de groupe, une petite carte lui est remise. Sur cette dernière est inscrite le nom, le sexe et l'âge de l'usager, son motif de participation et ses dates de participation. La prescription doit être renouvelée chaque fois que 10 séances de massothérapie ou de thérapie de groupe auront été réalisées. Ces données servent à faire valoir l'activité du projet auprès de la préfecture et maintenir son financement. Cette saisie, rigoureusement effectuée par les bénévoles et salariés et validée par la préfecture, est la seule

trace du passage des usagers par le projet. Des statistiques démographiques sont réalisées chaque année.

Le projet Quatro Varas, nous le voyons, comporte plusieurs éléments. La TCI en est la substance représentative, parce que systématisée et exportable, mais elle fait en réalité partie d'un tout. L'idée d'une enquête orientée sur le projet tel qu'il est déployé dans sa pluralité – c'est-à-dire avec toutes les activités qu'il propose- permet, me semble-t-il de renforcer l'hypothèse d'un effet plus modulable du dispositif selon les personnes qui y participent.

3.2. Méthode d'enquête

3.2.1. Objectif principal, objectifs secondaires

L'objectif principal de cette enquête est d'analyser le rétablissement des usagers/participants du projet à partir du recueil de leur *expérience*. Cela permettra d'évaluer la pertinence d'un dispositif communautaire sur des problématiques individuelles de santé mentale.

Je retiens comme critères expérientiels de rétablissement :

- l'*espoir*, c'est-à-dire l'émergence de perspectives positives pour le futur, d'un autre regard sur les difficultés présentées et sur le projet de vie, la sensation d'une amélioration de l'état de santé psychique, la redéfinition d'une identité, d'un « être au monde »,

- la *reprise d'un pouvoir d'agir*, c'est-à-dire l'engagement de la personne dans le processus de rétablissement, selon les principes de l'autonomie et de l'autodétermination. Il comprend les dimensions d'estime de soi, de sentiment de contrôle sur sa vie, et la revalorisation par l'utilisateur lui-même d'un parcours singulier. Au niveau social il se traduit par le fait d'être reconnu en tant que personne mais également par le sentiment d'appartenance à un groupe ; il se traduit alors par la participation.

- la *participation* c'est-à-dire la socialisation avec les pairs et la famille, la possibilité pour l'individu d'être valorisé dans sa singularité au sein du groupe, et la réinsertion professionnelle.

Les objectifs secondaires sont de :

- Identifier les qualités du dispositif qui contribuent au rétablissement
- Comprendre comment s'organise la participation, la co-construction d'activités, et le passage d'utilisateurs à « thérapeute »
- Evaluer la transposabilité du dispositif dans un contexte occidental

3.2.2. *Choix d'une méthode qualitative*

La recherche en psychiatrie peut être de plusieurs types. Elle s'est au départ constituée sur un modèle médical et biologique grâce à l'apport des neurosciences. La démarche hypothéticodéductive qu'elle utilise alors, est à la base de la « *médecine par les preuves* ». Elle a par exemple permis de grands progrès quant à la description des composants élémentaires du cerveau, les marqueurs biologiques de certains états mentaux etc... Mais les sciences humaines (philosophie, politique...) et sociales (anthropologie, sociologie...) ont toujours critiqué la naturalisation du psychisme en y opposant une complexité irréductible aux lois de la biologie. En explorant les subjectivités et les contextes d'interaction des personnes, les résultats de leurs recherches viennent enrichir celles des neurosciences d'un point de vue clinique et épistémologique. Les sciences humaines et sociales peuvent en effet « *développer des dispositifs méthodologiques afin d'atteindre une connaissance objective et vérifiable d'une structure de signification subjective* » (Schütz, Noschis-Gilliéron, Noschis, Caprona, & Maffesoli, 2008).

Ainsi, l'anthropologie et la sociologie, dans le domaine de la santé s'interrogent sur les conditions historiques, sociales, économiques, politiques et culturelles, de l'existence des troubles mentaux.

La phénoménologie psychiatrique propose, quant à elle, non pas d'expliquer ou de comprendre les symptômes mais d'appréhender l'essence d'un tableau symptomatologique et ses conditions de possibilité. La méthode développée par Edmund Husserl, privilégie une attitude de l'investigateur permettant d'accéder aux structures essentielles de l'expérience humaine et de l'existence (Cermolacce, Martin, & Naudin, 2015).

La santé mentale des personnes dans leur interaction avec un dispositif communautaire est une question dont les déterminants sont ancrés dans le social (ressources, profession, liens sociaux...) mais aussi dans la subjectivité de chacun (sensation de bien-être, autonomie...). Le choix d'une méthode des sciences humaines et sociales apparaît alors essentiel.

Les méthodes des sciences humaines et sociales sont préférentiellement qualitatives, inscrites dans une démarche empirique et inductive. La démarche inductive procède par inférence probable, c'est-à-dire en déduisant des hypothèses de l'observation empirique de faits particuliers. Elle est le contraire d'une stratégie déductive, consistant à établir des conclusions spécifiques à partir d'une hypothèse générale.

Parmi les méthodes utilisées, l'ethnographie vise à décrire en profondeur un phénomène tel qu'il est vécu et perçu au quotidien par les acteurs. Elle analyse les facteurs

externes qui influencent les émotions, les comportements et les réactions individuels (Corbière & Larivière, 2014).

Cette méthode est basée sur une enquête de terrain, c'est-à-dire sur l'observation intensive d'un groupe humain, l'implication de l'observateur dans le quotidien du groupe observé et la prise en compte d'une série de matériaux non quantifiés (documents, photos, conversations informelles...). Ces observations peuvent être complétées par des entretiens plus formels, individuels ou collectifs, souvent enregistrés. Le séjour prolongé sur le terrain permet d'observer de manière fine et complexe une situation donnée et d'assurer la constance de l'analyse. L'ethnographe adopte une posture qui lutte contre les préjugés et les évidences de sens commun (Corbière & Larivière, 2014; Olivier de Sardan, 2008), se rapprochant alors de la démarche phénoménologique Husserlienne de mettre de côté toute théorie ayant cours, pour procéder au processus de recherche (Cermolacce et al., 2015; Corbière & Larivière, 2014). En outre, une démarche réflexive, inhérente à la recherche qualitative, devra prendre en compte le contexte de production des résultats, c'est-à-dire expliciter les processus interactionnels en jeu entre l'observateur et les sujets enquêtés (Corbière & Larivière, 2014; Olivier de Sardan, 2008; Sakoyan, 2009)

A la différence de la phénoménologie, plus centrée sur le vécu des personnes et la dimension narrative de l'expérience, l'approche ethnographique permet de cerner des contextes larges et des situations d'interaction variées, proposant un regard systémique sur une réalité donnée (Corbière & Larivière, 2014). Je choisis la méthode ethnographique sans me départir complètement d'une approche phénoménologique dans ce qu'elle peut apporter de créatif à une sorte de coopération méthodologique : une attitude qui suspend les évidences de sens commun pour se laisser surprendre par la réalité, et la souscription à l'analyse d'une activité narrative « *mode privilégié de description de l'expérience humaine* », permettant aux interrogés de se *redéfinir* (Davidson et al., 2008; Pachoud, 2012).

Le projet Quatro Varas de Fortaleza se prête à une enquête ethnographique dans le domaine de la santé mentale. Son dispositif est novateur et complexe : il est mis en œuvre par un contexte historique, une interaction permanente avec ses usagers, une diversité de propositions de prise en charge de la santé mentale et un public hétérogène. En outre, le contexte culturel dans lequel je m'aventure n'est pas le mien et sa culture psychiatrique peut en être éloignée : il faut une méthode qui cerne ce contexte.

Pour ces raisons « objectives », le choix d'une méthode qualitative exploratoire s'impose. Elle va également permettre d'extraire de ce terrain lointain des hypothèses de recherche plus généralisable à un contexte français.

D'autres raisons à ce choix, plus personnelles, peuvent être explicitées pour donner du sens à ma démarche. La méthode de l'ethnographie m'était connue d'un précédent travail de master en anthropologie autour de la question de la place des familles en psychiatrie. J'avais alors envisagé une immersion dans plusieurs services hospitaliers, qui n'avait été que partiellement possible : l'effectif des familles de passage était insuffisant, et une observation participante sans fonction institutionnelle au sein d'un service s'était avérée trop souvent questionnée par les professionnels. J'avais alors principalement travaillé sur un matériau d'entretiens, depuis l'extérieur des services¹⁵. Le fonctionnement communautaire du projet Quatro Varas, plaçant les professionnels du soin, les usagers formés aux différentes activités au même niveau que les usagers simplement bénéficiaires des activités, était adapté à une posture d'observateur, participant, tout en étant distancié des prises en charge psychiatriques, qui, elles se faisaient à l'extérieur du projet. Nous reviendrons sur cette posture dans une prochaine partie.

Une autre raison à ce choix méthodologique était de mieux saisir pour moi le sens d'une expérience professionnelle atypique, dans mon parcours de psychiatre et dans ma trajectoire de vie. En miroir de cette quête de sens, une recherche empirique sur l'expérience des personnes avec qui je travaillais et partageais le statut d'utilisateur, allait apporter des réponses sensibles à la question de mon positionnement de psychiatre en formation.

3.2.3. Protocole de l'étude

3.2.3.1. Recueil de données

Une méthode ethnographique est choisie pour le recueil des données. Celle-ci se divise en deux temps : une observation participante et des entretiens individuels semi-dirigés.

3.2.3.1.1. Observation participante

L'enquêteur prend une place au sein de son objet d'étude, et participe à la vie quotidienne des personnes qu'il observe. Il est en *immersion* dans la situation sociale qu'il étudie (Corbière & Larivière, 2014).

J'ai réalisé en novembre 2016 un semestre d'internat au sein du projet Quatro Varas, dans le cadre d'un stage à l'étranger. En tant qu'interne, il s'agissait d'un « nouveau poste » ouvert sur la structure, dont le rôle était à construire. Un temps de repérage du fonctionnement

¹⁵ Voir « La place des familles en psychiatrie. Trajectoires de savoirs, de positionnement et d'engagement autour d'une première hospitalisation » L. Lempereur. Mémoire de M2 sous la direction de Yannick Jaffré et Agnès Martial. EHESS Marseille. Septembre 2017.

du dispositif m'a cantonnée à l'accueil des usagers et à la participation aux activités proposées. Ayant été formée en début de stage à l'animation de groupes de thérapie communautaire intégrative (TCI), j'ai rapidement animé plusieurs sessions de groupe. Progressivement, en accord avec le chef de service, j'ai proposé des entretiens psychiatriques « d'accueil et d'orientation » à la demande des personnes. Pour le chef de service, il n'était pas question de faire des suivis individuels, mais de privilégier des approches collectives du soin. Ces entretiens individuels devaient alors rester très exceptionnels et servir l'orientation vers des activités de groupe. Ma place était celle d'un professionnel de la structure (accueil, entretiens, animation de groupes). Pour autant, je continuais de participer aux autres activités en tant qu'utilisateur, à la manière des autres professionnels : massothérapie, yoga, activités de groupe. Par ailleurs, quelques visites à domicile avec des agents de santé communautaire, des interventions ponctuelles sur le poste de santé rattaché au projet, des animations au CAPS (équivalent CMP) et au CAPS addiction (équivalent CSAPA), et une visite de l'hôpital psychiatrique m'ont permis de mieux comprendre le réseau de santé mentale présent autour du dispositif. Ces visites ont en général existé grâce au concours d'utilisateurs du projet qui ont proposé de m'accompagner.

Ma participation au projet grâce à sa configuration communautaire était suffisamment libre pour adopter une posture de recherche, très peu interventionniste, ouverte à la rencontre intersubjective.

Une prise de notes régulière dès mon arrivée a concerné le déroulement des activités, les discussions informelles avec usagers et professionnels, les « cas cliniques » rencontrés, les pratiques de soin et les questionnements sur mon positionnement dans le dispositif. À la manière de Favret-Saada, « *mon premier principe a été : puisque nous ignorons quelles sont les bonnes questions, commençons par nous taire et par comprendre de quoi ils parlent entre eux, quelles sont pour eux les questions pertinentes.* » (Favret-Saada & Isnart, 2008). Des hypothèses de recherche ont progressivement émergé dans le champ de la psychiatrie. De manière inductive, chaque observation, chaque lecture, venait requestionner et reformuler les hypothèses, me permettant de réaliser une première grille d'entretien. Cette démarche se poursuivra à l'initiation des entretiens, dont la grille s'est « inductivement » enrichie d'une plus grande ouverture. Cette observation participante sur mon terrain d'enquête auprès des usagers a constitué, avec la recherche bibliographique, le contexte d'élaboration de la recherche.

3.2.3.1.2. Entretien individuels semi-dirigés

Dans un second temps, ont été réalisés des entretiens individuels semi-dirigés sur les trajectoires de difficultés, la participation et la perception de l'impact du projet.

Le recrutement des enquêtés s'est fait directement sur le site du projet Quatro Varas, au moment où les usagers passaient à « l'accueil » au niveau du salon de massothérapie, ou bien en sortant du salon de thérapie communautaire le jeudi.

La période d'inclusion a eu lieu de février à avril 2017.

Le critère d'inclusion était une participation « régulière » au projet définie par une présence *hebdomadaire* depuis *un mois* ou plus.

Parmi les personnes correspondant aux critères d'inclusion, j'ai cherché à réaliser un échantillonnage « à variation maximale » dans un but exploratoire, c'est-à-dire en faisant varier un maximum le profil des enquêtés. J'ai alors fait varier des critères d'âge, de sexe, d'ancienneté au projet et de mode de participation (usagers et « thérapeutes ») pour m'approcher d'une représentativité non pas statistique mais intuitive, sans spécialement chercher les cas exceptionnels.

La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des données, c'est-à-dire dès lors que la réalisation de nouveaux entretiens n'amenait pas d'information nouvelle.

La passation des entretiens a été réalisée sur le lieu même du projet, dans un endroit et à un moment propice pour l'enquêteur et l'enquêté afin « *d'approcher une situation d'interaction banale quotidienne, (...) stratégie récurrente de l'entretien ethnographique* » (Olivier de Sardan, 2008). Après une brève explication de ma recherche et le recueil du consentement des usagers concernés, nous nous donnions un rendez-vous fixe ou informel selon les situations (« demain », « la prochaine fois que vous venez »). Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone.

La grille d'entretien suivie se trouve en annexe 8.2. Elle interroge la place des sujets dans leur vie et dans le projet et l'impact du projet sur leur trajectoire de santé globale. Cette grille ne servait pas tant à organiser les réponses, mais à relever des données sociodémographiques indispensables à l'étude et à évoquer des thèmes, non abordés spontanément par les usagers. Les questions étaient volontairement ouvertes et la priorité était donnée à ce que l'utilisateur pouvait amener sur sa perception du projet.

L'anthropologue Arthur Kleinman, qui a beaucoup travaillé autour des questions de psychiatrie, suggère en entretien ethnographique d'approcher « *ce qui importe* » (« *what really matters* ») pour les personnes rencontrées, pour traduire au mieux une expérience qui fait sens dans la vie des personnes et qui contribue à transformer leur subjectivité, leur

« *essence* ». Il rappelle alors dans sa démarche le mouvement de phénoménologie psychiatrique. « *Au cours de nos vies individuelles, les expériences morales et émotionnelles peuvent nous changer si considérablement que nous ne sommes plus les personnes que nous étions auparavant : la vie, avec ses changements, transforme notre essence même* » (Kleinman, 2007)

Ainsi, la conduite des entretiens s'est attachée à mettre du sens à la fois sur l'essence du phénomène, mais aussi sur les pratiques que cette expérience a transformées. Les méthodologies ethnographiques et phénoménologiques se recourent ici, dans une attitude du chercheur capable de faire surgir le sens de l'expérience pour les usagers, par une activité narrative.

Les entretiens ont ensuite été traduits et retranscrits dans leur intégralité. Les mots ou expressions portugaises pour lesquels plusieurs traductions étaient possibles ont été laissés dans leur langue d'origine dans un premier temps et traduits dans un second temps pour donner une cohérence lexicale au corpus. Les entretiens ont été anonymisés au moment de leur retranscription.

3.2.3.2. Traitement des données

Plusieurs méthodes d'analyses sont possibles en ethnographie : analyse de contenu, analyse narrative, analyse de discours, théorisation ancrée, analyse inspirée de la phénoménologie interprétative. J'aurai recours dans ce travail à l'analyse de contenu (Robert & Bouillaguet, 2007) pour extraire les trajectoires de rétablissement des personnes enquêtées et à l'analyse inspirée de la phénoménologie interprétative pour en retirer le sens de l'expérience.

Le traitement des données d'entretien a été réalisé manuellement (c'est-à-dire, sans l'aide de logiciels informatiques). En effet, les logiciels sont des outils utilisables mais il leur est impossible de dépasser les idées et la créativité des prises de conscience du chercheur (Savoie-Zajc, 2006). En outre, utiliser un logiciel n'améliore pas la validité des études. Les analyses valent ce que valent les étapes qui les ont précédées (Wanlin, 2007).

Une fois le matériel entièrement traduit et retranscrit, la première étape de l'analyse de contenu est de réaliser une lecture flottante du corpus. Celle-ci sert à faire connaissance avec les documents à analyser en laissant venir à soi les impressions et certaines orientations ainsi qu'à délimiter le champ d'investigation, et construire l'objet de la recherche (Robert & Bouillaguet, 2007).

Le codage, c'est-à-dire la transformation des données brutes en une première formulation signifiante du contenu, centré sur les questions de recherche, laisse émerger des thématiques au sein des trajectoires des personnes en interaction avec le dispositif.

En anthropologie de la santé, Anselm Strauss a pensé les trajectoires dans une perspective interactionniste, c'est-à-dire en tenant compte des ajustements successifs, des négociations, des stratégies d'adaptation mis en place par les usagers pour assurer le travail de gestion de leurs difficultés. Le concept de trajectoire de la maladie comme la définit Strauss permet de se recentrer vers le patient, sa biographie et son environnement relationnel.

« *Le terme de trajectoire, (...) fait référence non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués* » (Strauss & Baszanger, 1992)

Dans le cas de mon corpus j'ai extrait les moments des récits des usagers qui faisaient état de l'impact (ou de l'absence d'impact) du dispositif dans le travail de gestion des difficultés rencontrées. Je me distancie de Strauss en n'établissant pas au préalable de « diagnostic » et ne désignant pas la maladie, mais bien des *difficultés*.

J'ai ensuite catégorisé ces extraits en fonction de la nature de l'impact et de l'interaction avec le dispositif. Un regroupement thématique organise les résultats de l'enquête pour répondre aux questions de recherche. La définition préalable des composantes de l'expérience du rétablissement a rendu possible ce regroupement.

Les thèmes ainsi relevés sont devenus redondants dans l'analyse du corpus jusqu'à une saturation des données.

3.2.3.3. *Circularité de la recherche*

Présentés sous forme chronologique, l'observation, la passation des entretiens et le traitement des données se font en réalité selon un processus circulaire (Glaser, Strauss, Oувray, Soulet, & Paillé, 2010). Cela veut dire que dès que les premières observations, puis dès les premiers entretiens, le chercheur commence à analyser le matériel obtenu. Il réalise alors des ajustements dans le recueil de données, et vérifie les thèmes et les concepts émergeant contre les données bibliographiques, de façon inductive.

Le matériel narratif requiert l'écoute dialogique d'au moins trois voix : la voix du narrateur ou de l'enquêté, le cadre théorique qui fournit les outils pour l'interprétation et l'écoute de sa propre voix de chercheur, en acte de faire la lecture et l'interprétation. Dans ce processus complexe, le chercheur fait des conclusions interprétatives, les modifie au fur et à mesure avec les lectures subséquentes, en devenant de plus en plus sensible à la voix du

narrateur et aux significations de celui-ci. C'est par ce « processus circulaire » (Glaser et al., 2010) que des hypothèses et des théories peuvent émerger.

Comme évoqué plus haut, je n'ai cessé lors de ce travail d'ajuster les données d'observation et d'entretien à un cadre bibliographique et à des hypothèses de recherche qui apparaissaient au fur et à mesure. Ce processus circulaire de la recherche, propre à l'ethnographie, garantit la rigueur et la validité scientifique des résultats.

3.3. Dimensions éthiques de la recherche

3.3.1. Le statut du chercheur

Le défi éthique de la recherche est de trouver à chaque moment de son déroulement « *un juste équilibre entre les bénéfices pour le participant à s'engager dans la recherche, les intérêts du chercheur à poursuivre ses intérêts personnels et professionnels et la contribution aux connaissances dans le but d'améliorer ultimement des pratiques grâce à une meilleure compréhension des dynamiques entourant un objet d'étude donné* » (Savoie-Zajc, 2006).

Cet équilibre est le résultat de questionnements éthiques précis et rigoureux. Lorsqu'une méthode qualitative est engagée, le chercheur est le principal instrument de collecte et d'analyse des données. Il est alors indispensable d'explicitier son statut et le contexte singulier de l'observation pour en mesurer les effets sur l'enquête et adopter une posture éthique dans la rencontre.

Comme Alfred Schütz le souligne dans son essai de phénoménologie des sciences sociales, chercheurs et acteurs, tout en partageant la même réalité, ne l'observent ni ne l'éprouvent de la même manière, parce qu'ils s'insèrent – les uns en tant que scientifiques les autres en tant qu'individus ordinaires – plus particulièrement dans l'une ou l'autre des multiples *sous-réalités* qui composent le social (en l'occurrence, monde de la science et monde de la vie quotidienne) (Schütz et al., 2008). Chacune de ces *réalités* requiert un style cognitif, une temporalité, un accent de réalité, une socialité, des enjeux, etc. spécifiques qui la distingue des autres. Pour autant, elles s'originent dans une réalité commune et partagée d'où l'intérêt, pour Schütz, de travailler sur ce qui les relie et sur ce qui les distingue en adoptant une posture de questionnement systématique et de mise en perspective de la moindre de nos activités (mentales, pratiques, sociales).

Mon statut de femme, européenne, jeune médecin psychiatre, en stage inter-universitaire, menant une recherche plutôt de type ethnographique a inévitablement impacté ma place dans le projet et la rencontre avec les usagers. Cette réalité de perception du monde

interroge une culture à la fois sociale (âge, genre, origines) et professionnelle (modèles théoriques, méthode d'enquête).

« Que vient faire cette française dans notre quartier et dans ce projet ? ». Je suis accueillie comme la plupart des stagiaires étrangers qui viennent au projet dans la famille d'Airton Barreto, frère du chef de service de la structure, Adalberto Barreto. Ils sont tous deux à l'origine du dispositif tel qu'on le connaît aujourd'hui. Airton est avocat, et a une certaine notoriété dans le quartier, ayant dénoué de nombreuses situations judiciaires à la faveur des habitants. Il est également formé à la thérapie communautaire et conteur infatigable de l'histoire du lieu. Malgré ses activités professionnelles extérieures, il est souvent appelé au projet pour remplacer son frère à l'occasion d'une « ronde », ou pour accueillir les étudiants, leur raconter l'histoire du lieu. Nous habitons à une centaine de mètres du projet. Le premier jour, je suis présentée par sa femme, ancienne coordinatrice du projet, qui tient maintenant un espace de petite restauration à proximité. Leur position dans le quartier et le projet va servir dans un premier temps de médiation entre moi et les « thérapeutes » et usagers du projet. Le psychiatre de la structure va également systématiquement introduire ma fonction lors des premières thérapies de groupe. Au départ, reprenant un langage commun employé par la famille et le chef de service qui m'accueillaient, je me positionne là où l'on m'a placée, pour gagner la confiance de ceux avec qui j'allais nouvellement partager un quotidien. Cette place s'est ensuite affinée au contact des « thérapeutes » et usagers de la structure, en autonomie. Mes motivations personnelles et professionnelles étaient questionnées, mes réponses ajustées, au fil des semaines. L'immersion dans le quartier et au projet m'a progressivement permis de me familiariser avec un quotidien singulier.

Le processus que je viens de décrire n'est somme tout pas très différent de celui que nous, les internes rencontrons à chaque début de stage. Quand cette question est abordée, elle semble se révéler à ceux qui se laissent porter par ces migrations : « *Profondément migrant, figure de l'exil institutionnel, l'interne se trouve en permanence « hors-lieu », confronté de manière aiguë à la question du départ et de l'arrivée, de l'accueil et de l'hospitalité, des frontières et des seuils de l'institution.* » (Leaune, 2015)

L'intention d'une réflexivité autour de ce processus, d'une « *cohérence dans le rapport à soi* » (Sakoyan, 2009) est d'une part le préalable à la recherche : pour observer un service *comme un chercheur*, en particulier dans les approches qualitatives, il faut non seulement se familiariser avec l'exil mais aussi adopter cette « *posture de questionnement systématique et de mise en perspective* » décrite par Alfred Schütz. D'autre part, elle permet d'adopter une posture *éthique* sur le terrain, dans l'abord des personnes, pour une « *cohérence*

dans le rapport à l'autre » (Sakoyan, 2009). Dans un article sur l'éthique de la recherche en anthropologie, Juliette Sakoyan détaille comment l'expérience de terrain interroge le chercheur sur la cohérence des relations qu'il entretient avec ses interlocuteurs, c'est-à-dire aussi avec leurs représentations, leurs pratiques, leurs actions et leurs besoins implicites et explicites (Sakoyan, 2009).

La posture éthique que j'ai adoptée dans ma relation à l'autre a conditionné la qualité du recueil des données et la qualité de la production de résultats. En ce sens, l'éthique fait partie de la méthodologie et de l'épistémologie : elle n'est donc pas simplement une posture « morale », de bienveillance, elle est aussi et surtout une posture scientifique. « (...) *la mise en œuvre d'une recherche qualitative soulève des questions porteuses d'une dimension éthique, amenant le chercheur à prendre des décisions dans des situations complexes. Or, si l'éthique est une discipline ancienne de la philosophie, elle pose, en recherche qualitative, des questions particulières. En effet, la réflexion éthique est, dans ces recherches, étroitement mêlée à la réflexion méthodologique et épistémologique. Liée à l'engagement du chercheur, elle renvoie également à des questions politiques et au rôle social de la recherche* » (Kivits, Balard, Fournier, & Winance, 2016).

3.3.2. Réflexivité autour de la rencontre

Même si la configuration communautaire assure une relative horizontalité dans les rapports instaurés avec les usagers, la rencontre est au moins celle du médecin psychiatre avec une personne en difficulté, en quête de soutien et de reconnaissance. De nombreux chercheurs considèrent qu'en « *terrains sensibles* », la neutralité du chercheur en ethnographie peut être mise en péril ; alors l'engagement et le contre-don par l'écoute, la gratification symbolique et l'aide sont au cœur de l'entretien (Bouillon, Fresia, & Tallio, 2005). Ici ce n'est pas tant le contexte politique ou social qui rend la situation délicate mais la souffrance des personnes accueillies et les connaissances médicales inhérentes à ma formation.

Alors, Juliette Sakoyan propose d'inclure dans la posture éthique du chercheur, une « *attitude de sollicitude* » à l'endroit de ses interlocuteurs qui dépasse le cadre de la recherche, qui est un « *souci des autres* » que l'on manifeste dans notre vie ordinaire avec tout un chacun. La notion de « *care* » renvoie à un contre-don qui répondrait à la question du rôle du chercheur sur son terrain. « *Plus précisément, elle rend compte de la manière dont l'ethnologue, à un moment ou un autre de la recherche, fera passer la dimension éthique au-dessus des objectifs méthodologiques et épistémologiques* » (Sakoyan, 2009)

Une écoute bienveillante, respectueuse de l'autonomie des sujets, et un traitement juste et équitable des personnes accueillies, sans distinction, sont des attitudes communes à une posture d'accueillant au projet et de chercheur attentif à une éthique de terrain.

Pour une ethnographie, il faudrait instaurer une position « *ni trop proche, ni trop éloignée* » permettant de reconnaître « *chez nos hôtes les sujets qu'ils sont dans toute leur autonomie revendiquée* » tout en demeurant dans une « *position d'engagement critique qui garantit notre propre autonomie de chercheur et de citoyen* » (Agier, 1997). De la même manière, un psychiatre exerçant dans une structure de santé communautaire ou mettant en œuvre des pratiques orientées vers le rétablissement, adoptera une position à la fois clinique et respectueuse de l'autonomie des sujets.

Mon engagement consiste principalement dans ce contexte de recherche à maintenir un souci de l'autre *ordinaire*, sachant que mon ordinaire comprend un savoir et une expérience médicale. Il s'agira alors, au décours d'un entretien, d'offrir un conseil sur un traitement ou une orientation vers un confrère, dans une perspective de partage d'expérience et de participation. Les rencontres sont alors teintées de ce rapport bienveillant de *care*, hors du cadre du soin tel qu'il est pensé à l'hôpital. Réciproquement, les personnes rencontrées veillent à mon intégration et à ma participation au projet et à la vie communautaire. C'est donc un « prendre soin » mutuel qui a marqué les rencontres, les entretiens, et aujourd'hui l'analyse des données : les personnes m'ont confié des mots, l'éthique m'oblige à ne pas les trahir. Cette posture n'est pas déployée au détriment d'une rigueur méthodologique et d'objectifs épistémologiques dans la mesure où l'on admet qu'il n'y a pas de « *contradiction entre sensibilité et connaissance, care et rationalité* » (Laugier & Paperman, 2005; Sakoyan, 2009).

Finalement, Lorraine Savoie-Zjac rappelle « *qu'une recherche se planifie théoriquement mais qu'elle se vit dans une réalité, celle-ci étant toujours plus riche qu'anticipée, invitant ainsi le chercheur à adopter un comportement flexible et créatif* » (Savoie-Zajc, 2006).

4. RESULTATS : L'EXPERIENCE DU RETABLISSEMENT PAR LE PROJET, SE DECALER ET CHOISIR SA TRAJECTOIRE

4.1. Présentation des enquêtés

4.1.1. Caractéristiques des enquêtés

23 entretiens sont recueillis et analysés. Parmi les 23 personnes enquêtées, 16 sont des femmes et 7 sont des hommes, ce qui correspond à une population à 70% féminine. Cette répartition sexuée correspond aux chiffres habituellement retrouvés sur les bases de données du projet. Par exemple pour l'année 2012, il y avait 67,8% de femmes qui avaient participé à l'activité de massothérapie et 77,1% à l'activité de « restauration de l'estime de soi »¹⁶.

Les âges des enquêtés sont compris entre 26 et 86 ans. La moyenne d'âge est de 47,5 ans. La médiane est de 45,5ans.

Sur 23 enquêtés, 20 personnes habitent dans un rayon de 3,5 km, 17 dans un rayon de 2,5 km, la moitié habite à moins de 2 km du projet. Ces chiffres sont en faveur d'une inscription dans le quartier.

Au moment de l'enquête, 6 personnes percevaient un salaire, 6 percevaient des allocations, et 8 étaient principalement soutenues financièrement par un ou plusieurs membres de leur famille.

La durée de fréquentation du projet était comprise entre un mois et 8 ans au moment de l'entretien. Les personnes avaient été orientées principalement par le Centre d'Attention Psychosocial (CAPS) du secteur (équivalent du CMP) (n=9), par une connaissance (n=9), ou par le poste de santé (n=4)

Concernant le motif de participation au projet, 11 personnes disent souffrir de « dépression » dont une liée à un deuil et deux à une schizophrénie sous-jacente, 9 parlent d' « anxiété » dont deux « avec agressivité », 1 évoque un « trouble panique », 2 viennent spécifiquement pour des « douleurs ».

Pour mieux comprendre les données « cliniques » recueillies concernant le motif de participation au projet, il faut rappeler un aspect de son fonctionnement. Lorsque les usagers sont accueillis pour la première fois au projet par les bénévoles ou salariés « thérapeutes », orientés par un poste de santé voisin ou par le CAPS, ils se voient demander le motif de leur

¹⁶ Données du secrétariat du Mouvement Intégré de Santé Mentale Communautaire tels qu'ils ont été transmis à la Préfecture.

venue, ou parfois suggérer un motif parmi : dépression, anxiété, douleurs... Cette donnée est alors inscrite sur leur carte de participation. Lors des entretiens, les usagers n'ayant jamais parlé clinique avec un médecin spécialiste vont s'approprier le motif de participation inscrit sur la carte. D'autres, ayant déjà été en lien avec un psychiatre, définissent plus précisément leurs troubles lors de notre entretien. Dans le tableau ci-contre est retranscrit le motif de participation au projet tel qu'il est rapporté par les usagers en début d'entretien.

Dans deux cas de « dépression », les usagers m'ont précisé qu'*en réalité*, ils souffraient de schizophrénie. L'option n'étant pas proposée par les personnes de l'accueil et s'appropriant le terme de « dépression », plus générique, pour parler de leur maladie, ces deux personnes n'ont pas spontanément revendiqué leur diagnostic, mais ont facilement précisé les choses dans le déroulement de notre entretien.

Aucun diagnostic médical n'était officiellement posé au sein du projet. Comme dans les deux cas évoqués ci-dessus, les motifs évoqués étaient parfois discordants avec la clinique présentée. Cette dernière transparaissait dans certains discours, mais j'ai choisi de ne pas en faire cas dans cette enquête pour mieux traduire l'expérience d'un rétablissement en santé mentale, non spécifique d'une clinique particulière.

Parmi les personnes rencontrées, près de la moitié prenaient un traitement psychotrope (n=11), 7 avaient un suivi psychiatrique, 4 un suivi psychologique et 4 avaient des antécédents d'hospitalisation. Aucune personne rencontrée ne consommait régulièrement des toxiques.

Les données nominatives sont référencées dans un tableau en annexe 8.3.

Tableau 1 : Caractéristiques des enquêtés

<i>N = 23</i>	<i>n (%)</i>	<i>Moyenne/Médiane (min – max)</i>
Age		47,5 / 45 (26 – 86)
Sexe		
Femme	16 (70%)	
Homme	7 (30%)	
Lieu de vie (distance au projet en km)		2,3 / 2 (0,5 – 8)
< 2km	13	
2 < d < 4km	8	
> 4km	2	
Ressources majoritaires		
Travail	6	
Allocations	6	
Retraite	3	
Equivalent AAH	1	
Invalidité	1	
Arrêt Maladie	2	
Ressources familiales	8	
Pas de ressources	1	
Non renseigné	2	
Durée de fréquentation du projet (en mois)		16 / 4,5 (1 – 96)
Orientation		
Poste de santé (médecine générale)	4	
Centre d'Attention Psychosociale (CAPS)	9	
Libéral (psychiatre ou psychologue)	1	
Autre (famille, quartier, amis)	9	
Motif de venue		
Anxiété	9	
Dépression	11	
Douleur	2	
Trouble Panique	1	
Suivi Psychologique	4	
CAPS	2	
Libéral	2	
Suivi Psychiatrique	7	
CAPS	5	
Libéral	2	
Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie	4	
Traitement psychotrope	11	
Anxiolytique seul	3	
Antidépresseur seul	3	
Antidépresseur + anxiolytique	3	
Anti psychotique seul	1	
Antipsychotique + anxiolytique	1	
Toxiques	0	

4.1.2. *Vignettes cliniques*

Je choisis dans mon échantillon trois personnes qui ont investi le projet comme support de leur parcours de rétablissement. Je détaille ici leur clinique, selon des observations objectives et leur manière subjective de l'appréhender. Dans la suite des résultats, je reprendrais certaines de leurs remarques sur les différents thèmes dégagés par l'analyse de l'ensemble des données.

4.1.2.1. *Valentine*

Valentine est une femme de 40 ans, qui vient parallèlement au projet et au CAPS depuis 8 mois suite à une crise suicidaire. Elle habite dans un quartier voisin et se déplace en bus. Elle est orientée par la psychiatre du CAPS au moment de son premier RDV. Depuis, elle est suivie par la psychiatre et par une psychologue tous les 2 mois. Elle prend un traitement par fluoxétine 20mg/jour et clonazepam au coucher.

Elle vit avec son mari. Ils n'ont pas d'enfants à cause d'une infertilité. Elle travaillait avec son mari dans un cybercafé. Elle va suivre dans quelques mois la formation de massothérapie, sur suggestion de sa psychiatre, pour travailler au CAPS.

L'histoire des troubles remonte à l'adolescence. Valentine se décrit comme « amère » depuis une tentative d'abus sexuel par son père lorsqu'elle avait 11 ans. Depuis, elle souffre d'un mal-être profond, aurait des moments de violence et d'agressivité, qui se seraient aggravés progressivement. Elle fait état de disputes violentes avec son mari avec des bris d'objets nombreux et des tentatives de suicide graves à répétition. Il n'y a pas d'addiction. Elle n'a jamais voulu être suivie jusqu'à la dernière crise suicidaire il y a 8 mois.

Cette crise suicidaire est décrite par Valentine comme « la plus forte ». Suite à une dispute violente avec son mari où elle « *n'a pas supporté qu'il puisse ne pas avoir confiance en [elle]* », elle prend une paire de ciseaux avec l'idée de s'égorger, puis elle se rase finalement entièrement le crâne.

« C'était soit le cou, soit les cheveux. Et j'adorais mes cheveux, j'aurais jamais pensé que je puisse faire un truc pareil, je suis devenue folle. (...) C'est cette fois-là où j'ai le plus eu envie de mourir, mais j'ai déjà essayé de m'étouffer, de me couper les veines, je me suis déjà jetée d'un petit immeuble. Mais cette fois-là, ça a été vraiment très fort. Et c'est cette fois que j'ai décidé d'aller prendre soin de moi, de prendre un rendez-vous au CAPS. J'avais déjà été au CAPS, mais j'y allais une fois, je parlais un peu puis j'avais la flemme je revenais pas. Mais quand c'est moi-même qui ai décidé, j'y suis allée vraiment. Une fois aussi j'étais allée voir un psychologue mais juste pour faire plaisir à mes voisines, je sais qu'elles étaient inquiètes pour moi. Mais j'y allais pas avec cette détermination que j'ai maintenant. Cette fois où

j'avais décidé, où j'ai pris le RDV, j'y suis allée seule, même mon mari ne savait pas. Je suis partie bien tôt le matin, je suis arrivée à l'ouverture j'ai dit je veux me soigner... »

Au projet, elle est remarquée par ses interventions en thérapie communautaire, pendant lesquelles une certaine emphase habille ses propos et attire la compassion de tous. Elle arrive volontiers avant l'ouverture du projet pour aider les bénévoles à l'installation des chaises de l'espace d'attente, ou la préparation d'une collation... Son histoire personnelle et familiale, longuement commentée en thérapie communautaire, tout comme son investissement au projet, ont été mis en valeur par le groupe qui a pointé sa détermination, et ses « progrès ».

Lors de notre entretien, elle est hyperexpressive et montre une certaine fierté face à son parcours de « combattante » (même si son enthousiasme est plus atténué en entretien individuel qu'en groupe). Elle décrit une amélioration spectaculaire grâce au projet :

« Et 3 jours après je suis venue ici. Et ma vie s'est transformée. Cette crise a servi à me réveiller, à ouvrir les yeux. (...) Ici on a un lieu pour réfléchir, on a ce vent frais qui nous arrive au visage, c'est bon. Parfois on a besoin de juste s'arrêter et de réfléchir à sa vie. Et ici c'est génial pour ça ! On retrouve la terre, là dehors c'est que du ciment ici on retrouve la terre, c'est merveilleux. »

Cliniquement, un tableau d'instabilité émotionnelle avec des accès de colère, des crises clastiques, des actes auto-agressifs impulsifs, des relations à la fois hostiles et stables (avec le mari, le voisinage) évolue très favorablement depuis le début de la prise en charge conjointe au projet et au CAPS, avec notamment un traitement antidépresseur. Un théâtralisme sous-jacent peut alors s'épanouir dans le groupe.

Des traits de personnalité borderline et histrionique sont très nets dans l'histoire clinique et la présentation actuelle de Valentine. Ces traits sont toujours présents mais ils sont depuis huit mois mis au service d'un engagement dans les soins et dans une activité gratifiante (aide au projet, va devenir « massothérapeute » au CAPS). Les qualités participatives et groupales du projet ont sans doute grandement contribué, avec la prise en charge psychologique et psychiatrique, à atténuer les conséquences dépressives et impulsives d'un trouble de la personnalité.

Nous verrons dans la suite des résultats comment son parcours s'inscrit dans une trajectoire de rétablissement singulière, mais dont les composantes sont communes à **celles** d'autres usagers.

4.1.2.2. Théo

Théo est un jeune homme de 32ans, qui participe depuis un an au projet. Il habite loin et ne vient que le jeudi, pour l'atelier de « restauration de l'estime de soi », la thérapie communautaire et pour recevoir un massage. Il a découvert le projet « à la télé » et y est allé après recommandation de son psychologue de trouver un moyen de *s'exposer à un contact physique*. Théo a alors pensé aux massages thérapeutiques. Il est suivi depuis trois ans par un psychologue libéral et par un psychiatre hospitalier qui lui prescrit de la fluoxétine à 20mg/jour.

Il vit avec ses parents et une sœur, ne travaille pas. Un de ses frères et son père touchent respectivement un salaire et une retraite, dont Théo dépend totalement pour vivre.

Il souffre d'un trouble anxieux sévère depuis le début de l'âge adulte, avec une agoraphobie, des éléments dépressifs et de persécution. Il n'a pas pu poursuivre les études qu'il avait commencées en sortant du lycée, pris par des angoisses massives qui le bloquaient au domicile. Il a des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance et il relie depuis qu'il a commencé la psychothérapie certains symptômes relationnels et physiques à cet événement. Une relecture de ses troubles au prisme de cet antécédent peut faire discuter l'hypothèse d'un état de stress post-traumatique.

Voici comment il retrace sa trajectoire de la maladie :

« J'ai arrêté d'étudier...Parce que je n'arrivais pas à vivre ma vie, je n'arrivais pas à vivre ma vie normalement. Je me posais beaucoup de questions. J'étudiais et j'ai tout arrêté et j'ai essayé de reprendre ma vie pendant plusieurs années mais il y avait toujours un truc qui allait pas. Je suis resté à vouloir, vouloir faire les choses et pas y arriver alors j'ai commencé à vouloir voir un psychothérapeute, indépendamment de faire des études ou travailler. Quand j'ai commencé à voir le psy j'ai commencé à reprendre ma vie. Je suis sorti de chez moi. Ça faisait deux ans que je sortais plus de chez moi. J'ai réussi à vivre de nouveau. J'ai ressuscité. J'étais totalement bloqué.

Ils disent que c'est de la dépression de l'anxiété... j'avais peur, dans le bus, j'avais des symptômes physiques, je sentais des choses... je sortais mais j'avais pas envie, j'avais pas le goût, j'avais peur de rencontrer des gens, de savoir ce qu'ils allaient penser de moi... je sentais beaucoup de colère, j'avais envie de mourir parfois... une estime de moi très faible... je pensais que j'allais jamais réussir, à être bien. Et les parents, la société qui te mettent la

pression. Il faut travailler il faut étudier. Et toi en pratique tu n'y arrives pas. Même aujourd'hui j'ai encore ça, mais beaucoup moins. Un peu de manque de confiance.(...)

Au début je pensais comme tout le monde que c'était un caprice, que je ne faisais rien parce que je ne voulais rien faire... Quand j'ai commencé la psychothérapie je me suis rendu compte qu'il y avait quelque chose derrière. J'ai été abusé sexuellement quand j'étais enfant et je me suis retrouvé avec cette chose que toutes les personnes qui sont passés par là ont plus ou moins. Ne pas réussir à vivre ses relations normalement... etc... les symptômes physiques, la somatisation. A imaginer que tu as un objet à l'intérieur... qui va te tuer qui va te blesser... une colère, une colère de ce que la vie a fait et à la fois tu te culpabilises beaucoup, parce que tu te compares aux autres et tu te dis que ton problème est pas si énorme... une révolte aussi contre les adultes, et puis il faut enterrer ce cadavre et revivre.

Aujourd'hui je suis dans ce processus de sortir de la victimisation. Attends, je suis un héros, je suis encore là après ce qu'il s'est passé, un héros non, un vainqueur : je suis debout. En train de faire beaucoup de choses dont personne ne me pensait capable. »

Grâce à une psychothérapie bien conduite, et au traitement antidépresseur, Théo avait repris une certaine confiance. Mais ses relations sociales et affectives étaient toujours inenvisageables ; c'est pourquoi son psychologue l'a encouragé à s'exposer. Théo commence alors à venir au projet et aborde la partie relationnelle de son rétablissement. Par le massage il retrouve des sensations physiques saines vis-à-vis du corps et du toucher. Les dynamiques corporelles proposées dans l'atelier de « restauration de l'estime de soi » lui permettent de se réapproprier un corps traumatisé. Du côté de la socialisation, le dispositif communautaire lui offre la possibilité de prendre chaque semaine, un « bain de gens »...

Théo se rétablit par un triple soutien médicamenteux, psychologique et communautaire. Des éléments de son expérience seront détaillés plus en avant.

4.1.2.3. Erica

Erica est une femme de 40 ans, discrète, au faciès jovial qui vient au projet depuis environ 6 mois. Elle habite le quartier et a découvert le projet « par hasard », par le bouche à oreille. Elle a apprécié l'endroit et a demandé à son psychiatre traitant une prescription pour suivre les thérapies proposées par le projet.

Elle est suivie depuis l'âge de 14 ans pour une schizophrénie, elle est actuellement traitée par de la Risperidone à 2 mg. Elle a beaucoup été hospitalisée à l'adolescence puis a été suivie par en consultation à l'hôpital jusqu'en 2012. Une évolution favorable de ses

troubles lui a permis d'être orientée vers le CAPS, où elle voit un psychiatre et une psychologue depuis 4 ans. Elle participe parfois à des activités thérapeutiques de type art-thérapie au CAPS.

Elle décrit que de manière concomitante à sa venue au projet « il y a six mois », son traitement a été modifié. Des traitements anxiolytiques et antidépresseurs ont pu être retirés.

Parmi ses antécédents médicaux, on note une obésité morbide.

Elle habite chez sa mère avec sa sœur ; et elles ont des relations parfois tendues avec sa mère. Ses parents sont séparés et elle voit régulièrement son père. Elle a des amies dans son quartier avec qui elle sort quand elle va bien. Elle a fait une formation en couture organisée par le CAPS et fait maintenant des travaux de couture au domicile (confection, retouches) pour un magasin d'habits.

Elle appelle sa maladie la « dépression », mais connaît son diagnostic de schizophrénie. Voici en quelques mots comment elle décrit son expérience de la maladie, son travail en collaboration avec la psychologue du CAPS pour un insight de qualité et les raisons de sa venue au projet.

« Alors, ma dépression c'est beaucoup de pleurs, et j'ai envie de dire, y a que les personnes qui ont déjà vécu ça qui peuvent vraiment comprendre mais je vais t'expliquer. Je me réveille super bien, on dirait que j'ai aucun problème. Les gens qui vivent avec moi peuvent penser que c'est de la légèreté, ou je sais pas. Et d'un coup l'après-midi, tu deviens quelqu'un d'autre, c'est un truc que même moi je ne peux pas expliquer. D'un coup j'ai des angoisses, je me sens pas en sécurité, j'ai peur, je commence à avoir très peur de tout, et je pleure. Voilà ça commence par des maux de tête, des impatiences, et petit à petit ça augmente, et là je veux que personne s'approche, et là je commence à entendre de voix et à voir des choses dans ma vision. Parce que quand j'ai commencé le traitement avec la psychiatre et la psychologue (au CAPS), c'était super parce qu'ils m'ont expliqué comment ça marchait. C'est une psychologue que j'admire beaucoup parce qu'elle m'a expliqué, en voyant mes symptômes, comment moi je pouvais mieux me connaître. Avant d'entrer en crise. Et une fois qu'elle m'a expliquée ça, j'arrivais à ne plus entrer en crise. Le médecin lui ne m'expliquait pas du tout ça. Il me donnait juste le traitement. Et elle, elle a été super, elle m'a dit non, elle m'a écouté elle a dit, vous allez apprendre à vous connaître. Elle m'a dit quand les premiers symptômes arrivent, tu vas aller prendre une tisane, lire un livre, faire un tour... pour s'occuper l'esprit et arrêter la crise. Et là quand j'ai commencé à venir au projet, elle était très contente et elle m'a dit que j'étais guérie à 80% ! Les pleurs ont diminué, je dors bien... »

La fréquentation quotidienne du projet pour Erica semble être un moyen de poursuivre son parcours de rétablissement d'une schizophrénie, en articulation avec un suivi psychologique et psychiatrique dans le secteur public (CAPS). Erica argumente son choix d'aller au projet plutôt qu'aux activités du CAPS par une plus grande identification aux thérapies de groupe proposées au projet et une moindre distance par rapport à son domicile.

« Mais tu sais, les thérapies de là-bas... bon, l'être humain c'est une chose compliquée, on est tous compliqués... Et il y a des trucs qu'on aime pas ou pour lesquels on s'identifie pas. Et les thérapies de là-bas c'est plus pour peindre, faire des petits objets en poterie, et aussi, j'avais pas beaucoup d'argent pour prendre le bus et aller là-bas tout le temps. Et je me suis dit je vais sélectionner, je vais aller juste chez la psychologue, que j'aime beaucoup, et chez le psychiatre. Et voilà maintenant que j'ai trouvé les thérapies ici c'est mieux, c'est plus près, je peux venir à pied ! La psychologue m'a dit que le projet ici et le CAPS c'était complémentaire. »

En l'absence de dossier médical au projet, elle vient dans l'anonymat d'un suivi psychiatrique complexe. Les personnes fréquentées au projet sont pour la plupart des habitants du quartier, non ancrés dans un parcours psychiatrique comme au CAPS. La diversité sociodémographique des personnes participant au projet, mise en évidence au cours de cette enquête, contribue à une socialisation efficace et très peu stigmatisante pour Erica.

Le projet présente ici l'intérêt de favoriser l'intégration sociale d'une personne au parcours psychiatrique lourd, pour laquelle le secteur psychiatrique avait permis en partie la réinsertion par le travail (formation). La prise en charge parallèle au CAPS et au projet optimise un maintien des soins et une vie sans « dépression ». Certains aspects de son expérience au projet seront développés ci-après.

4.2. Se décaler pour espérer

4.2.1. (Re)sentir

Sentir c'est éprouver ou percevoir quelque impression par les sens. La découverte ou la re-découverte d'une sensation d'apaisement, de détente, de réassurance par le projet va constituer la première étape processus de rétablissement dans la mesure où elle est une ouverture vers un nouveau possible. Si je peux *ressentir* ou *sentir de nouveau*, je peux penser à un quotidien positif. La *sensation* vient ouvrir le champ des possibles et révéler certaines valeurs du prendre soin que je peux me réapproprier au quotidien.

Le lieu, comme décrit plus haut, végétalisé offre déjà pour les usagers la garantie d'un espace de calme, propice à un mieux-être.

« Quand je suis rentrée par ce petit portail là-bas, j'ai dit « c'est ici seigneur », j'ai tout senti. J'ai senti des merveilles. C'est ici que je vais rester, c'est ici que je vais habiter ! C'est tellement ça que maintenant je suis devenue une professionnelle dans ce lieu, j'ai des horaires pour arriver et repartir. » Alexandra, 58ans, dépression, massothérapeute¹⁷

« Déjà, ce climat, la nature aide à se calmer, j'aime beaucoup, quand j'arrive ici, je suis avec cette tension interne, et quand j'arrive ici, avec le contact avec la nature, je me sens plus calme, relaxée » Gabriela, 32ans, anxiété

« On vient ici un peu « chargé » et ici on libère un peu cette charge et on revient à la maison avec une autre énergie, c'est bien. On se sent accueilli. » Clara, 27ans, anxiété

« Le lieu, l'ambiance aide aussi beaucoup parce que dehors on étouffe, les gens se plaignent, c'est fatigant, ça nous perturbe. » Valentine, 40ans, anxiété, agressivité

L'ambiance du lieu est très perceptible et vaguement descriptible. Elle contribue pour de nombreux usagers à une sensation immédiate de sécurité. Certains s'approprient l'endroit comme un lieu sûr, familial.

« Mon refuge » Helena, 44ans, dépression

« En fait ici c'est un vaisseau spatial, donc quand je rentre dedans, c'est mon vaisseau spatial, et quand il pleut ça devient ma forêt. Ce lieu a deux sens. Vaisseau spatial et forêt ». Alexandra, 58ans, dépression, massothérapeute

« J'aime beaucoup cet espace. Ça me rappelle ma grand-mère et c'est une personne qui m'apportait beaucoup de tranquillité, de paix, d'amour » Leonora, 33ans, trouble panique

Alors les usagers prennent le temps ici de se distraire, de se faire du bien, expérimentant que cela est possible.

¹⁷ Les verbatim apparaîtront selon cette présentation dans les résultats : extrait d'entretien, prénom, âge, motif de venue au projet, (précision du motif si besoin), (fonction au projet si besoin)

« Ma vie est mieux. Parce que je viens ici, et ça m'enlève les préoccupations de la tête, ça me distrait. Je me sens bien, je m'allonge un peu là sur les chaises longues. (...) Quand je suis arrivée aujourd'hui je pensais à plein de trucs, des bêtises, et là après les massages surtout ça va mieux. Je me suis reposée, j'ai discuté avec des gens... C'est bon ! » Raimunda, 71 ans, douleurs

L'expérience du contact physique est également très présente dans les discours. L'*abraço* que l'on pourrait traduire en français par le fait de se prendre dans les bras ou de se donner une accolade est la manière dont on se salue au projet. Il est certes bien plus fréquent de se saluer ainsi au Brésil qu'en France mais un *abraço* n'est pas systématique en dehors du projet. Comme l'explique Erica, ce contact physique constitue un support qui donne aux mots de l'attention une authenticité particulière.

E – « Je n'ai pas trouvé là-bas [au CAPS], à part chez la psychologue, des choses que je trouve ici. Par exemple, un mot gentil, une accolade... avant personne me saluait en me prenant dans les bras... et un « bonjour, comment ça va ? », ça n'existe pas dans notre monde extérieur. Les gens qui vont vous croiser dans la rue vont vous saluer oui « salut comment ça va tout va bien » mais en fait chacun vit sa vie. S'ils vont bien et que toi ça va pas bien, c'est pas grave.

LL – comment on pourrait appeler ça ?

E – ce serait... de l'attention. Qu'on a pas à l'extérieur. De l'affection aussi, de l'amour. Parce qu'on a cette capacité nous à identifier l'amour avec lequel les personnes travaillent ici, l'amour » Erica, 40ans, dépression, schizophrénie.

La première impression à son arrivée au projet pour Denis est celle de pouvoir dire la vérité, ses émotions, et de pouvoir se prendre dans les bras. Le contact physique est un élément de l'accueil et il pose les bases de l'ouverture vers un futur plus en lien avec une trajectoire de vie satisfaisante, où il est capable de ressentir ses émotions, de les verbaliser.

« Et puis j'avais jamais senti ça c'était étrange, parce que je croyais qu'à mon âge j'avais déjà tout connu quoi et là j'arrive chez moi et je sens des choses bizarres dans mon corps, la pression. Et puis je parlais pas de ça quoi. J'étais à moitié fermé, plutôt pas du genre à pas parler de mes émotions. Et ce que j'ai appris ici, c'est que j'ai appris la valeur de ma vie et de celle des autres. C'est très important. J'ai appris à aimer un peu plus les personnes autour de moi et à être aimé. Ici c'est comme un groupe d'amis tu vois. Ces accolades, cet accueil, ça

fait du bien ! La première fois que je suis venu, qu'on m'a dit, ici on peut dire la vérité, on peut se prendre dans les bras, voilà. Moi personne ne me prenait dans les bras, je suis pas du genre, ce machisme ambiant tu vois, on se prend pas dans les bras. » Denis, 56ans, anxiété

Le projet vient révéler par cet accueil attentif, des valeurs du prendre soin, pour soi et pour les autres. Les usagers se dé-couvrent et font émerger des possibles.

« Et ici je me sens bien, je peux passer la journée ici. Je suis très comme ça en fait, je suis plein d'amour et d'affection. Alors j'étais très explosif à la maison, parce qu'y avait des trucs qui me plaisaient pas. Mais j'ai toujours été quelqu'un d'amical, de sociable, affectueux...et j'ai retrouvé cette tranquillité. » Mario, 65ans, anxiété, agressivité

Il s'opère une circulation du prendre soin à travers un accueil attentif et bienveillant. A aucun moment cette manière d'accueillir (en se prenant dans les bras, en se souciant de l'autre...) n'a été protocolisée dans les espaces informels du projet. Les thérapies de groupe, en particulier l'atelier de « restauration de l'estime de soi », comportent cependant cette dimension tactile et cette intention de prendre soin de l'autre formalisées dans un moment de la thérapie. Entre cet atelier et les séances de massothérapie, il semble que la circulation d'un accueil qui prend soin ait infiltré l'ambiance du projet. Les usagers le perçoivent, et se l'approprient pour leur vie. En cela, l'accueil peut être envisagé comme un premier temps sensoriel de l'espoir d'un rétablissement individuel.

4.2.2. L'accueil comme expérience humaine

A un niveau plus communautaire les usagers expérimentent aussi l'accueil au projet comme un moyen d'être ensemble différemment, entre *humains*. Le dispositif communautaire par son inscription dans le quartier implique un accueil inconditionnel pour les personnes de la communauté. Cette expérience d'humanité, participe également d'une ouverture vers une trajectoire de vie plus en lien au sein de la communauté.

« C'est bien que tout le monde puisse venir ici, les gens du quartier mais aussi les gens du CAPS. Il faut pas avoir de préjugés sur ces personnes qui ne vont pas bien au CAPS, je pense qu'ici on pourrait aussi recevoir des personnes moins « stabilisées », c'est pas un problème. » Gustavo, 35ans, anxiété, massothérapeute

« Donc ici, c'est un endroit pour accueillir ceux qui fuient » Alexandra, 58ans, dépression massothérapeute

On retrouve dans ces *verbatim* l'intention d'une inclusion des exclus d'un monde dans lequel tout le monde ne trouve pas sa place. Accueillir des « gens du CAPS », c'est recréer un lien communautaire avec des personnes qui se retrouvent habituellement entre malades dans le dispositif psychiatrique classique. Alors, Wilson, qui a été diagnostiqué « F20.0 »¹⁸ par le psychiatre de l'hôpital, « depuis [ses] 16ans », vient depuis quelques mois au projet sur suggestion de sa psychiatre du CAPS. Il s'investit beaucoup dans l'entretien du lieu, s'occupant ainsi l'esprit, dans un espace dont il s'occupe, et qui l'accueille sans conditions.

« En fait peu importe que je vienne là ou à l'hôpital de jour, je peux aller là pour faire des activités. Je peux pas rester à rien faire par contre, il faut que je bouge mon esprit. Et même je peux pas m'arrêter une seconde sinon j'ai plus le contrôle. » Wilson, 38 ans, schizophrénie

Pour Jorge, qui est un habitué du projet - il vient depuis plus de 6 ans -, le projet est avant tout un support de la possibilité de reprendre le pouvoir sur sa trajectoire *d'aller mieux*. Un fonctionnement de groupe, avec des anciens et des moins anciens, permet aux nouveaux d'entrevoir dès leur arrivée des modèles inspirants. Par ricochet, l'espoir d'emprunter une trajectoire qui les inspire émerge.

« Parce qu'il y a les habitués on va dire, ceux qui connaissent le système comment ça marche et puis il y a ceux qui viennent pour la première fois, qui sont là, curieux - les brésiliens sont curieux - mais je ne sais pas si c'est le bon mot, bref, quand ils arrivent ils ont envie d'en savoir plus. Et j'explique toujours comme ça, voilà les professionnels ici, ils travaillent dans le sens d'un accueil « bon » pour que tu te sentes bien et avec ça tu te sens mieux. Le projet donne un « support ». Je dirais un support. Tu as un endroit où tu peux venir recevoir un peu de réconfort, un accueil. La question d'aller mieux après c'est chacun qui fait son travail, parce qu'il y a en a aussi qui sortent d'ici et on dirait que ça ne les a pas atteint. Mais avec le temps, ils se rendent compte et ils commencent à se sentir mieux. Chacun à son rythme. L'accueil aide déjà beaucoup. La tendance c'est d'aller mieux ici et puis on le voit si les autres ont tendance à aller mieux, on se dit que ça peut marcher pour nous aussi. Le projet aide de cette manière aussi, en donnant un modèle. » Jorge, 59ans, anxiété

Dans les discours recueillis, la sensation d'espoir d'un avenir plus positif émerge par le support communautaire mis en œuvre par le dispositif. L'accueil inconditionnel et attentif

¹⁸ Le code F20.0 correspond à « Schizophrénie paranoïde » selon la Classification Internationale des Maladies CIM 10

des nouveaux par les anciens, ou des « moins stabilisés » par ceux qui ont « retrouvé leur tranquillité », rend possible un nouveau regard sur sa propre trajectoire.

Le fait de se voir accueilli comme personne, reconnu dans ses particularités singulières semble jouer un rôle essentiel dans la reconquête d'un espoir de se rétablir.

4.2.3. Le vécu et le partage en TCI

Dans le cas particulier du groupe de thérapie communautaire, le partage est formalisé par la parole. La possibilité de s'inspirer les uns des autres, comme évoqué plus haut, est à la base de sa méthodologie. Les modalités de déroulement de la TCI favorisent en soi la revalorisation d'un savoir expérientiel et des ressources de chacun. La séance comporte en effet un moment de partage de situations « problèmes » et à une situation « problème » choisie par les participants, sont apportées des stratégies de résolution. Les usagers racontent comment la phase de partage des situations problème leur a permis de relativiser et de se sentir moins seuls face à leurs difficultés. Ils expliquent aussi comment la phase où chacun peut apporter des stratégies de résolution, constitue un réconfort et une source d'idées pratiques qu'il est possible de s'approprier au quotidien.

« Quand j'ai commencé à venir ici, que j'ai commencé à écouter les histoires des personnes etc, j'ai commencé à me détendre un peu je crois et à m'arrêter pour penser à tous les problèmes qui étaient en train de me bouffer à petit feu. J'ai eu peu de véritables crises d'angoisses mais j'ai eu beaucoup de débuts de crise. Grace à Dieu je réussissais à me calmer. A partir du moment où je suis venue ici et je me suis rendue compte en écoutant les gens que je n'étais pas la seule à avoir ce type de problème et puis que ce n'était pas si énorme. Le trouble il fait que vous avez l'impression que c'est un truc énorme qui vous arrive, que tu es seul au monde dans cette situation. Et je me suis rendue compte que non. Et j'ai commencé à évaluer les différents aspects de ma vie qui me contrariaient ou me stressaient et petit à petit je mettais les choses à leur place et je commençais à les résoudre, une par une. Et c'est ça qui m'a aidé. Je priorise les problèmes et je résous. » Raissa, 26ans, anxiété

L'expression « se rendre compte » comporte une dimension d'ouverture vers quelque chose de différent. Il est alors possible de se décaler de ses difficultés, en abordant celles des autres, travaillant une « empathie » naturelle.

« Donc la thérapie individuelle c'est important mais la thérapie communautaire c'est très important aussi, parce qu'en groupe tu vas voir d'autres souffrances qui ressemblent à la tienne et tu vas voir comment les personnes font pour s'en sortir avec ça pour les dépasser. Ou même, quand tu vois des situations bien plus graves alors que tu pensais que la tienne était

la plus grave. Donc quand tu commences à travailler plus l'empathie, à te mettre à la place de l'autre, c'est ce que je dis à ma psychologue, tu commences à te focaliser sur les choses importantes à ce que tu fais bien et tu enlèves le superflu. » Leonora, 33ans, trouble panique

Cet espace de partage hebdomadaire vient ouvrir le champ des possibles, grâce à la révélation de stratégies de résolution de problèmes et leur mise à disposition de tous. Les ressources de la communauté sont infinies et elles circulent par et pour chacun.

« L'espace de discussion de l'après-midi m'a pas mal aidée. Parce que j'ai entendu ici des gens ont aussi un problème, ils ont envie de le résoudre d'une manière ou d'une autre, c'est fort. Je parle beaucoup dans ce groupe, je suis déjà passée par ce problème, j'ai fait ça pour aller mieux. Et c'est très récent que j'arrive à parler en public, avant j'étais gênée, quand je suis arrivée ici je ne parlais pas ! C'était compliqué, et après quand j'ai vu les autres parler, je me suis décidée à parler aussi. Je veux aller mieux je vais me sortir ça de dedans. A partir de la 5^e session j'ai commencé à sentir une grosse amélioration. Vraiment un saut en avant. Je me sentais plus légère, plus confiante. » Valentine, 40 ans, anxiété, agressivité

Le fonctionnement d'une séance de thérapie communautaire apparait aux yeux des usagers tel qu'il a été pensé par les théoriciens de la TCI : il comprend la possibilité de parler, mais aussi d'écouter, c'est-à-dire de se saisir des stratégies proposées, et de faire travailler un aspect empathique de soi, qui permet de relativiser ses propres problèmes et de se mobiliser pour apporter des solutions à d'autres, en somme, de se révéler comme capable de prendre soin de soi et des autres. Le partage d'expériences en thérapie communautaire dépasse l'émergence d'un *espoir*, il le soutient par les mots tout au long du processus de rétablissement.

4.3. Reprendre le pouvoir

4.3.1. Sur son corps

4.3.1.1. Le recours aux médicaments

Sur les 23 personnes interrogées, 16 personnes prenaient des traitements psychotropes à leur arrivée au projet, lors de nos entretiens, 8 d'entre elles avaient diminué ou arrêté complètement les traitements¹⁹. Le processus de reprise de contrôle du traitement passe par la

¹⁹ Au moment des entretiens, seules 11 personnes prenaient des psychotropes. Cf tableau 1 en 4.1.1

possibilité d'en parler, de mieux connaître ses symptômes, les traitements, de trouver des stratégies alternatives pour s'apaiser ou se soigner.

Plusieurs cas de prises de traitement non justifiées sur un plan médical se trouvaient alors réajustées. Comme c'est le cas d'Alberto, qui prend du diazepam chez lui lorsqu'il se sent angoissé. Il a acheté ce traitement au marché noir et n'a aucune idée des posologies. Le projet lui offre d'une part la possibilité d'en parler, avec les autres usagers et avec le psychiatre, d'autre part un moment « sans traitement ».

« Par exemple, si je suis ici, je suis allongé là-bas, je fais un massage je fais autre chose, et je contrôle mieux mon anxiété. Si je suis ici, il peut me venir une angoisse un peu forte, mais je sais que je suis ici, et j'ai pas besoin de médicament. Parce que je sais qu'ici les gens savent ce que c'est. » Alberto, 36ans, dépression

Le projet peut alors jouer un rôle de garde-fou des automédications anxiolytiques anarchiques, par une information experte sur le traitement, mais aussi en proposant une alternative à une prise de traitement. Le premier temps du contrôle du recours à un traitement est pour Alberto cette possibilité de ne pas le prendre alors qu'il est angoissé au projet.

Des prescriptions venant de médecins libéraux victimes d'un système de santé où le temps d'écoute est limité et les prescriptions quasi systématiques ont également pu être régulées au projet. Après plusieurs passages aux urgences pour des crises d'angoisse massives sur une période assez courte, Gabriela se voit prescrire par un psychiatre libéral, consulté en urgence –et à ses frais- un traitement par paroxétine et quetiapine... Voici comment elle explique cette escalade.

« Jusqu'à ce qu'un jour, un dimanche, je commence à sentir des choses bizarres dans mon bras, comme un fourmillement, et là ben comme tout le monde je commence à chercher sur internet et je me suis mis dans la tête que j'étais en train de faire un AVC. Et je suis partie aux urgences. J'ai pris un traitement pour la nausée et un traitement pour dormir. Un calmant et une lettre d'orientation pour le psychiatre. J'ai pris RDV avec un psychiatre libéral, mais j'avais un RDV que 15 jours après. Et cette semaine-là, presque tous les jours, j'avais cette angoisse, cette peur, ce manque d'air, le cœur qui bat plus vite, la sensation que ma tête s'endormait et je devais aller chez le médecin, au moins pour prendre ces calmants. Pour prendre un traitement qui m'aiderait à dormir. J'ai fait tout un checkup, tout ce qu'on peut imaginer j'ai fait tous les examens, cœur poumon, et ça n'a rien donnée, c'est juste de l'angoisse, vous êtes avec un niveau de stress très élevé. Et je restais persuadée que j'avais quelque chose. Et j'y retournais et je reprenais un diazepam... il y a un jour où j'ai pris deux diazepam aux urgences et malgré ça j'ai pas réussi à dormir. J'ai pas réussi à débrancher,

parce que dans ma tête, j'avais un AVC et le médecin ne trouvait rien. Je suis restée avec cette angoisse. (...)

*Finalemnt j'ai réussi à avancer le RDV chez le psychiatre parce que je passais mes journées aux urgences et je supportais plus, j'ai dû payer la consultation, parce que je ne pouvais pas attendre le jour prévu. Je suis arrivée là avec cette angoisse, et je lui ai tout raconté, il m'a dit d'arrêter d'allaiter ma petite et il m'a prescrit de la paroxétine et de la quetiapine. Il m'a dit que si les symptômes ne diminuaient pas, je revenais dans quinze jours et si ça allait mieux, je revenais dans un mois. Finalemnt j'ai dépassé les 30 jours parce qu'il n'avait pas de place »
Gabriela, 32ans, anxiété*

Entre temps, une amie lui indique le projet et elle commence à venir régulièrement. Elle ne reprend pas RDV chez le psychiatre faute de place. Elle comprend ses symptômes grâce aux thérapies de groupes et elle diminue finalement d'elle-même le traitement jusqu'à l'arrêter complètement. Cette situation est autant le témoignage d'un système de soin saturé que d'une efficacité propre du dispositif communautaire. La réponse apportée par le projet a permis de suppléer un système en inadéquation avec une présentation clinique.

Dans des cas de prescriptions de longue durée, la participation au projet, dans une collaboration avec un psychiatre traitant extérieur, a contribué à un meilleur contrôle des symptômes et une réduction médicamenteuse.

« Alors je lui ai demandé de diminuer le traitement parce que je trouvais que ça me causait des troubles de la mémoire.... Et je lui ai demandé de prolonger un peu l'arrêt de travail, de quelques jours, et il m'a dit non, je vais te donner 30 jours de plus pour que tu puisses faire les 10 sessions qui sont prescrites par le Dr Adalberto. Parce qu'ils se connaissent, Adalberto a été le professeur de mon médecin. Il m'a dit je peux pas t'enlever ça, comme professionnel, donc je veux que tu fasses religieusement tout ce que tu as fait ces 30 derniers jours, que tu continues de te balader, d'aller dans cette famille, de participer au projet... Parce que la prochaine étape c'est la réduction de l'antidépresseur. » Leonora, 33ans, trouble panique

Cette conversation entre Leonora et son psychiatre illustre la posture d'une patiente qui reprend le pouvoir sur ses symptômes et sur son traitement et celle d'un psychiatre qui joue le jeu de l'écoute et de la collaboration : le bénéfice qu'elle tire en allant au projet est valorisé par son médecin qui l'encourage dans cette voie, et un ajustement médicamenteux est discuté.

Petit à petit les usagers tentent de contrôler les symptômes de l'intérieur, en y apportant du sens, en les intégrant à leur expérience. Le résultat le plus visible en est le refus d'un contrôle total de leurs symptômes par des médicaments, par l'extérieur. Du point de vue de l'expérience, cette reprise de pouvoir « minimale » est un premier pas vers un engagement des personnes dans un processus d'autonomisation, et de rétablissement.

4.3.1.2. *La prise de conscience d'un corps*

Si l'expérience de la diminution du recours aux médications est la partie la plus visible d'un effet du projet sur l'engagement des personnes par les corps, d'autres sont plus subtiles. L'expérience corporelle de se mobiliser pour aller jusqu'au projet, puis celle du contact physique précèdent une prise de conscience et une réappropriation d'un corps en mouvement, et en phase avec un état mental qui se clarifie.

Un premier résultat concerne une observation qui peut paraître banale, mais qui me semble tout à fait importante au regard de l'enquête : les personnes rencontrées sortent de chez elles très régulièrement pour venir volontairement au projet. Des corps douloureux, intérieurement agités ou visiblement figés par l'angoisse, parfois affaiblis par la dépression, se mobilisent pour se déplacer, se rencontrer, se saluer, en somme pour participer à un projet de groupe et tenter de reconstruire un projet personnel. La présence au projet est une activité corporelle *en soi*. Certains marchent, d'autres empruntent les transports en commun et confrontent leur corps à l'intention d'aller mieux.

Une autre observation est que le corps est très présent dans les plaintes. Une option « douleur » est souvent employée sur les petites cartes concernant le motif de venue. Parfois c'est une douleur isolée, mais le plus souvent elle accompagne des symptômes dépressifs ou anxieux. Comme pour Selma, qui est traitée pour une dépression depuis plusieurs années. La première fois que je la rencontre, elle est visiblement ralentie, elle porte des pansements sur les oreilles et garde les yeux plissés. Elle vient pourtant en marchant, 30 min, et part le plus tôt possible pour ne pas souffrir de la chaleur²⁰.

« De temps en temps j'ai des idées suicidaires. En plus avec ce problème que j'ai maintenant, j'ai des maux de tête, j'ai mal à la nuque, j'ai les yeux qui gonflent. Que Dieu me pardonne mais j'ai déjà pensé à m'ôter ma propre vie... il y a tellement de choses dans ma tête. Je n'ai personne avec qui partager, avec qui discuter. (...) Ici, j'ai trouvé un accueil très chaleureux. Je n'avais personne avec qui parler, j'avais beaucoup de douleurs aussi, au dos, aux genoux,

²⁰ Le climat à Fortaleza est de type tropical avec des températures moyennes maximales de 30°C toute l'année.

aux pieds. Et depuis que je fais les massages c'est mieux. Je dors mieux aussi. » Selma, 49ans, dépression

La présence au projet demande une mobilisation de soi totale et les activités proposées rendent aux usagers la capacité de se percevoir comme un corps. Celui-ci est en effet très présent dans les stratégies thérapeutiques : massages, yoga, dynamiques corporelles de l'atelier de « restauration de l'estime de soi » ou des « exercices de libération des traumatismes et de la tension ».

Alors, le lien entre le corps et les émotions se façonne et les usagers s'engagent dans une trajectoire où le corps est acteur.

« Donc la massothérapie a aidé, dans le sens où quand j'arrivais ils me disaient que j'avais un nœud ici, un autre là, que j'étais hyper tendue, et ils me faisaient faire des mouvements avec les mains ou de lever un bras, je n'arrivais pas à me détendre. Quand ils me prenaient le bras pour le faire bouger un peu, je contractais, c'était inconscient, c'était moi qui faisais le mouvement, pas eux. Maintenant, j'arrive à me détendre. Et ça m'a aidé à percevoir mon corps en fait. Donc le projet globalement m'a aidé à prendre conscience de moi-même, de mon corps et de mes pensées, mes émotions. (...) J'étais tellement tendue que j'avais tout le temps de douleurs et je n'y faisais même plus attention et maintenant je sens que j'arrive à me détendre et j'ai beaucoup moins de douleurs. » Raissa, 26ans, anxiété

« Après avec le massage j'arrive à me relaxer encore plus. Quand je participe aux thérapies, je me sens plus sûre. Parce que comme le Dr dit, on connaît mieux notre corps, ce que notre corps veut dire. Moi dès que je commençais à trembler je paniquais, je vais avoir un AVC, une attaque fulminante, est-ce que je vais me réveiller le lendemain ? Je suis en train de mieux connaître mon corps, je me sens mieux. J'arrive à contrôler certaines choses. » Gabriela, 32ans, anxiété

La prise de conscience d'un corps tendu s'est accompagnée pour Raissa et Gabriela d'une compréhension globale d'un fonctionnement corps-esprit et d'une reprise de contrôle sur soi. Dans le cas d'Helena qui souffre d'une symptomatologie plus dépressive qu'anxieuse, c'est le travail sur les émotions qui a amélioré des douleurs chroniques.

« Au début c'est ça j'avais des douleurs partout, le médecin m'a dit que j'avais une fibromyalgie et c'est pour ça que je prenais des traitements et ça me fatiguait beaucoup, c'était pour la douleur. Mais je me rends compte qu'en traitant les émotions, je vais mieux. C'est ce que je fais ici maintenant, je m'occupe des émotions. C'étaient les émotions qui

provoquaient les douleurs, je n'arrivais pas à les évacuer, je n'arrivais pas à dire non, j'étais la bonne poire, je faisais tout pour tout le monde » Helena, 44ans, dépression

Elle s'est également saisi des séances d'hypnose pour s'approprier cet outil et s'en servir lorsqu'elle en a besoin.

« Je fais sur internet « hypnose pour dormir » le soir et maintenant je fais de l'autohypnose, là pendant que je faisais de l'acupuncture par exemple. J'y crois. Je me sens tellement détendue quand je fais ça » Helena, 44ans, dépression

Dans l'entretien de Valentine, beaucoup de références au corps ont été spontanément amenées. Son processus de rétablissement a compté sur une réappropriation de sa féminité, une perte de poids, l'amélioration de douleurs et globalement un regard plus bienveillant sur la possibilité d'être un corps en mouvement et en interaction.

« J'ai envie de me maquiller de nouveau, il y a beaucoup de choses qui ont changé. J'ai envie d'être une femme. Avant je m'habillais n'importe comment, là j'ai mis une robe tu vois, mais avant c'était des vêtements très lâches, j'avais envie que personne ne me regarde, j'avais l'impression qu'on me regardait de travers parfois.

(...) Avant j'étais très peu tactile et là depuis peu, je suis capable de toucher les gens, de les prendre dans les bras s'ils ont besoin.

(...) Ces massages sont vraiment bien aussi, j'étais hyper tendue, maintenant je me sens légère. J'ai remarqué un truc aussi, dans mes veines, j'avais l'impression que mon sang ne coulait pas naturellement, j'étais toujours gonflée, j'avais des douleurs... Avec les massages j'ai remarqué que mes veines, comme si elles se dilataient, je suis plus à l'aise pour courir, pour faire de l'exercice quoi. J'ai perdu 16kilos. Depuis que je suis arrivée ici, j'ai perdu 16kilos, j'ai changé mon alimentation. » Valentine, 40ans, anxiété, agressivité

Comme nous l'avions évoqué plus haut, le motif même de venue de Théo au projet était la nécessité pour sa psychothérapie de travailler sur le contact physique. Le fait de se saluer, les massages, les dynamiques corporelles etc, ont rendu à Théo le pouvoir d'agir sur son corps.

« Mais c'est ça, le matériel humain c'est ce qui fait l'effet thérapeutique, le toucher, le massage. Pour quelqu'un comme moi qui ne me suis jamais déshabillé devant personne, je suis allée faire un massage et là, je me retrouve en caleçon... (...) Et il y a des gens que ça

étonne, quoi ? Tu dois enlever tes habits pour faire un massage ? non je veux pas... il y a tout cet imaginaire. Mais c'est très efficace, le Dr Adalberto le prescrit, le massage c'est bon, ça soigne. (...) Comme c'est mouvements bizarres [pendant les dynamiques corporelles] qu'il te dit de faire 'haaaah' et tu restes comme un con, c'est quoi ce truc ? Mais c'est un archétype, un genre de truc que tu fais et qui dit que le problème est un chemin, qu'on trouve pas la solution en un clin d'œil. (...) Et lui il a réussi à faire en sorte que ce mouvement normal un peu étrange, ben ça donne un résultat. Aussi incroyable que ça puisse paraître. » Théo, 32ans, anxiété

La réappropriation d'un pouvoir d'agir pour les usagers passe au projet en grande partie par le corps. Placé au cœur de la stratégie de prise en charge au projet, le corps se réveille sous les massages, et par les dynamiques corporelles.

« Et c'est le corps qui a parlé et j'ai été très touchée dès le début quand je suis arrivée ici parce que Dr Adalberto était en train de dire la phrase « quand la bouche se tait, les organes parlent » et je me suis identifiée tout de suite. » Gabriela, 32ans, anxiété.

4.3.2. Sur sa trajectoire de vie

4.3.2.1. Autonomie, estime de soi

La première étape de la reprise de contrôle sur une trajectoire de vie consiste à retrouver une autonomie satisfaisante pour se mobiliser et prendre soin de soi. Plusieurs usagers soulignent une meilleure autonomie dans leurs déplacements et leurs capacités à faire les choses seuls, par eux même.

« Au début aussi je venais tous les jours, au début c'était mon fils ou ma fille qui venaient et m'amenaient et après j'ai trouvé que c'était mieux que je vienne seule, que je devais me confronter au fait de prendre le bus seule pour venir me soigner. Je ne voulais personne avec moi. Je devais me confronter. » Alexandra, 58ans, dépression, massothérapeute.

« C'est pour ça l'autre jour [pendant la thérapie], quand [Adalberto Barreto] a demandé si quelqu'un voulait dire quelque chose de positif sur ce qu'il ressentait et j'ai dit que j'en étais à la 5e session et que j'arrivais à prendre le bus, pas comme avant mais quand même, je sors de chez moi, j'arrive à marcher seule, à aller au cinéma seule. Je me sens plus légère, plus en paix. » Leonora, 33ans, trouble panique

« [Mon mari] m'encourage à revenir un peu toute seule à la maison, à me réhabituer... petit à petit. Ça me stresse un peu, mais la semaine dernière j'ai réussi à passer deux jours à la maison. A un moment j'étais très nerveuse, mais après j'ai réussi à me détendre et tout s'est bien passé. » Gabriela, 32ans, anxiété

Il ressort de cette expansion de l'autonomie un sentiment positif de contrôle sur sa vie et ses symptômes, qui vont dans le sens d'une amélioration de l'estime de soi, une sensation de sécurité. L'*empowerment* des usagers est le support d'une reconnaissance de soi-même dans sa singularité.

« Quand je sors d'ici, et que je rentre en contact avec d'autres personnes là dehors, j'ai beaucoup plus de facilité à être moi-même avec ces personnes, de m'exprimer... de ne pas être ce personnage que j'ai construit pour me défendre de la situation que j'ai vécu. » Théo, 32 ans, anxiété

« Je remarque qu'avec les thérapies je me sens bien plus sûre de moi, plus en sécurité. » Gabriela, 32ans, anxiété

La possibilité d'être reconnu par le groupe et par les plus anciens est aussi un moteur à la réalisation de soi dans un projet personnel -même minuscule. Helena a saisi l'opportunité de « parler pendant la thérapie » et s'est retrouvée dans un état d'accomplissement personnel qu'elle évoque plusieurs semaines plus tard.

« Quand je devais parler au début en thérapie qu'il fallait dire son nom et un truc qu'on vient laisser et un truc qu'on vient chercher, j'étais morte de peur, je tremblais. Maintenant ça va mieux, j'y arrive. Je ne tremble plus, j'ai plus le cœur qui s'accélère ! J'arrive toujours pas à parler pendant la thérapie communautaire par contre. Mais j'aime beaucoup écouter les histoires des autres, je suis très attentive à ce qui se dit, et ça m'apporte beaucoup. J'adore écouter. Mais c'est difficile d'être active. Le jour de la fête de fin d'année, tu y étais, j'ai parlé, puisqu'il a invité tout le monde à parler, à dire quelque chose de positif. J'ai parlé. Ça m'a fait du bien ! (...) Les gens m'ont applaudi et tout, c'était génial. » Helena, 44 ans, dépression

A son arrivée au projet il y a 7 ans, Gustavo a été écouté, considéré et orienté vers la possibilité de se rendre utile au projet en devenant « massothérapeute », après 15 années passées reclus au domicile et une hospitalisation où il a été emmené « de force » par ses frères.

« Après, rapidement je suis devenu volontaire, Claudia [une guérisseuse et thérapeute communautaire] et Adalberto [Barreto] m'ont proposé de faire le cours de massothérapie. Il a deviné que ça allait me plaire, que j'allais être un bon massothérapeute. Je dis « deviné », parce que moi j'étais là, tout craintif, « non mais je sais pas faire ». Ça a été rapide. Au bout d'un an j'ai commencé la formation. J'ai passé beaucoup de temps comme bénévole et là finalement je suis salarié maintenant. Je viens tous les jours. (...) Maintenant je sais qu'Adalberto compte sur moi, l'autre jeudi, j'étais en retard parce que j'avais mes problèmes et je sais qu'il disait « où est Gustavo ? ». Il compte sur moi maintenant. » Gustavo, 35ans, massothérapeute

Sentir qu'on compte dans un projet professionnel est le résultat d'un processus de choix et de transformations successives selon une trajectoire que les usagers ont construite pour eux-même. Il s'agit de « se réveiller », pour passer d'un état de négation de soi, à une mobilisation effective, voire à une transformation. Un mouvement de désir est relancé, selon des voies qui frappent par leur caractère profondément singulier, personnel.

« Petit à petit, j'ai commencé à discuter avec les gens, à me faire même des amis. La thérapie communautaire, les massages, le yoga, j'ai commencé à m'intéresser, à me réveiller. J'ai gagné en estime de moi-même. Et maintenant je participe beaucoup plus, et avec de l'énergie, j'aime beaucoup ici. » Simone, 49ans, dépression

4.3.2.2. Se transformer

Dans les récits des usagers sont retrouvés des éléments de l'ordre de la transformation et du changement. De manière plus individuelle, dans la suite logique d'un *empowerment* de qualité, les usagers apprécient leurs propres progrès.

« Et c'est vrai que dans ce processus de psychothérapie ça donne envie de faire un cours de danse, un cours de natation, de guitare... de se réaliser comme un être créatif... mais on va voir, pour le moment, je vis, j'ai des rêves... Je suis dans un processus vraiment d'amélioration, je me sens bien mieux qu'avant, je suis super exigeant avec moi donc je pinaille un peu mais c'est fou comme j'ai changé. Même si je transpire encore et que j'arrive pas à contrôler ce stress, je vais bien. » Théo, 32ans, anxiété

« Ça a changé parce que je suis une nouvelle Alexandra. Je me sens plus tranquille, plus passive, plus... plus compréhensive. Je crois que tous les adjectifs de qualité, je les ai acquis ici. A travers de l'expérience de l'erreur. » Alexandra, 58ans, dépression, massothérapeute

Ayant redéfini ce qui était de l'ordre d'un projet personnel, il est alors possible pour certains usagers de faire des choix qui transforment.

« Donc là j'ai démissionné de mon travail. J'ai bouclé les comptes, j'ai réussi à ce que ça tourne bien. Parce qu'au départ je venais que le jeudi. Mais ça ne servait pas trop parce que je me détendais un jour et le lendemain je retournais travaillais et je me reprenais en pleine face toute la charge de stress que j'avais au travail. Je ne pouvais pas décaler le fait d'aller prendre soin de moi, d'aller au projet, de me sentir bien. Et je trouvais que le travail venait embrouiller le traitement. Et c'est là que j'ai décidé de demander ma démission. (...) »

J'ai décidé de passer un ou deux mois à la maison pour prendre soin de moi, venir ici parce que je ne peux pas non plus commencer un nouveau travail, ça exigerait trop. Comme j'ai passé ces six dernières années dans une tension permanente, je pense que je vais passer ces deux prochains mois à essayer de plus me détendre quoi. » Raissa, 26ans, anxiété

En thérapie systémique, les crises sont appréhendées dans un système relationnel comme une *ouverture au changement* (Ausloos, 1995). Comme dans les processus de crise systémique, les temporalités de la transformation individuelle dans le rétablissement doivent être respectées, encouragés, par un système de relation qui valorise ce changement. L'appréciation de l'entourage, des autres usagers, des « thérapeutes », ou des professionnels du projet est alors au cœur des récits du changement.

« Les personnes ici trouvent que j'ai changé de tête que j'ai une tête plus heureuse et détendue, que je ne traîne pas cette tristesse sur le visage... » Marta, 86ans, dépression, deuil

« Ecoute, maintenant ça va nettement mieux, mais j'ai eu une sorte de dépression tu vois, j'étais toujours triste, j'ai même maigri, et là j'ai changé, tu me trouves changée toi ? Je suis plus forte, différente, non ? Après avoir fait ces thérapies-là, je suis mieux quoi, je suis bien, je mange bien... » Esperança, 48ans, dépression

« Aujourd'hui même mes voisins ont vu la différence. Et mon mari, une fois je l'ai entendu dire, il ne sait pas que j'étais dans la pièce à côté il parlait à une voisine, elle lui demande comment va Val ? Il dit, ben elle est super, elle va bien, elle s'occupe bien de moi... Les voisins ils ont trouvé que je souriais plus, que je joue plus avec les enfants du quartier. Parce que j'adore les enfants mais dernièrement, avant de venir ici, je ne les laissais pas du tout venir devant chez moi, ils n'avaient pas intérêt à me toucher ! Aujourd'hui je m'assois, je discute

avec tout le monde ! Les gens sont en train de me refaire confiance, je me sens pas aussi seule comme j'ai pu me sentir avant. » Valentine, 40ans, anxiété, agressivité

Les trajectoires de rétablissement se nourrissent des liens créés au projet mais aussi dans le quartier et la communauté. Ce phénomène rejoint celui de la participation que nous développons ci-après.

4.4. Participer et se rétablir

4.4.1. S'occuper du lieu, devenir « thérapeute »

Chacun à leur manière, les usagers s'investissent dans le lieu, proposant une aide ponctuelle ou en assurant des « missions » régulières. Ils participent au maintien du lieu pour eux-mêmes et pour les autres, dans un premier élan de réinsertion communautaire. Les « thérapeutes » et professionnels organisent ce maintien en sollicitant parfois des usagers en attente, ou se saisissant des propositions pour préparer le thé, arroser les plantes, nettoyer l'espace, organiser la petite loterie hebdomadaire etc... autant de petites missions qui vont à la fois profiter aux usagers et au projet, et co-construire un espace authentiquement participatif.

« Ici c'est moi qui arrive le plus tôt alors je peux aider. Je peux nettoyer un peu, préparer. Parce qu'ici c'est une thérapie par le corps, par le mouvement alors c'est bien de bouger un peu, alors j'aide. Je le fais pour moi et pour elle [à l'accueil], ma bonne action du jour je l'ai faite. Les premiers jours quand je venais, je ne pouvais pas aider notamment pour les contributions, la petite loterie, et elle m'a demandé pourquoi ? J'ai dit c'est par manque d'argent, mais je veux bien aider en nettoyant. » Selma, 49ans, dépression

« Et dès le début je participai beaucoup, à tout, je balayais, une fois les médecins du CAPS sont venus voir si j'étais là, pour savoir si j'étais réellement ici, et on leur disait « oui elle est là elle doit être de ce côté où il y a des plantes ». J'arrosais. Aujourd'hui par exemple j'ai décidé de nettoyer, de balayer, parce que j'ai rêvé que j'étais en train de nettoyer cet endroit. Parce qu'ici, au fond du fond de mon cœur, ici c'est à moi, alors il faut que je m'occupe bien de ce qui est à moi. » Alexandra, 58ans, dépression, massothérapeute

Cette participation peut également évoluer.

« Donc au début je venais tous les jours, là maintenant je ne participe plus à la thérapie du jeudi matin. Je préfère préparer le thé pour les participants, donner des informations. » Alexandra, 58 ans, dépression, massothérapeute

Petit à petit, certains usagers se distinguent par leur participation et leur volonté de s'investir plus entièrement dans le projet. Il est alors possible de s'inscrire dans une formation de massothérapie ou de thérapie communautaire. C'est de cette manière que Gustavo est devenu salarié du projet en tant que « massothérapeute ». Alexandra est en train de terminer la formation, elle explique comment elle envisage son projet « professionnel ».

« Je vais finir la formation là maintenant de massothérapie. Mais je sais masser. Je sais aussi dire quand un patient, c'est une dépression ou ce n'est pas une dépression. (...) On apprend des expériences de chacun au projet, mais aussi des médecins, de comment ils parlent, comment ils expliquent. Je ne vais pas juste me satisfaire du cours de massothérapie, je vais voir comment on fait, je vais expérimenter aussi, c'est important.(...) Si je ne signe pas de contrat en sortant de la formation de massothérapie, ça ne va pas me perturber, même si je reste un an de plus ici. Le plus important, pour moi et pour mon mari, mon fils, ma mère, c'est que je sois là-dedans.» Alexandra, 58 ans, dépression, massothérapeute.

Cette formation constitue un tremplin pour des personnes pour qui les difficultés ont entravé à un moment donné leur carrière, comme dans le cas d'Alexandra, qui ne travaille plus depuis plusieurs années à cause de son trouble dépressif. C'est également pour d'autres, comme Valentine, l'occasion de changer de voie professionnelle pour s'inscrire dans le soin.

« Ce qui s'est passé, il y a 8 mois et depuis 8 mois, ça m'a aussi ouvert les yeux sur ce que je voulais faire comme travail. Maintenant je veux faire le cours de massothérapie, j'ai déjà demandé, la psychiatre du CAPS, m'a proposé de faire la formation et de devenir massothérapeute là-bas au CAPS » Valentine, 40 ans, anxiété, agressivité

Une autre personne rencontrée s'est intéressée à sa propre expérience de la crise dans un contexte d'épuisement au travail, et s'est autorisée à envisager de rétribuer cette énergie dans un travail orienté vers le soin psychologique.

« Depuis que je suis ici, je pense de plus en plus à la psychologie. Et je pense que je pourrais peut-être reprendre la fac de psycho et travailler ensuite avec les professionnels de la police, parce que c'est un domaine qui me passionne. Le projet m'a aidé à voir un autre horizon. Ce serait une manière de combiner les deux domaines qui m'intéressent le plus. » Raissa, 26ans, anxiété

Changer de voie professionnelle est fondamentalement le résultat d'un processus de redéfinition de soi, d'inscription dans une trajectoire de vie choisie. La participation des usagers en tant que « thérapeute » à une activité thérapeutique dont ils ont bénéficié pour eux

est un bon exemple de réinsertion et de co-construction perpétuelle d'un projet ancré dans un territoire pour ses habitants.

4.4.2. Renforcer des liens familiaux, recréer des liens communautaires

Plusieurs récits d'usagers font état d'une augmentation qualitative et quantitative des liens familiaux, amicaux, et communautaires. Le projet a pu aider certains à résoudre des conflits familiaux, leur permettant une vie familiale plus sereine. J'envisage ce renforcement des liens comme une participation positive à la vie sociale, première étape vers un fonctionnement social optimal.

« Avec ma femme et ma fille ça a toujours été bien mais là on va dire que depuis que je travaille sur moi ça va mieux. J'ai dû changer, c'est pas elles. C'était moi qui explosais quand elles me disaient un truc qui allait pas mais c'était un problème qui me concernait quoi. (...) Alors quand je suis venu au projet, j'ai vu, j'ai écouté les problèmes des autres et j'ai cherché à apprendre. J'ai identifié ce que je faisais mal et j'ai essayé de changer » Mario, 65ans, anxiété, agressivité

Valentine, dont les troubles s'exprimaient principalement à travers de violentes disputes avec son mari, est parvenue à prendre soin de ses relations conjugales. Suite à un long travail sur ses relations familiales elle a également réussi à reprendre contact avec son père.

« Donc voilà avec mon mari ça va beaucoup mieux, mais avec mon père, on est passé de pas du tout de relation à quelque chose ! Il faut voir, c'est terrible, reprendre une relation » Valentine, 40ans, anxiété, agressivité

Denis se rétablit d'une période d'angoisses massives pendant laquelle il avait coupé avec sa famille, progressivement il renoue des liens de qualité, se sent alors soutenu, et par un processus vertueux, se rétablit plus solidement.

« Heureusement, [ma femme] m'a beaucoup aidé. Ma famille, ma mère, mes frères et sœurs, tout le monde m'aide. C'est vrai qu'on s'est un peu rapproché avec mes frères et sœurs parce qu'on s'était un peu disputé l'année dernière et là je suis revenu les voir, on s'est excusés et tout. Je suis le plus vieux alors un peu têtu quoi, mais voilà, ça va mieux. C'est plus tranquille » Denis, 56ans, anxiété

Selon un mode de participation plus communautaire, Leonora, qui habite normalement loin du projet est accueillie chaque par une famille de sa connaissance qui habite dans le quartier, elle passe alors quelques jours avec eux, et participe au projet.

« Et ici, maintenant ça me donne un soutien, une force. Mais c'est pas seulement ici. Je crois que comme j'ai dû être indépendante très jeune, le fait d'habiter seule... Je crois que le projet avec le fait de passer quelques jours en famille avec eux a été un soulagement pour moi, un véritable bol d'air.(...) Et si je reprends le travail si je peux venir participer de temps en temps, je viendrai sans aucun doute. Au moins tous les 15 jours, j'aimerais venir passer la journée du jeudi. Et aussi cette famille je me suis beaucoup attachée et je ne veux pas perdre ce lien avec la Mme S., avec les fils. La famille entière m'a accueillie les bras ouverts, pas seulement Mme S., la tante aussi, ils m'appellent pour savoir comment je vais, si je vais voyager... Je sens que je fais partie de quelque chose, de cette famille de cette communauté. » Leonora, 32ans, trouble panique

Ainsi circule la participation. Les usagers viennent au projet et rapportent ce dont ils ont bénéficié chez eux. A l'inverse, nous savons que beaucoup d'usagers viennent par l'intermédiaire de quelqu'un de la famille ou un ami qui a connu le projet. Dans mon échantillon, 9 personnes sur 23 ont participé au projet sur suggestion d'une connaissance. L'ancrage géographique est fort et les informations circulent efficacement dans le quartier. Noelia parle de « soin de proximité » et vient régulièrement vérifier, depuis 8 ans, que le projet tourne bien.

« C'est ça, je viens, je passe un temps, parce que je fais partie de la communauté. J'habite au plus près. Les fois d'avant quand je venais je participai surtout au yoga, aux massages et très peu aux thérapies du jeudi. Je venais quand je me sentais un peu fatiguée comme ça, je venais discuter avec mes copines ici... C'est plus un soin de proximité » Noelia, 47ans, douleurs

La circulation du prendre soin se poursuit alors que les usagers poursuivent leur parcours au sein du projet ou en dehors. En amenant un membre de leur famille ou en en parlant à des connaissances, les usagers contribuent à une participation communautaire.

« Je me suis sentie très heureuse, même en étant moi-même avec des problèmes, de réussir à amener ma grand-mère. J'ai réussi à parler avec elle et à l'amener ici, ça m'a donné beaucoup de force. Voilà j'ai vu sa souffrance, ça va faire un an le 15 que mon grand-père est décédé » Gabriela, 32ans, anxiété

« Et si je me sens vraiment vraiment mieux je crois que j'arrêteraï de venir. Ou alors je viendraï que de temps en temps ou bien, j'enverraï des amis comme ça qui ont des problèmes, voilà je vais parler aux gens qu'ici c'est bien, c'est vraiment bien. Je vais inciter les gens à participer » Denis, 56ans, anxiété

Les participations au projet sont multiples : de l'utilisateur simple participant aux activités proposées, à l'utilisateur devenu « thérapeute », en passant par l'utilisateur aidant et l'utilisateur qui parle du projet à ses proches et à ses connaissances, chacun contribue à faire vivre le lieu et à l'adapter aux difficultés et aux ressources en présence.

4.4.3. Un « bain de gens »

La circularité du processus de participation nous amène à réfléchir à une conception plus globale du dispositif et à son fonctionnement communautaire. Théo appréhende sa venue au projet comme un « bain de gens ». Il décrit l'intérêt spécifique de l'immersion communautaire, de la participation de chacun, de la possibilité de devenir « thérapeute », de l'effet du groupe sur l'estime de soi, de l'intérêt du partage d'expérience. Je choisis de développer ce *verbatim* car il résume remarquablement la complexité de l'expérience communautaire et son intrication avec l'individualité de chacun. Le projet permet individuellement de s'engager dans une trajectoire satisfaisante et collectivement de construire du communautaire. Théo décrit cette expérience par l'*humain*.

« Quand j'arrive ici, quand je suis arrivé ici ; j'ai rencontré des personnes, très... un traitement humain... mais en même temps, des gens bien entraînés, scientifiquement, très bien entraînés. C'est le truc même du communautaire, il n'y a rien d'organisé, rien d'institutionnel. C'est une question de personnes avec d'autres personnes... Ce qui forme le projet Quatro Varas c'est des personnes avec des personnes. Tu prends une brique, une autre... c'est le communautaire. Allez on va faire une maison, tout le monde se réunit et fait une maison, ici c'est comme ça, sauf qu'ici le matériel est humain, c'est pas des briques. Le matériel humain justement c'est pas une maison, c'est pas matériel. Le matériel ici est humain. La matière première c'est de l'humain et le résultat ça va être de l'humain.

Donc quand je dis « bain de gens » c'est ce truc du contact avec d'autres humains, du contact physique, de se saluer en se prenant dans les bras, personne ne te juge. Si tu arrives en retard, personne ne va te demander ou tu étais, si tu étais au travail ou en cours, tout le monde est au même niveau. Tu vois des personnes hautement « entraînés » dans le sens d'instruites et elles descendent à ton niveau, enfin non, c'est pas qu'elles descendent, mais elles se retrouvent

avec leur humanité. Avec leur niveau humain. Totalement. Et le niveau humain c'est le même pour tous.

Dans la société c'est pas comme ça, il y a un nivellement social, lui il est docteur, lui il est médecin... Ici non, ici tu vois des personnes, tu vois des simples employées de maison qui deviennent massothérapeutes, avec un peu d'entraînement de personnes qui ont étudiées à la faculté et qui leur ont transmis. Et elles obtiennent un savoir, un savoir suffisant pour s'occuper de personnes qui ont besoin qu'on s'occupe d'elles. Quand je dis prendre un « bain de gens » c'est ça.

(...) La thérapie ici c'est le contact avec beaucoup de monde, c'est très bon pour moi parce que ça m'a enlevé la peur de parler devant du monde par exemple... la psychothérapie individuelle, c'est logique elle te donne plus de liberté, parce que tu vas mettre tes secrets, tout ce que as de bon ou de mauvais, et la psychothérapie communautaire ce qui me paraît intéressant, et pas seulement dans mon cas, c'est de pouvoir comparer ton histoire avec celle des autres.(...) Et puis comme je disais tout à l'heure, tu vois arriver des personnes avec un niveau social à l'extérieur et elle arrive là avec son niveau humain, et elle pleure, en face de toi, parce qu'elle aussi elle a un problème. Elle se sent mal pour ça. (...) Cet espace te facilite la possibilité d'avoir accès à des personnes... à l'état « pur ». Sans qualification, sans niveau, sans classes, des gens « gens ».» Théo, 32ans, anxiété

Ainsi, si l'on revient à la lumière de ces données à la notion de rétablissement, les récits d'usagers du projet indiquent clairement que «se rétablir» ne consiste pas essentiellement, à supprimer un certain nombre de symptômes ou à acquérir des compétences instrumentales; le rétablissement implique la possibilité de prendre ou de reprendre pied dans l'existence, de se sentir reconnu comme personne, de retrouver une position d'acteur et de sujet. Le rôle du groupe et de la participation communautaire, spécifique à ce type de dispositif, sont ici principaux.

5. DISCUSSION

5.1. Les limites de l'alternatif

5.1.1. Un accueil de tous ?

Dans le langage courant tel que l'explique le petit Larousse, la notion d'alternative renvoie à l'existence d'un dilemme ou d'un choix entre deux possibilités, par opposition à un modèle unique qui se présenterait sous le signe de l'hégémonie. Avouer que l'on n'a pas d'alternative nous place sous le signe de la contrainte. Dans ce premier sens, l'alternative désigne la possibilité d'une certaine liberté. Dans un second sens, toujours selon le dictionnaire, la notion d'alternative implique davantage un jugement de valeur ; elle décrit alors une solution de remplacement se voulant davantage adaptée aux personnes et aux milieux que les pratiques dominantes. Ellen Corin parle de deux axes permettant d'aborder la question des ressources alternatives en santé mentale : l'axe horizontal, c'est-à-dire la diversification des options de traitement pour un *accès à tous*, et la possibilité pour chacun de choisir son traitement, et l'axe vertical, c'est-à-dire la revendication de proposer une ressource thérapeutique dont le paradigme de traitement est radicalement différent des solutions classiques « dominantes » (Corin, 2000).

Selon un axe horizontal, le projet Quatro Varas par son caractère communautaire propose une alternative pour tous au système unique de santé (SUS) représenté par les postes de santé et les CAPS, en se plaçant comme une extension au système en place. Il offre alors, nous l'avons vu dans les résultats, un accès gratuit, rapide et opérant à des stratégies de gestion des difficultés relationnelles du quotidien, de l'anxiété, de l'isolement, par la possibilité d'être ensemble dans un lieu d'accueil inconditionnel, par le partage d'expériences en thérapie communautaire et les activités psychocorporelles. Des conseils sur les traitements et certaines interprétations psychopathologiques peuvent également être donnés par le psychiatre lors de séances de groupes.

On discerne alors comment des usagers ont choisi de participer à certaines activités du projet pour s'apaiser plutôt que de prendre un anxiolytique ou de s'investir dans une thérapie pour éviter de payer un traitement médicamenteux. Une des personnes venue pour « douleurs », âgée de 71ans, m'explique qu'elle ne peut se payer ses traitements pour l'ostéoporose que les 15 premiers jours du mois. La massothérapie est une alternative, gratuite, qui soulage sur le moment, et qui pallie une défaillance du système de soin qui

n'assure pas au Brésil la gratuité de certains traitements. Une autre personne évoque ce problème : « *je ne peux pas me payer 500 R\$²¹ par mois de traitement, et je ne veux pas passer ma vie dépendante de traitement* ». En ce sens, le projet milite dans le sens d'un accès facilité à des ressources thérapeutiques de base.

Ces ressources ne sont pourtant pas adaptées pour tous. Les créneaux d'ouverture ne sont par exemple pas adaptés à un public de « travailleurs ». Les personnes que j'ai vues participer et que j'ai interrogées étaient alors principalement sans activité, retraitées, en arrêt maladie, ou en invalidité. Il y a quelques années, des enfants et des adolescents du quartier participaient à une petite école et à des ateliers d'art-thérapie sur leur demi-journée de libre (au Brésil, les enfants ne vont à l'école publique que la demi-journée). J'ai occasionnellement croisé des travailleurs ou étudiants sur les créneaux du midi. Que dit cette observation des véritables besoins en santé mentale de la communauté des « inactifs » ? A quel point met-elle de côté la santé des « actifs » ?

Une autre observation est que presque aucun usager de drogues ou d'alcool ne fréquente régulièrement le projet, alors même que cette problématique est au cœur des politiques de santé dans le pays (consommation de crack, cannabis, cocaïne). L'offre de santé classique dans le domaine des addictions est-elle suffisante ? Ou bien le projet a-t-il « sélectionné » ses usagers ? Sans intention préalable d'exclure un pan de la population en grande vulnérabilité psychique, le type d'activité ou d'accueil proposé, ou la présence d'usagers quasi-exclusivement non-consommateurs de toxiques ont-ils pu influencer au fil des années la texture du public accueilli ?

Je me pose ici la question des « absents » du projet. Dans le cas de mon enquête, un biais de sélection inévitable au regard d'un critère d'inclusion défini selon une présence régulière au projet depuis plus d'un mois, joue sur les résultats : on ne se rétablit pas forcément par un dispositif de santé mentale communautaire. Il faut être disponible et motivé pour s'engager dans un traitement de ce type.

Si la disponibilité renvoie à l'activité, notamment professionnelle, à quoi renvoie la motivation ? Probablement à une santé, une autonomie ou un accompagnement suffisants pour initier et maintenir la démarche. Beaucoup d'usagers interrogés parlent également d'*identification* au lieu et aux activités proposées. Or celles-ci ont été co-construites par et pour les personnes de la communauté. Comment ce lieu met alors de côté un pan de la

²¹ Equivaut à un peu plus de la moitié du salaire minimum qui s'élève à 937 R\$ en 2017.

communauté ? Par quels mécanismes le public d'un dispositif communautaire peut-il devenir majoritairement féminin, adulte, inactif et non consommateur ?

L'enjeu d'accès à la santé mentale pour tous est un pari que le projet se propose de relever en mettant cet espace à disposition, pour co-construire et participer à des activités qui ressembleraient à une communauté. Des études dans le champ de la sociologie ou de la santé publique permettraient de mieux comprendre la spécificité du public accueilli et les interactions entre le dispositif et la santé mentale d'une communauté.

5.1.2. Le cadre « institutionnel » du communautaire

Qu'en est-il des « présents » ? Quand bien même une participation régulière est effective, peut-on se retrouver en marge des activités proposées, ne pas « s'identifier » ? Dans quelques cas de personnes interrogées, l'engagement dans un processus de rétablissement est relatif. L'une d'entre elles, Luiza, parle positivement du projet qu'elle fréquente depuis un an et demi mais ne parvient pas à en tirer profit pour elle. L'entretien que nous faisons est focalisé autour de la prise de benzodiazépines que le psychiatre de la structure lui a suggéré d'arrêter progressivement, sans pouvoir véritablement l'accompagner individuellement dans cette démarche. Le tableau dépressif qui l'avait amenée au départ n'a que partiellement disparu et ses angoisses se focalisent sur la consommation de benzodiazépines. Cet exemple réinterroge la question de l'addiction pour laquelle les ressources expérientielles (en somme les usagers qui seraient passés par là) au projet sont relativement pauvres. Orientée par le poste de santé puis par le CAPS vers le projet Quatro Varas, elle se retrouve paradoxalement sans alternative. Cette situation d'apparence banale ne semble pouvoir être accueillie nulle part. Ne connaissant pas les tenants et les aboutissants exacts de son parcours (notre entretien n'ayant été que peu informatif), je suis restée surprise de son errance médicale.

Cette situation, comme bien d'autres, interroge le cadre que j'appellerai « institutionnel » du projet. Quel lien pourrait être fait avec une structure extérieure pour cette patiente ? Qui pourrait se charger de donner un avis, de l'orienter, voire de l'accompagner individuellement dans son sevrage ?

Selon l'axe vertical de la définition de l'alternative (Corin, 2000), le projet se revendique comme novateur, proposant une ressource communautaire, à la fois dans la continuité d'un système de santé qui se veut ancré dans un territoire et à la fois beaucoup plus radical dans ses propositions d'organisation. Les enjeux de pouvoir sont rebattus, les usagers et leur participation au cœur du dispositif. Alors les professionnels n'ont pas le rôle d'expert

qui leur est attribué dans les structures classiques et la clinique individuelle ne compte que pour le collectif.

Au projet, nous l'avons évoqué, certaines données sont recueillies concernant les usagers par des feuilles de présences en séance de massothérapie et en thérapies de groupes. Ces données servent à établir des statistiques de présence et faire des demandes de subventions par la préfecture. En aucun cas, elles ne servent une traçabilité clinique ou un suivi individuel. Les professionnels de santé (psychiatre, mais aussi intervenants extérieur en acupuncture ou en hypnose par exemple) travaillent sans traces, sans dossier, sans suivi clinique écrit. Alors que je me détachai d'une objectivation clinique systématique, je me laissai surprendre par les ressources de chacun, et du collectif, par l'« avantage » que l'utilisateur prenait à ne pas être évalué cliniquement à son arrivée, mais au fur et à mesure, dans une rencontre qui prenait en compte sa trajectoire de vie, comme dans la « vie réelle ».

Cette organisation sans traces cliniques rend possible un accueil sans distinction, dépourvu du stigmate du trouble mental et ouvre l'opportunité aux usagers de faire partie d'une communauté plus proche de la société civile que d'un « groupe de malades ». Mais la question du suivi clinique et du dialogue avec les autres professionnels de santé du réseau s'est souvent posée pour moi. Le lien entre les différents suivis individuels et la participation au projet ne pouvait être faite que par l'utilisateur ou sa famille. C'est ainsi que la mère de Wilson, un des usagers interrogé, est venue nous prévenir de son hospitalisation et de son absence au projet pendant quelques temps. A son retour nous ne savions rien d'une modification de traitement ou du projet de soins établi pour lui. La confiance qui est accordée aux usagers dans la gestion de leur parcours de soins est à la fois précieuse et risquée. Si dans la majorité des cas elle participe de l'autonomie du sujet, dans certains cas limites, elle compromet une trajectoire fluide où les personnes seraient orientées. Je me laissai alors surprendre par certaines personnes en grande difficulté, délirantes, très déprimées, ou simplement en demande de suivi individuel et par l'absence de réponse du projet. Je décidai alors de me placer dans cet interstice, là où mes ressources, à savoir mes compétences cliniques, non spontanément mises à disposition, pouvaient répondre à une demande. J'ai alors commencé à proposer des entretiens individuels d'orientation, apportant ma pierre à l'édifice communautaire. A la fois inutile au fonctionnement du projet et irremplaçable dans la singularité de mon regard, ma proposition faisait sens dans une alternative communautaire en perpétuelle construction. Bien consciente que le projet tournait évidemment sans cette option, je donnais des avis les plus humbles possible et teintés de l'esprit du lieu duquel je

m'étais imprégnée. Il fallait jouer le jeu du communautaire, sans mettre de côté l'intuition clinique à laquelle j'étais formée.

Ces entretiens « d'avis » mais aussi les entretiens de l'enquête étaient souvent l'occasion pour les usagers qui n'étaient pas suivis par ailleurs et qui n'avaient pas tout « lâché » en thérapie communautaire de se raconter pour la première fois. Cette activité narrative, contribue par la mise en mot à mettre du sens sur l'expérience : « *à la fois par la définition d'objectifs accessibles contribuant à donner un sens de la vie, et par le pouvoir intégrateur des élaborations narratives* » (Pachoud, 2012). Sur le plan fonctionnel, la possibilité de se raconter avait en soi un impact positif. Plusieurs usagers ont émis la demande de se revoir pour renouveler cet échange, d'autres ont formulé l'envie d'aller voir un psychologue pour un suivi individuel.

Quel serait alors le cadre institutionnel le plus intéressant pour un dispositif communautaire en santé mentale ? Pourrait-il intégrer une place pour la clinique et pour le suivi individuel ? Comment des trajectoires comme celles de Luiza pourraient-elles être accompagnées ?

J'entends les avantages d'une organisation communautaire, horizontale, qui place le sujet et sa singularité à la fois au centre de l'écoute et de l'attention collective, et seul responsable de son rétablissement, car profondément « au même niveau » que les autres. Mais comme dans les cas où elle laisse de côté les absents, elle peut mettre à la marge certains présents, par son cadre même, par un décalage paradigmatique de la trajectoire clinique vers la trajectoire de vie.

Cette question d'organisation institutionnelle rejoint la question des savoirs et de leur utilisation pour ajouter une dimension de clinique et de thérapie au dispositif en place. Comme le fait remarquer E. Corin dans l'analyse qu'elle fait d'un recueil de textes décrivant des ressources alternatives en santé mentale, « *la décision d'ajouter une dimension de thérapie proprement dite aux programmes s'impose à partir d'une fréquentation plus intime des personnes, dans un souci de rencontrer ces personnes au plus près de leur expérience ou de les aider à retrouver une parole et un agir, de les épauler dans leur tentative de vivre* » (Corin, 2000). Cette question est exactement celle que je me suis posée du fait de l'organisation communautaire de la structure. Elle interroge l'emploi des savoirs experts, les préceptes théoriques auxquels sont fait référence pour accueillir les personnes, et leur légitimité dans une relation « thérapeutique » forcément inégale.

5.1.3. *Le rapport aux savoirs*

« Personne n'est thérapeute, mais tout le monde peut être thérapeute » est un des paradoxes théoriques auquel je me suis confrontée dans le dispositif de santé mentale communautaire étudié. Alors que l'expertise clinique et thérapeutique des professionnels de la psychiatrie ou de la psychologie est mise en second plan à la faveur de l'expertise expérientielle, les usagers peuvent grâce à leur expérience et une courte formation devenir « patients experts », « pairs-aidants » ou dans le cas du projet Quatro Varas « massothérapeutes » ou « thérapeutes communautaire ». La confusion autour du terme de thérapeute est grande. Qui détient le savoir thérapeutique ? De quoi ce dernier est-il le fruit ?

En pratique au projet, si les ressources expérientielles, les émotions et le langage du corps sont valorisés, c'est aussi me semble-t-il parce qu'ils sont potentialisés par une ressource interprétative employée par le fondateur du projet Adalberto Barreto. Les messages théoriques portés par ce dernier sont au départ basés sur une écoute attentive de la souffrance psychique des usagers et de la mobilisation de leurs ressources personnelles dans le contexte particulier de la communauté. Petit à petit, des références théoriques éclectiques sont venues éclairer cette souffrance qu'il était question de soulager. La dimension thérapeutique introduite au projet, dans un authentique souci de prendre soin de l'autre et de soulager ses souffrances, s'accompagne *inévitablement* d'un parti pris psychopathologique, clinique et thérapeutique. Adalberto Barreto s'applique par exemple à interpréter le langage du corps dans les dynamiques corporelles et les thérapies de groupe qu'il propose. Ces savoirs sont largement diffusés au projet sans qu'ils ne soient véritablement pensés par tous les acteurs du prendre soin, à savoir les anciens usagers formés. Le problème n'est pas le type de références théoriques choisies pour donner une cohérence thérapeutique au projet, mais l'unicité de la personne qui la porte.

De la même manière, ce que j'appellerai la texture de l'animation, c'est-à-dire la façon d'animer les groupes, est assez homogène, voire uniformisée par le Pr Barreto, qui a, dans un souci participatif, mis en place des trames précises d'animation, des scripts, souvent retranscrits mot pour mot par les « thérapeutes »-animateurs. Cette texture pose la question de la certitude d'une « bonne » pratique, sans recul clinique, et de ses dérives. Comment se départir de pratiques qui portent le poids de la certitude ? Qui assimilent savoir et réalité ? Savoir et pouvoir ?

La construction de modèles de pratiques « alternatifs » s'opère obligatoirement selon une double logique de compréhension de l'expérience et la souffrance singulière des

personnes d'une part, et d'utilisation de concepts théoriques existants d'autre part (Corin, 2000). Lorsque le recours à des ressources théoriques se construit dans le temps, après une période d'exploration et d'essai, il semble qu'il réponde à un besoin des fondateurs du dispositif alternatif, quel qu'il soit, de se donner des repères dans l'appréhension « thérapeutique » de l'autre et de retrouver un sentiment de contrôle et de compétence. C'est dans un souci de légitimité face à d'autres pratiques (religieuses ou sectaires par exemple) que les professionnels formés à la clinique en santé mentale s'approprient des modèles de pratiques plus solidement référencés. Ces derniers ont un rôle dans la rencontre avec l'utilisateur, pour le rassurer quant à la validité théorique du dispositif, et dans le dialogue avec les instances politiques de santé. Les préceptes théoriques ainsi sélectionnés inscrivent le dispositif dans un courant de pensée, a fortiori trop étroit pour répondre à la définition de la santé communautaire qui se veut au plus proche de l'expérience des personnes. De plus, ils peuvent poser problème lorsqu'ils ne sont pas questionnés ou partagés activement par l'ensemble des acteurs du projet. Une organisation communautaire doit pouvoir permettre de discuter des visions communes du soin, des orientations théoriques et en s'adaptant aux contraintes en place. Cette exigence est une limite de l'alternatif car elle oblige à questionner en permanence les savoirs et la relation des acteurs à ces savoirs.

Il s'agit de questionner les grilles de lecture choisies pour traduire l'expérience vécue en mots de la psychiatrie, de les argumenter, de les critiquer et de les faire se croiser pour les enrichir mutuellement. Le choix d'Adalberto Barreto de décoder en thérapie de groupe le langage du corps, le mien de lire l'expérience des personnes rencontrées à travers le processus de rétablissement, et celui qui consisterait seulement à critiquer un parti pris psychopathologique sont à la fois réducteurs et complémentaires de ce qui se passe au projet.

Nous ne discuterons ici que des limites du choix méthodologique de l'enquête, sur un plan psychiatrique et sur un plan plus socio-anthropologique. Les interrogations soulevées par la question du rapport aux savoirs dans un dispositif alternatif de santé restent entières et nécessiteraient de plus amples observations de terrain.

5.2. Les limites de la lecture par le rétablissement

5.2.1. L'objectivité et l'expérience

Le concept de rétablissement est utile dans cette enquête car il permet de mettre en relief des trajectoires individuelles dans un dispositif collectif. Le colloque individuel étant au cœur de notre pratique, il était agréable de pouvoir revenir à la personne, avec ses difficultés

psychiques et ses stratégies d'adaptation. Nous constatons pourtant que cette lecture expérientielle par le rétablissement nous éloigne de la clinique psychiatrique et de son « objectivité ».

J'ai choisi de ne pas me servir d'échelles de qualité de vie ou de critères « objectifs » de rétablissement tels qu'une diminution en fréquence ou en intensité des symptômes, une absence de rechute ou de réhospitalisation, la reprise d'une activité professionnelle, la restauration quantifiable de liens sociaux... Je ne discute –mis à part pour les trois cas développés- que très peu de clinique objectivable et pragmatique. Je défends en effet, dans le contexte bien particulier du projet, comme je l'explique dans ma partie méthode, l'idée d'une approche exploratoire, basée sur l'expérience des personnes. Elle correspond nous l'avons vu à une posture de recherche et d'interprétation.

Si elle se justifie dans ce cadre de recherche en santé mentale, elle peut-être critiquable du point de vue de la pratique psychiatrique. En effet, peut-on avoir une posture psychiatrique adéquate en se fiant uniquement au vécu expérientiel personnes souffrant de troubles mentaux sévères, dans des états symptomatiques de type délirant ou maniaque ? Les concepts psychopathologiques en psychiatrie, qui nous permettent de prendre en considération un déni des troubles, un contact altéré ou une discordance entre une présentation clinique et un récit expérientiel, sont des repères essentiels pour la pratique. De la même manière, les critères diagnostiques, le recueil précis d'une sémiologie complexe, sont des piliers pour la décision. Se décaler de ces repères présentait le risque de passer à côté de quelque chose, ou de ne pas orienter correctement les personnes.

Si la lecture par le rétablissement expérientiel est insuffisante pour parler de clinique psychiatrique, elle est utile dans cette recherche pour explorer un terrain santé mentale communautaire, qui fonctionne comme une alternative au système psychiatrique classique. Comme le fait remarquer Ellen Corin, la mesure de l'efficacité des pratiques alternatives, alors même que leurs objectifs sont en décalage avec ceux des pratiques dominantes, ne peut être satisfaite par des paramètres similaires (Corin, 2000). Des échelles ou des instruments de mesure suivant une toute autre logique pourraient alors être élaborés, comme cela a été le cas en 2006 lors d'une grande enquête au projet centrée sur la méthode de la thérapie communautaire. Les résultats de cette enquête révélaient les thèmes les plus fréquemment abordés dans les groupes de TCI, les stratégies de résolution des problèmes présentés, une évaluation de l'estime de soi et une évaluation qualitative et quantitative des « liens » au sens large du terme. Une échelle d'évaluation des liens assez complexe avait alors été créée interrogeant les usagers sur la manière dont ils entretenaient 28 liens avec leur environnement

(famille, travail, soutien social, accès aux soins, citoyenneté, prise de toxiques...)²². Cette enquête a servi à faire valoir l'efficacité de la méthode d'animation de groupe auprès de la préfecture pour un financement majoré. Elle ne peut en aucun cas constituer un repère international valide sur le plan scientifique sur lequel s'appuyer pour « comparer » cette méthode à une autre.

Le pari d'une lecture par le rétablissement était celui d'une *rencontre* dans l'évaluation entre des pratiques alternatives et des pratiques bien connues et référencées. D'autres outils du domaine de la psychiatrie auraient également pu jouer le jeu de la rencontre évaluant par petites parties de notre objet de recherche : échelles de qualité de vie, mesure de l'estime de soi, rémission symptomatique etc... Mon ambition étant ici plus globale, j'ai pris le risque d'être moins précise sur des critères classiques d'évaluation en psychiatrie.

5.2.2. La culture et le groupe

Un autre élément auquel s'est heurtée la lecture par le rétablissement est le contexte culturel. Adalberto Barreto, en introduction de son livre sur la thérapie communautaire, revient sur la culture médicale du « sertão », d'où il est originaire, qui est essentiellement basée sur une conception sacrée de la souffrance et de la guérison. Il grandit dans une ville qui accueille des pèlerins du pays entier pour obtenir de Saint-François, accueil, protection et soins. Des « guérisseurs » se portent garants de cette transmission. Il explique que ces « savoirs populaires » allaient à l'encontre des « savoirs universitaires » enseignés en faculté de médecine et que ces deux sources de savoirs semblaient devoir s'exclure pour exister. Or, il n'était question pour lui ni de renier ses origines, ni de discréditer les avancées scientifiques. Grâce à une approche philosophique, théologique et anthropologique il tente de relever le défi d'exploiter « *la chaleur générée par le choc des différentes perceptions* » (Barreto, 2012a).

Le projet Quatro Varas est le résultat de cette ambition qui consiste à faire de la médecine, et plus particulièrement de la psychiatrie, sans exclure l'univers culturel du patient, et *a fortiori* celui du médecin. Alors l'architecture du lieu est inspirée des habitats traditionnels amérindiens de l'intérieur du Brésil ; des statues et iconographies d'« indiens » habitent l'espace par ailleurs végétalisé. L'arrivée dans ce lieu m'évoque l'arrivée dans un village du fin fond de la jungle amazonienne. Aux « connaisseurs », il rappelle le peuplement

²² La méthode et les résultats de cette enquête sont présentés dans le livre de A.Barreto, La thérapie communautaire pas à pas, Ed. Dangles, 2012

de certaines tribus beaucoup plus proches, régionales, qui se sont éteintes ou parfois modernisées. Quand j'interprète dans les résultats l'expérience de l'arrivée dans le lieu comme une source d'espoir, ne pourrait-on pas également y lire un processus d'identification culturelle, à la fois rassurante et mystique ?

Si nous n'entrons pas dans une « tribu indienne », nous avons tout de suite conscience d'entrer dans un groupe, une communauté. L'effet du collectif que j'ai pu évoquer dans les résultats à travers les notions d'accueil et de partage d'expérience en thérapie communautaire, semble dépasser ces deux aspects. J'ai par exemple très peu développé les thérapies de groupe de « restauration de l'estime de soi » et de « libération des traumatismes et de la tension ». Ces thérapies, qui comportent des dynamiques psychocorporelles et des moments de relaxation, sont inspirés de savoirs populaires du monde entier. La puissance du groupe est particulièrement palpable dans ces thérapies et très peu interprétable par le rétablissement. De l'extérieur, ces pratiques collectives sont surprenantes pour qui aurait une vision dichotomique des pratiques mystiques ou sectaires et des pratiques savantes. Les doutes sur un prosélytisme religieux ou idéologique, voire sur une ambition lucrative de ces pratiques s'estompent pourtant rapidement – pour les usagers, mais aussi pour les « visiteurs » venus des facultés de médecine et de psychologie de la ville. Selon quels arguments accepte-t-on d'être spectateur et de participer à des pratiques de soin non conventionnelles dans un espace géré par la préfecture ? Selon quel processus d'acceptation ou selon quelles références culturelles ? Pour répondre à ces questions, une approche socio-anthropologique qui prendrait précisément en compte les contextes d'émergence des pratiques de soin présentes au projet, leur ancrage culturel et leur lien avec le système de soin, pourrait nous éclaircir sur les conditions d'existence d'un tel projet, et les enjeux de son fonctionnement dans la communauté depuis trente ans.

J'ai personnellement interprété certaines pratiques de groupe comme des phénomènes hypnotiques collectifs à visée thérapeutique, rattachant l'expérience d'un état modifié de conscience provoqué par l'activité de groupe à d'autres expériences vécues en état d'hypnose thérapeutique. Une possibilité de lecture des effets du projet par les phénomènes hypnotiques en jeu pourrait permettre d'explicitier certains états de conscience modifiés et de saisir les processus de transformation activés par ces états. Nous pourrions alors discuter des phénomènes de suggestions collectives et de leur efficacité sur le psychisme de chaque individu. La sensibilité de chacun à aller mieux serait alors fonction de sa suggestibilité ? L'hypnose thérapeutique de groupe, telle qu'elle est décrite par Teresa Robles, comporte certains points communs avec les thérapies collectives hebdomadaires pratiquées au projet.

Teresa Robles explique que « *le groupe fonctionne comme un monde intermédiaire où l'on peut changer et vivre les changements avant de les vivre dans le monde extérieur* » (Robles, 2015). Cette définition met l'accent sur l'importance du travail de groupe et sur les processus de transformation qui peuvent en découler. Comme dans un groupe dans lequel est pratiquée l'hypnose thérapeutique, le projet Quatro Varas, par son ancrage communautaire constitue un espace intermédiaire entre le monde du soi et le monde extérieur.

De la même manière, considérant que « *le groupe joue un rôle intermédiaire décisif dans les rapports et les mouvements d'équilibre et de transformation qui affectent la société* » (Kaës, 2014), la psychanalyse a largement étudié l'articulation entre l'espace psychique individuel, l'espace des liens intersubjectifs et celui du groupe dans sa totalité, proposant plusieurs modèles d'analyse thérapeutique de groupe. L'œuvre de René Kaës sur le groupe, rassemble des concepts, tels que l'appareil psychique groupal ou les chaînes associatives groupales, qui pourraient permettre de mieux cerner les processus inconscients en jeu dans les activités de groupe développées au projet. La psychanalyse a contribué à mieux comprendre comment le groupe mobilise des processus psychiques et des dimensions de la subjectivité que ne mobilisent pas, ou pas de la même manière ni de la même intensité, les dispositifs individuels (Kaës, 2013, 2014).

Ces exemples de lecture par les phénomènes hypnotiques collectifs ou par les processus psychiques groupaux sont complémentaires d'une lecture psychiatrique plus individuelle que j'ai menée dans ce travail. Plus proche, par leur aspect groupal, de ce qui constitue le social, leur mise en perspective par des travaux socio-anthropologiques offrirait une vision globale du fonctionnement du projet, de ses effets et de ses limites.

5.3. La place de l'alternative communautaire en France

5.3.1. Des dispositifs en réseau

Les politiques de santé mentale internationales et les rapports locaux suggèrent, nous l'avons vu dans notre premier chapitre de revaloriser des approches communautaires en santé mentale dans le paysage psychiatrique existant en France. Malgré des réticences liées à un positionnement trop peu précis du psychiatre dans le large champ de la santé mentale, de nombreuses initiatives « communautaires » voient le jour. Pour ne citer qu'un exemple parmi les projets universitaires marseillais, l'équipe mobile psychiatrie précarité de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, appelée Mouvement d'Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social (MARSS) est un dispositif de santé mentale, qui intervient auprès d'un

public en situation de précarité et souffrant de troubles mentaux sévères. Pour cela, le projet s'appuie sur un réseau associatif et médicosocial important, et travaille avec d'autres programmes, également médicalisés et liés au service public universitaire, qui accompagnent les personnes vers l'emploi et le logement (Working First, Housing First). Tous ces projets, assez récents dans leur mise en place, sont évalués au fur et à mesure par des programmes de recherche mêlant des abords socio-anthropologiques et sanitaires (en santé publique et en psychiatrie) (Girard et al., 2012; Sarradon-Eck & Farnarier, 2014; Tinland et al., 2013). Du côté de la psychiatrie, c'est très majoritairement le concept du rétablissement en santé mentale qui est à l'origine des projets et de leur évaluation (Bui & Girard, 2014). En effet, le rétablissement permet de parler d'une clinique psychiatrique un peu en décalage avec les nomenclatures, de la trajectoire de vie des usagers dans sa globalité (santé, insertion sociale et professionnelle...), de la manière dont ils se réapproprient cette trajectoire – c'est-à-dire leur participation pour eux-mêmes – mais aussi de leur participation au dispositif – c'est-à-dire pour la communauté. Ainsi à Marseille et en France, le travail de pair-aidance et l'entraide mutuelle se démocratise (Beetlestone et al., 2015; Le Cardinal et al., 2013).

L'équipe MARSS comporte dans son approche les critères de la démarche communautaire tels qu'ils ont été définis par le SEPSAC :

- Travailler avec l'ensemble de la communauté, ici celle des personnes en situation de précarité, en intégrant et mettant en valeurs les différences ;
- Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction et d'*empowerment* individuel et collectif ;
- Favoriser un contexte de partage de pouvoir et de savoir, mettre en compétence tous les acteurs concernés, valoriser et mutualiser les ressources de la communauté ;
- Avoir une démarche de planification par une évaluation partagée, évolutive et permanente
- Avoir une approche globale et positive de la santé.
- Agir sur les déterminants de santé dans une perspective de promotion de la santé.
- Travailler en inter-sectorialité (SEPSAC, 2008).

En cela l'équipe MARSS représente un dispositif communautaire efficace et reconnu à ce jour en France. Extrêmement mobiles, ils accompagnent activement les personnes en situation de précarité vers le rétablissement, selon un paradigme de l'« aller-vers ». En ce sens, le dispositif MARSS diffère du projet Quatro Varas, profondément ancré dans un territoire. Pourtant, l'avantage du dispositif mobile MARSS est qu'il s'appuie sur un réseau

important de dispositifs « fixes », associatifs ou médicosociaux ; ensemble ils créent une offre communautaire assez variée.

Par exemple, toujours à Marseille et en partenariat avec l'équipe MARSS, la « Boutique Solidarité » est lieu fixe d'accueil communautaire. C'est en réalité ce qu'on appelle communément un « accueil de jour » pour personnes sans domicile fixe, associatif qui dépend de la fondation Abbé Pierre. Ses membres sont des travailleurs sociaux, salariés ou des bénévoles, soit intéressés par la cause défendue, soit anciens usagers du dispositif. Ils proposent aux usagers des soins d'hygiène, une aide administrative, mais surtout un accueil qui « prend soin »²³. Comme au projet Quatro Varas, l'accueil se veut à la fois convivial et attentif. Il se déploie dans un espace agréable, où l'on se sent « chez soi ». Une fois par semaine, un psychiatre de l'équipe MARSS participe à l'accueil des usagers. A la demande des travailleurs sociaux et des bénévoles, il peut rencontrer certains usagers repérés comme étant en difficulté psychique, pour orienter, ou au moins écouter, avec une attention clinique, la situation des personnes. La Boutique Solidarité n'est pas un dispositif de santé mentale mais de lutte contre la précarité. Pourtant, par ses liens avec la psychiatrie et sa volonté de « prendre soin » de ses usagers, le dispositif contribue, par une approche communautaire, à améliorer la condition psychique des personnes qu'il accueille.

Ces dispositifs locaux, fixes et mobiles sont complémentaires et si à Marseille, ce sont les « mobiles » qui ont plus de visibilité par leur lien avec le CHU, il est légitime de penser que les « fixes » ont leur place dans le paysage de la santé mentale et que les psychiatres ont tout intérêt à y participer. Ces dispositifs en réseau sont la preuve qu'un mouvement est lancé et qu'un nouveau positionnement psychiatrique peut s'intégrer à des pratiques en santé mentale.

Qu'apportent alors pour la psychiatrie contemporaine française, déjà lancée dans des aventures communautaires en réseau, les pratiques venues d'ailleurs ? En quoi la thérapie communautaire créée au Brésil constitue une innovation dans ce champ ? Et quel est l'intérêt pour la psychiatrie de s'en inspirer ? Une réponse à ces questions sera ébauchée à partir d'une interprétation très personnelle du travail de l'Association Européenne de Thérapie Communautaire Intégrative (AETCI), notamment en PACA, et de mon expérience Marseillaise d'animation de groupe.

²³ D'après le projet de service élaboré en juin 2010 à la demande de la Fondation Abbé Pierre.

5.3.2. La thérapie communautaire intégrative en France

En lien avec l'Europe depuis ses études de psychiatrie à Lyon, le Pr Adalberto Barreto a promu avec un certain succès la méthode de la thérapie communautaire intégrative en Europe. Une première association est née en 1995 dans la région Rhône-Alpes sous le nom des « amis de Quatro Varas ». En 2010 elle devient l'AETCI alors qu'elle s'est répandue progressivement en Suisse, et en région Provence-Alpes Côte d'Azur. Récemment, des branches de l'association sont créées en Belgique, en Italie, au Royaume Uni, en Allemagne, en France dans les régions Ile-de-France et Nord-Est. L'AETCI-PACA, pôle pratique et formateur influent, a su adapter la méthode brésilienne à un public français. A la clinique d'addictologie Saint Barnabé de Marseille, deux groupes s'inspirant de la méthode de la TCI ont vu le jour il y a plus de 10 ans. Un groupe familles-patients appelé « renouer le dialogue » a lieu mensuellement depuis 2005. Le « grand groupe » rassemble les patients et le personnel de manière hebdomadaire depuis 2008. Il est animé par le personnel de la clinique - médecins, psychologues, cadres infirmiers- formé à la méthode de la TCI. Les groupes reprennent la trame du déroulement de la séance proposée par le Pr A. Barreto, en adaptant certains points de son contenu au public en présence. La trame est précise : accueil, choix du thème, contextualisation, partage d'expériences en rapport avec le thème, clôture. Mais elle est suffisamment souple pour être adaptée. Quand la modalité tactile interpersonnelle très présente au Brésil ponctue les groupes par des moments où les personnes se prennent dans les bras, se tiennent par la main ou les épaules pour partager un moment de la séance ; les animateurs de la clinique suggèrent d'aller se saluer en se serrant la main, ou bien de se lever simplement pour clôturer la séance debout. Intuitivement, les animateurs des groupes savent ce qu'ils peuvent proposer ou non, ce qui est adapté, ce qui peut être accepté à condition que l'on explique que ça vient du Brésil, et ce qui ne correspond pas aux codes institutionnels ou culturels en présence.

Ces petites adaptations ne changent en rien le principe de la TCI et en font un outil hautement modulable pour nos institutions. Grâce à cette flexibilité, il semble pouvoir introduire du communautaire partout où les liens de délire. Les adaptations de l'outil sont évolutives et fonction des institutions ou « communautés » où il est installé. Ainsi, un groupe d'enfants dans un ITEP pourra utiliser des supports dessinés et la séance sera écourtée. Un groupe de personnes migrantes autorisera la prise de parole dans la langue maternelle des participants, considérant les ressources culturelles de chacun comme un apport pour le groupe.

A mon retour à Marseille j'ai participé à des groupes de TCI à la clinique Saint Barnabé, mais aussi à des groupes « débutants » dans plusieurs institutions. L'entreprise ADOMA, spécialisée dans l'insertion par le logement, a fait appel à l'AETCI-PACA pour monter des groupes de TCI dans ses « pensions de famille ». Après quelques mois d'intervention en tant qu'animateurs à la rentrée 2017, des membres du personnel et des résidents se sont formés et ont pris le relais pour animer leurs propres groupes, dans une optique résolument participative. Le financement des formations était prévu à l'avance par l'ADOMA qui a fait le pari, à travers la création de groupes, de revaloriser la vie communautaire de ses « pensions de famille », pour tenter d'améliorer le dialogue institutionnel et de prévenir la souffrance psychique de ses résidents. Ayant participé à ces quelques mois d'intervention, j'ai pu observer la grande souplesse de la méthode et l'adéquation à un public en situation de précarité ou d'exclusion. Aucun recul ne permet actuellement de valider les objectifs prévus par l'ADOMA, mais d'un point de vue qualitatif au sortir des séances, les résidents et personnels ayant participé à l'expérience se sont montrés curieux et enthousiastes vis-à-vis de la création de ce groupe. Il semble qu'ils en aient tiré un bénéfice au même titre que nous, animateurs, apprenons de chaque groupe, comme nous apprenons à chaque entretien individuel en psychiatrie, à chaque rencontre intersubjective. Les groupes sont aujourd'hui animés par les membres du personnel et les résidents formés en novembre 2017. Ils bénéficient d'un accompagnement particulier par le comité de coordination des groupes de l'AETCI-PACA. Par ailleurs, ils devront compléter leur formation par un second voire un troisième module de formation (le troisième est optionnel) et par des « inter-visions ». Les journées d'« inter-visions » sont des moments clés de la formation continue des animateurs, mais aussi de l'adaptation progressive de l'outil à ses différentes utilisations, en institution ou en milieu ouvert. Ainsi, chaque groupe possède des particularités dans son fonctionnement, du fait des contraintes institutionnelles de fréquence, de lieu, de la possibilité d'ouverture ou non à un public extérieur, de la personnalité de ses animateurs et des personnes participantes...

Je tire de ce stage en immersion, non seulement l'expérience de la participation à dispositif de santé mentale communautaire, mais aussi la compréhension des origines d'un outil d'animation de groupes aujourd'hui présent en Europe. De l'expérience de faire un pas de côté dans un autre pays et selon d'autres références théoriques et culturelles, je garde la liberté de laisser plus de place à ce qui peut se jouer en dehors des cadres. De l'acquisition d'un outil capable de voyager, de se remanier en permanence, de s'adapter à bon nombre de situations institutionnelles, je gagne un repère fiable pour ma pratique, facile d'utilisation, qui

peut être combiné avec d'autres pratiques, partagé avec d'autres membres de la communauté concernée et enrichi de chaque expérience sensible de rencontre avec autrui.

Il s'agit maintenant de faire des liens entre les dispositifs existants en France et les outils qui pourraient l'enrichir, en somme d'implanter un outil dans un réseau, à la faveur des personnes qui l'utilisent et de celles qui en bénéficient.

6. CONCLUSION

Le passage de la psychiatrie vers la santé mentale n'est pas seulement une exigence théorique du législateur, il est un effort vers le communautaire que la psychiatrie française doit fournir à l'horizon de ces prochaines années. Il est l'occasion d'un espace de créativité pour développer des initiatives de promotion de la santé mentale, de prévention des troubles mentaux, d'intervention précoce ou d'accompagnement, au plus proche des personnes, selon des modalités différentes de celles du secteur.

A Fortaleza au Brésil, le projet Quatro Varas, dispositif rattaché au système public de soins primaires de santé, met à disposition des habitants de la communauté des ressources thérapeutiques variées, dans un espace singulier, dont l'organisation est résolument communautaire. L'objet de cette recherche était de savoir si ce dispositif pouvait correspondre à une idée occidentale de la santé mentale c'est-à-dire avoir un impact individuel satisfaisant. A travers le concept de rétablissement, j'ai appréhendé l'expérience des usagers du projet Quatro Varas comme un processus individuel en interaction avec un dispositif. Une enquête ethnographique m'a permis d'affirmer des effets individuels d'une participation au projet. Parmi ces effets, les récits des usagers décrivent des transformations individuelles, des prises de conscience, une restauration du « soi » dans son corps, et de ses liens avec l'extérieur. En somme, l'expérience des usagers montre qu'il est possible se rétablir par ce dispositif de santé communautaire. La méthode employée ne nous permet pas de savoir si ces effets sont quantitativement significatifs, mais elle explore dans l'expérience la manière dont ces résultats sont obtenus.

De là, il semble que de l'humain et du non-humain, du dit et du non-dit²⁴, aient impacté les trajectoires. Outre les effets propres des activités thérapeutiques proposées, je relève deux qualités particulières du projet qui m'ont paru dominer les effets observés dans l'expérience des usagers : le traitement par le corps et l'accueil par le dispositif.

- Le traitement par le corps s'emploie à remettre en mouvement, toucher, reconsidérer voire interpréter le corps et ses douleurs pour mettre du sens à un ensemble humain corps-esprit. Par des stratégies thérapeutiques qui placent le corps au centre, le projet a su s'adapter à des plaintes provenant des usagers (douleurs, tensions), mais aussi prendre l'initiative de réintroduire du contact physique, interindividuel, là où la société n'en offre plus (pour se

²⁴ Selon la définition Foucauldienne des dispositifs, cf Introduction

saluer par exemple). L'expérience de la réappropriation d'un corps en phase avec son psychisme est au centre des récits des usagers et de leur processus de rétablissement.

- L'accueil par l'ensemble hétérogène que constitue le dispositif est complexe. Il met en jeu la possibilité de se sentir reconnu en tant que personne humaine, valorisé et autonomisé en tant qu'individu mais aussi, par des processus groupaux, la possibilité de se transformer, de changer, comme dans une psychothérapie bien menée. Alors le lieu, le groupe, l'intention de prendre soin de l'autre, s'assemblent, se modulent, s'inter-influencent, pour mener à bien un projet de santé mentale pour la communauté.

Parmi les activités proposées, seule la thérapie communautaire intégrative a été systématisée en méthode d'animation de groupes et exportée telle quelle en Europe. L'activité semble n'être médiée que par la parole mais elle prend en compte d'une part la dimension psychocorporelle – par l'adage « quand la bouche se tait, les organes parlent... » et la possibilité de mettre en « mot » les « maux » (Barreto, 2012b) et d'autre part l'accueil et la reconnaissance des difficultés et des ressources de chacun.

De là, ne pourrions-nous pas penser des dispositifs, des interventions, ou des approches qui s'inspirent de ces pratiques ? Alors que des alternatives communautaires en santé se développent en France, des outils venus d'ailleurs ne pourraient-ils pas s'intégrer à un réseau existant ? C'est le pari qu'il faut à présent relever. D'un point de vue plus personnel, l'exploration du projet Quatro Varas par ce travail a permis d'ajouter du théorique à l'expérience d'un « pas de côté » dans une pratique psychiatrique balisée, comme une étape d'intégration capable d'inspirer en profondeur mon propre positionnement psychiatrique.

7. BIBLIOGRAPHIE

- Agier, M. (1997). Ni trop près, ni trop loin: de l'implication ethnographique à l'engagement intellectuel. *Gradhiva*, (21), 69–76.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Anthony, W. (2002). Pour un système de santé axé sur le rétablissement. Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 102.
- Ausloos, G. (1995). *La compétence des familles: temps, chaos, processus*. Ramonville-Saint-Agne: Érès.
- Barreto, A. (2012a). *La Thérapie Communautaire - Pas à pas*. Escalquens: Dangles.
- Barreto, A. (2012b). *Quando a boca cala os órgãos falam: desvendando as mensagens dos sintomas*. Fortaleza: Grafica, LCR.
- Barreto, A., Barreto, M. C., Oliveira, D., Barreto, I. C., & Abdala, M. (2011). A inserção da Terapia Comunitaria Integrativa na Atenção Básica A Saúde.
- Barreto, A., & Viana, N. (1999). *Du sertao a la favela : de l'errance a l'insertion*. Fortaleza: Grafica, LCR.
- Beetlestone, E., Demassiet, V., Olivier, F., Defromont, L., Daumerie, N., & Chabane, R. (2015). Une expérience de partenariat entre élus, professionnels, et usagers pour favoriser le rétablissement en santé mentale. *L'information psychiatrique*, me 91(7), 578-585.
- Beuscart, J.-S., & Peerbaye, A. (2006). Histoires de dispositifs. *Terrains & travaux*, (2), 3–15.

- Boardman, J., Craig, T., Goddard, C., Henderson, C., McCarthy, J., & McInerney, T. (2010). *Recovery is for all: hope, agency and opportunity in psychiatry: a position statement by consultant psychiatrists*. South London and Maudsley NHS Foundation Trust and South West London and St Georges Mental Health NHS Trust, London.
- Bonsack, C., & Favrod, J. (2013). De la réhabilitation au rétablissement : l'expérience de Lausanne. *L'information psychiatrique*, 89(3), 227.
- Bouillon, F., Fresia, M., & Tallio, V. (2005). *Terrains sensibles: expériences actuelles de l'anthropologie*. Centre d'études africaines EHESS.
- Bui, T.-H., & Girard, V. (2014). *Mesure de la fidélité à un modèle d'intervention médicale: l'exemple d'un programme pratiquant des soins orientés autour du rétablissement à Marseille*. Thèse d'exercice en Psychiatrie, Aix Marseille Université.
- Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique* (12e édition). Paris: Presses Universitaires de France.
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris: les Éditions de Minuit.
- Cermolacce, M., Martin, B., & Naudin, J. (2015). Approche phénoménologique en psychiatrie. *EMC - Psychiatrie* 2015;13(1):1-8 [Article 37-080-A-30].
- Chenot, B. (1960). Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.
- Collège national des Universitaires de Psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, & Collège universitaire national des enseignants en addictologie. (2016). *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie* (2e édition révisée). Tours: Presses universitaires François-Rabelais.

- Corbière, M., & Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes: dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Corin, E. (2000). Le paysage de l'alternatif dans le champ des thérapies. *Lecomte Y, Gagné J. Les ressources alternatives de traitement. Montréal: Édition conjointe du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et de la revue Santé mentale au Québec dans le cadre de son XXVe anniversaire*, 11-30.
- Corin, E. (2002). Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie? Retrouver sa voix? *Santé mentale au Québec*, 27(1), 65.
- Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. NYU Press.
- Davidson, L., Ridgway, P., Kidd, S., Topor, A., & Borg, M. (2008). Using qualitative research to inform mental health policy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(3), 137-144.
- De Singly, F. (2003). *Les uns avec les autres: quand l'individualisme crée du lien*. Armand Colin.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Dutoit, M., & Deutsch, C. (2015). Prendre la parole. *Rhizome*, (58), 8.
- Ehrenberg, A. (2004). Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. *Revue française des affaires sociales*, (1), 77-88.

- Favret-Saada, J., & Isnart, C. (2008). En marge du dossier sur l'empathie en anthropologie. Entretien avec Jeanne Favret-Saada réalisé par Cyril Isnart. *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, (114-115), 203-219.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits, tome II*. Paris: Gallimard, 783–813.
- Foucault, M. (1998). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard.
- Freire, P. (1980). *La pédagogie des opprimés*. F. Maspero.
- Freire, P. (2006). *Pédagogie de l'autonomie*. Erès.
- Furtos, J. (2015). Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale. *Empan*, (98), 55-59.
- Furtos, J., & Darcourt, G. (2008). *Les cliniques de la précarité: contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Girard, V., Sarradon-Eck, A., Payan, N., Bonin, J.-P., Perrot, S., Vialars, V., ... Simeoni, M.-C. (2012). Analyse de l'activité d'une équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) : des urgences médicopsychiatriques dans la rue à la pratique d'hospitalisation à domicile pour des personnes sans domicile. *La Presse Médicale*, 41(5), e226-e237.
- Glaser, B. G., Strauss, A. L., Oeuvsray, K., Soulet, M.-H., & Paillé, P. (2010). *La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative*. Paris: Armand Colin.
- Goffman, E., & Accardo, A. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris: les Éditions de Minuit.
- Goffman, E., & Kihm, A. (1975). *Stigmate: les usages sociaux des handicaps*. Paris: les Éditions de Minuit.
- Goffman, E., Lainé, L., Lainé, C., & Castel, R. (1968). *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris: les Éditions de Minuit.

- Guelfi, J.-D., & Rouillon, F. (2017). *Manuel de psychiatrie* (3e édition). Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson.
- Hochmann, J. (1971). *Pour une psychiatrie communautaire*. Paris: Le Seuil.
- Honneth, A. (2002). *La lutte pour la reconnaissance*. Les Editions du Cerf.
- Kaës, R. (2013). *Un singulier pluriel: la psychanalyse à l'épreuve du groupe* (2e édition revue et augmentée). Paris: Dunod.
- Kaës, R. (2014). *Les théories psychanalytiques du groupe* (5e édition mise à jour). Paris: Presses universitaires de France.
- Kapsambelis, V., & Laugier, F. (2012). *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. Paris: Presses universitaires de France.
- Kivits, J., Balard, F., Fournier, C., & Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Malakoff: Armand Colin.
- Kleinman, A. (2007). *What Really Matters: Living a Moral Life Amidst Uncertainty and Danger*. Oxford University Press.
- Laugier, S., & Paperman, P. (2005). *Le souci des autres – éthique et politique du care*. Paris : Editions de l'EHESS.
- Lazarus, A. (1995). *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale »*.
- Le Bosse, Y., & Lavallée, M. (1993). Empowerment et psychologie communautaire : aperçu historique et perspectives d'avenir. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 18, 7-20.

- Le Cardinal, P., Roelandt, J.-L., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G., & Marsili, M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*, 89(5), 365.
- Leaune, É. (2015). L'internat en psychiatrie : entre crise migratoire et autochtonie. *L'information psychiatrique*, 91(1), 75-80.
- LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002-303 § (2002).
- LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, 2005-102 § (2005).
- Lovell, A. (2004). *Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale. Rapport final*. Institut de Veille Sanitaire.
- Metras, F. (1990). Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale. *Journal officiel* du 3 avril 1990.
- Monceau, M., & Visintainer, S. (2005). Le mouvement des usagers en santé mentale : introduction et repères historiques. In J. Furtos & C. Laval, *La santé mentale en actes* (p. 263). ERES.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-La-Neuve: Academia-Bruylant.
- OMS. (1946). *Préambule à la Constitution de l'OMS - Conférence internationale sur la Santé*. New-York.
- OMS. (1978). *Les soins de santé primaires*. Alma Ata.
- OMS. (1986). *Promotion de la santé*. Ottawa.
- OMS. (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*.

- Oury, J., & Tosquelles, F. (2001). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle: traces et configurations précaires*. Lecques: Éd. du Champ social.
- Pachoud, B. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*, 88(4), 257.
- Piel, E., & Roelandt, J.-L. (2001). *De la psychiatrie vers la santé mentale*.
- Pinto, H. A., & Sousa, A. (2012). O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, 6(2).
- Postel, J., & Quénel, C. (2012). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Dunod.
- Provencher, H. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64.
- Robert, A. D., & Bouillaguet, A. (2007). *L'analyse de contenu* (3e édition). Paris: Presses Universitaires de France.
- Robles, T. (2015). *Hypnose ericksonienne et développement personnel en groupe*. Bruxelles: Satas.
- Rucart, M. (1937). Circulaire du 13 octobre 1937 relative à la réorganisation de l'assistance psychiatrique dans le cadre départemental.
- Sakoyan, J. (2009). L'éthique multi-située et le chercheur comme acteur pluriel. Dilemmes relationnels d'une ethnographie des migrations sanitaires. Consulté à l'adresse www.ethnographiques.org

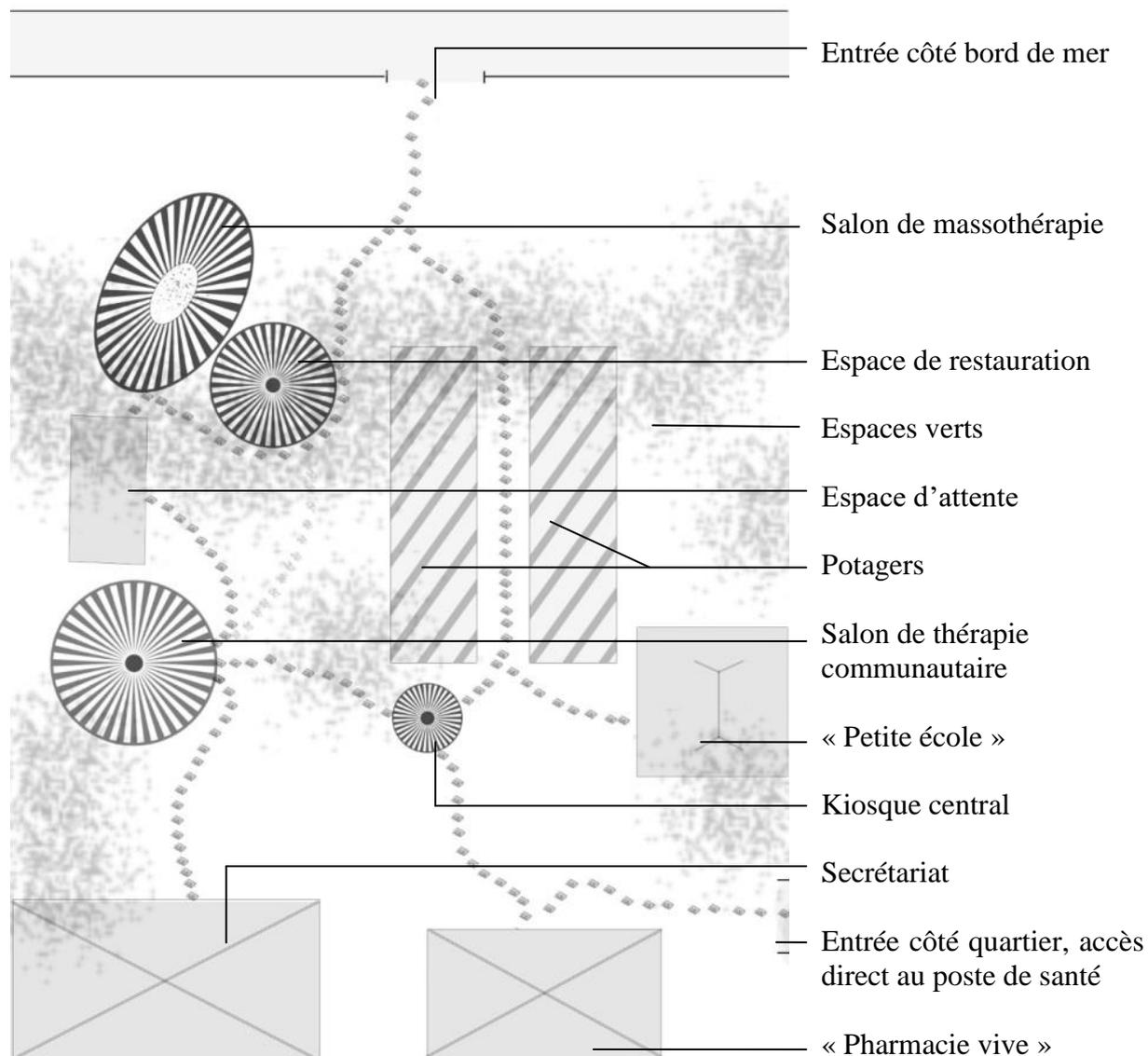
- Sarradon-Eck, A., & Farnarier, C. (2014). Les points rouges, ou les critères de l'urgence dans une équipe mobile psychiatrie-précarité. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, (6), 159-178.
- Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives*, 99–111.
- Schütz, A., Noschis-Gilliéron, A., Noschis, K., Caprona, D. de, & Maffesoli, M. (2008). *Le chercheur et le quotidien: phénoménologie des sciences sociales*. Paris: Klincksieck.
- SEPSAC. (2008). Actions communautaires en santé - Un observatoire international des pratiques. Secrétariat Européen des Pratiques en Santé Communautaire. Consulté à l'adresse <http://www.institut-renaudot.fr/>
- Silva, D. (2006). *Pirambú e suas geografias*. PhD Thesis. Faculdade de Geografia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- Strauss, A. L., & Baszanger, I. (1992). *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris: Éditions l'Harmattan.
- Tinland, A., Fortanier, C., Girard, V., Laval, C., Videau, B., Rhenter, P., ... Auquier, P. (2013). Evaluation of the Housing First program in patients with severe mental disorders in France: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14, 309.
- Tisseron, S. (2017). *La résilience*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Toulouse, É. (1896). *Les causes de la folie: prophylaxie et assistance*. Paris: Société d'éditions scientifiques.
- Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens: une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches qualitatives*, 3, 243–272.

Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D., & Morche, J. (1972). Une logique de la communication. Paris: Seuil.

Wresinski, J. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale: séances des 10 et 11 février 1987*. Direction des journaux officiels.

8. ANNEXES

8.1. Plan du projet Quatro Varas



8.2. Grille d'entretien

Place dans la société / dans la communauté / dans la famille

Nom - Age - Sexe - Quartier (secteur ou non) – Profession, ressources

Mode de vie (liens familiaux, sociaux)

Place dans le projet

Depuis combien de temps participez-vous au projet ?

Pour quelles prestations au départ ? Comment participez-vous finalement ?

Place du projet dans l'itinéraire thérapeutique

Comment avez-vous connu la première fois le projet ?

Pour quel motif êtes-vous venu ?

Avez-vous pour ce même motif vu un soignant psy (psychiatre, psychologue)? Prenez-vous ou avez-vous pris des traitements psychotropes pour ce problème ? Autres traitements (non conventionnels) ?

Résultats perçus

Est-ce le projet a modifié votre problème (ou la vision que vous aviez de ce problème) ? Si oui comment ?

Est-ce que le projet a modifié votre santé globalement, votre qualité de vie ? Si oui comment ?

Est-ce que le projet a modifié vos liens familiaux, communautaires, sociaux ? Si oui comment ?

8.3. Tableaux Enquêtés

Les deux tableaux suivant listent les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés et leurs modes actuels de suivi et de traitement.

Les noms des usagers ont été modifiés pour conserver leur anonymat.

Commentaires 1^{er} tableau :

La colonne « km » précise les distances du domicile des usagers au projet. Elles ont été soit données par les usagers, soit mesurées grâce à des données GPS sur internet, par rapport aux quartiers cités.

Les ressources indiquées sont les ressources principales. Certaines personnes ont un travail à temps partiel ou trop peu rémunéré pour subvenir à leurs besoins. J'ai alors indiqué que la ressource principale était la famille, ou une allocation.

Dans la colonne travail, les données entre parenthèses représentent le dernier emploi occupé avant d'être en inactivité.

Commentaires 2^e tableau :

Dans la colonne orientation, CAPS est l'abréviation de Centre d'Attention PsychoSociale, qui est la structure extrahospitalière sectorisée de consultation en psychiatrie. SUS est l'abréviation de Système Unique de Santé qui est le système de soins primaire au Brésil.

La colonne « depuis » reprend le nombre de mois passés au projet.

Le motif évoqué est celui donné par les usagers, entre parenthèse, la pathologie sous-jacente, également donnée par les usagers en entretien.

La colonne « psychotropes » recense la prise actuelle de médicaments psychotropes et entre parenthèse les modifications récentes apportées à ce traitement.

Les colonnes « psychologue » et « psychiatre » correspondent au suivi actuel et usagers, et entre parenthèse leur lieu de suivi.

La colonne « hospitalisation » prend en compte les antécédents d'hospitalisation avec entre parenthèse la date de la dernière hospitalisation.

Prénom	Sexe	Age	Quartier	Km	Ressources	Religion	Travail
Alexandra	F	58	barra do ceara	2	famille	communauté « shalom »	(professeure)
Gabriela	F	32	carlito	2	famille	évangélique	(commerçante)
Clara	F	27	jardim guanabara	3,5	travail	évangélique	vendeuse
Theo	M	32	montese	8	famille	catholique / baptiste	aucun
Jorge	M	59	carlito	2	invalidité	catholique	(sécurité)
Wilson	M	38	jardim iracema	2,5	équivalent AAH	évangélique	aucun
Alberto	M	36	colonia	1	travail	évangélique	(représentant politique)
Helena	F	44	pirambu	2,5	retraite	agnostique croyante	aide-soignante
Valentine	F	40	jardim iracema	2,5	famille	spiritisme	(employée cybercafé)
Raimunda	F	71	colonia	1	non renseigné	catholique	aucun
Luiza	F	52	cristo redentor	1,5	famille	évangélique	(ouvrière usine)
Gustavo	M	35	jacaréanga	3,6	travail	évangélique	massothérapeute au projet
Mario	M	65	jardim iracema	2,5	retraite	catholique	(employé de mairie)
Marta	F	86	colonia	1	non renseigné	catholique	non renseigné
Erica	F	40	colonia	1	famille	non renseigné	couturière
Noelia	F	47	colonia	0,5	arrêt maladie	chrétienne	(couturière)
Leonora	F	33	damas	7,6	arrêt maladie	catholique	(ressources humaines)
Selma	F	49	barra do ceara	1	sans ressources	catholique	(employée de maison)
Ana	F	71	jardim guanabara	3,5	famille	non renseigné	(couturière)
Simone	F	49	jardim iracema	2,5	famille	catholique / « shalom »	(agent d'entretien)
Esperança	F	48	colonia	0,5	travail	catholique	employée de maison
Raissa	F	26	colonia	0,5	travail	catholique	(assistante de vente)
Denis	M	56	jardim iracema	1	travail	catholique	gardien d'immeuble
	Moy	47,6		2,3			
	Méd	45,5		2			

Prénom	Orientation	Depuis	Motif évoqué	Psychotropes	Psychologue	Psychiatre	Hospitalisation
Alexandra	CAPS	24	dépression	oui (diminution)	non	oui (CAPS)	non
Gabriela	amie	1	anxiété	non (arrêt récent)	non	non	non
Clara	quartier	4	anxiété	non	non	non	non
Theo	psychologue	12	anxiété	oui	oui (libéral)	oui (libéral)	non
Jorge	CAPS	72	anxiété	non	non	non	non
Wilson	CAPS	3	dépression (schizophrénie)	oui	non	oui (CAPS)	oui (01/2017)
Alberto	amie / sœur	1	dépression	non	non	non	non
Helena	mari	5	dépression	non (arrêt récent)	non	non	non
Valentine	CAPS	8	anxiété / agressivité	oui (diminution)	oui (CAPS)	oui (CAPS)	non
Raimunda	SUS	3	douleurs	non	non	non	non
Luiza	SUS	18	dépression	oui	non	non	non
Gustavo	CAPS	84	anxiété	non	non	non	oui (2010)
Mario	amie	10	anxiété / agressivité	non	non	non	non
Marta	famille	2	dépression / deuil	non	non	non	non
Erica	CAPS	4	dépression (schizophrénie)	oui	oui (CAPS)	oui (CAPS)	oui (adolescence)
Noelia	quartier	96	douleurs	non	non	non	non
Leonora	amie	2	trouble panique	oui (diminution)	oui (libéral)	oui (libéral)	non
Selma	CAPS	1	dépression	oui	non	non	non
Ana	SUS	6	dépression	non (arrêt récent)	non	non	non
Simone	CAPS	7	dépression	non (arrêt récent)	non	oui (CAPS)	oui (date ?)
Esperança	quartier	3	dépression	oui	non	non	non
Raissa	SUS	1,5	anxiété	non	non	non	non
Denis	CAPS	1	anxiété	oui	non	non	non
	Moy	16					
	Méd	4,5					

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

La psychiatrie est actuellement en transition vers un modèle de santé mentale qui encourage la promotion de la santé dans un cadre de soins plus ancré dans les territoires. Les approches communautaires en santé constituent des pistes de réflexion pour mener à bien ce passage. L'objet de ce travail de recherche est d'explorer l'impact clinique individuel d'un dispositif de santé mentale à assise communautaire. Une enquête ethnographique a été menée entre novembre 2016 et avril 2017 au projet Quatro Varas, dispositif public de santé mentale communautaire qui fonctionne depuis 1988 dans un quartier défavorisé de la ville de Fortaleza au Brésil. Des observations de terrain et des entretiens semi-structurés centrés sur l'expérience des usagers au projet ont été analysés à la lumière du concept de rétablissement. Ce dernier permet en effet de se décaler d'une vision strictement psychiatrique des troubles mentaux pour se recentrer sur les trajectoires de vie des personnes en proie à des difficultés psychiques. Les résultats sont en faveur d'une possibilité de se rétablir par le projet selon trois composantes : l'espoir, l'*empowerment* et la participation. Les qualités d'accueil et le traitement par le corps sont des qualités du dispositif soulignées par les usagers, contribuant à leur processus de rétablissement. Les limites de ce travail sont d'abord celles d'une interprétation basée sur l'expérience et non sur des critères cliniques objectifs en psychiatrie. Ensuite, la lecture par le rétablissement met de côté les aspects culturels et certains effets de groupe par ailleurs observés au projet. Enfin, sont discutées des questions concernant le caractère alternatif du projet Quatro Varas et la transposabilité de ses qualités et de l'une de ses activités - la thérapie communautaire intégrative (TCI) - à un contexte occidental.

Mots clés : santé mentale, communautaire, rétablissement.