

Université de Montréal

Espace féminin/Fragilité dévoilée
Femmes de milieu populaire à São Paulo, Brésil

par

Ana Cristina Sampaio
Département d'anthropologie
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph. D.) en anthropologie

Août, 2005



© Ana Cristina Sampaio, 2005

GN

4

U54

2005

V. 023

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :
Espace féminin/Fragilité dévoilée
Femmes de milieu populaire à São Paulo, Brésil

présentée par :
Ana Cristina Sampaio

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Présidente - rapporteuse : Meintel, Deirdre

Directeur de recherche : Bibeau, Gilles

Membre du jury : White, Deena

Examinatrice externe : Desmarais, Danielle

Thèse acceptée le :

SOMMAIRE

La présente recherche vise à dévoiler les difficultés d'ordre émotionnel des femmes de milieux populaires à São Paulo et à mettre en évidence, plus spécifiquement, la représentation de l'expérience propre à ces femmes.

L'approche socio-anthropologique présuppose une compréhension à la fois de l'événement, des aspects contextuels ainsi que de l'interprétation par laquelle les femmes signifient les événements stressants.

Le modèle théorique, basé sur la notion d'expérience, réinscrit le sujet et le contexte à l'intérieur du processus interprétatif visant à saisir la culture, l'expérience subjective et l'articulation entre les dimensions socioculturelle et phénoménologique dans la construction et l'explication des problèmes d'ordre émotionnel.

Pour mieux connaître les contextes social, culturel et économique des femmes de São Paulo, je me suis penchée sur la littérature sociologique et anthropologique ayant pour sujet les femmes, la ville de São Paulo, la périphérie ainsi que le mouvement migratoire. Des entrevues individuelles réalisées auprès de personnes-ressources du milieu des femmes ont permis de comprendre davantage le contexte de fragilité dans lequel vivent les femmes issues de milieux populaires à São Paulo.

Les travaux effectués dans le champ de la psychiatrie culturelle ainsi que les récentes études en anthropologie médicale ont inspiré l'élaboration d'une stratégie de recherche qui intègre plusieurs aspects de la problématique de la santé mentale des femmes. La perspective de genre a contribué à cerner la manière dont les femmes s'insèrent dans la culture patriarcale brésilienne.

L'analyse a fait émerger le dynamisme qui relie les individus, les événements, les codes symboliques et la manière dont cette culture s'actualise dans la construction, l'expression et l'évolution des problèmes d'ordre affectif.

Pour l'analyse approfondie des données, j'ai d'abord présenté l'histoire de vie de trois femmes du CAPS (centre d'assistance psychosociale Pr. Luiz Cerqueira à São Paulo) parce qu'elles démontraient bien les problèmes émotionnels sévères vécus par les femmes en milieu urbain. L'histoire de vie de trois autres femmes d'AMZOL (association des femmes de la zone est de São Paulo) sert plutôt à cerner la détresse psychologique via le *nervoso* des femmes de la périphérie.

J'ai souligné la distinction faite par les femmes des milieux populaires entre les catégories de comportement selon leur degré de gravité en me référant aux catégories populaires de "folie" et de *nervoso* étudiées par Duarte (1986).

Dans le cadre conceptuel utilisé, les difficultés émotionnelles (ou les problèmes de santé mentale) sont considérées comme des constructions socioculturelles et symboliques. Il était important de mettre en lumière le processus par lequel chaque femme construit son expérience personnelle à partir de son univers socioculturel et la façon par laquelle la culture est constamment réinterprétée, réintégrée. L'ensemble des dispositions des femmes à agir, penser, percevoir et sentir reflète des structures sociales externes.

J'ai cherché à démontrer que la souffrance psychologique des femmes subsiste en raison de leur pauvreté, de la violence urbaine dont elles sont les victimes et de la dynamique familiale qui contribue principalement à la construction de leur univers subjectif.

Mots-clefs: femmes, milieu populaire, São Paulo, santé mentale, souffrance psychologique, *nervoso*, anthropologie médicale.

ABSTRACT

This study aims to shed light on the emotional hardships experienced by lower class women living in São Paulo and, more specifically, to focus on these women's own representations of their experience.

The socio-anthropological approach entails an understanding of the event, the contextual aspects as well the women's interpretation of stressful events.

The theoretical model, based on the notion of experience, places the subject and the context at the core of an interpretive process which integrates the culture, the subjective experience and the interrelationship between the sociocultural and phenomenological aspects in the construction and explanation of emotional problems.

In order to better grasp the social, cultural and economic conditions affecting the lives of the women of São Paulo, I reviewed the sociological and anthropological literature pertaining to women, the city of São Paulo and its fringe districts as well as migration. Individual interviews with local aids for women provided a deeper understanding of the state of precariousness under which lower class women live in São Paulo.

Work carried out in the field of cultural psychiatry as well as recent studies in medical anthropology inspired the elaboration of a research strategy, which could integrate several aspects of the issue of mental health in women. The gender perspective has contributed to outlining the manner in which women integrate in the patriarchal Brazilian culture.

The analysis revealed the dynamics between the individuals, the events, the symbolic codes and the manner by which this culture is actualized in the construction, expression and evolution of emotional problems.

For the in-depth analysis of the data, I first presented the case history of three women contacted through the CAPS (Centre for Psychosocial Assistance, Pr. Luiz Cerqueria in São Paulo) as their stories were good illustrations of the severe emotional problems experienced by women in an urban setting. The life history of three other women of AMZOL (Association of Women of the East Zone of São Paulo) allowed me to outline the psychological distress of the women living in the poor districts as expressed through the concept of *nervoso*.

I emphasized the distinction made by lower class women between categories of behavior according to their degree of gravity by referring to the popular categories of “madness” and of “*nervoso*” studied by Duarte (1986).

In the conceptual frame used, emotional difficulties (or mental health problems) are considered sociocultural and symbolic constructions. It was important to shed light on the process by which each woman builds her personal experience stemming from her sociocultural environment and on how culture is constantly being reinterpreted and reintegrated. The set of attitudes in women when acting, thinking, perceiving and feeling is a reflection of the external social structures.

I sought to demonstrate that the women’s psychological suffering is perpetuated by their poverty, the urban violence they are victims of and family dynamics, which play a major role in the the construction of their subjective world.

Keywords : women, lower class, São Paulo, mental health, psychological suffering, *nervoso*, medical anthropology.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	I
ABSTRACT	III
TABLE DES MATIÈRES	V
REMERCIEMENTS	XI
LISTE DES FIGURES	XIII
LISTE DES TABLEAUX	XIV
LISTE DES ACRONYMES	XV
INTRODUCTION - MON CHEMINEMENT	1
<u>PARTIE I</u>	11
CHAPITRE I - LA VILLE DE SÃO PAULO : UN PORTRAIT	11
Introduction	11
1. Complexité croissante de la ville	13
2. Vécu dans les transports en commun	21
3. Itaim : un quartier périphérique de la zone est	29
4. Violence urbaine et peur collective	34
5. Omniprésence de l'inégalité	38

6. Richesse culturelle	43
Conclusion	44
CHAPITRE II - LES CONDITIONS DE VIE DES FEMMES DE MILIEU POPULAIRE	46
Introduction	46
1. Mouvement migratoire	46
2. Lieu de résidence	50
3. Portrait de famille	56
4. Marché du travail	59
5. Double journée de travail	65
6. Travail domestique et santé mentale	66
7. Vie sexuelle	70
8. Violence physique, sexuelle et psychologique	73
9. Santé mentale des <i>Paulistanas</i>	75
10. Services de santé publique	81
Conclusion	83
CHAPITRE III – CADRE THÉORIQUE – UNE APPROCHE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE PLURIELLE	85
Introduction	85
1. Pluralité des approches socio-anthropologiques de la maladie	87

1.1 Anthropologie psychiatrique	87
Le modèle de la négociation entre représentations chez Kleinman	87
La construction du récit de la maladie selon Good	91
La phénoménologie et l'expérience de la maladie selon Corin	95
L'ouverture face à la diversité du monde créole selon Bibeau	99
1.2 De la nécessité de distinguer le culturel et le social	104
1.3 Réélaboration d'un modèle intégrateur	109
2. Représentations des relations de genre	112
3. <i>Nervoso</i> et vie nerveuse des travailleurs urbains – Duarte	116
4. Éléments d'un modèle socio-anthropologique pluriel	123
Conclusion	126
CHAPITRE IV – DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	128
Introduction	128
1. Instruments de recherche et cueillette des données	129
1.1 Observation participante	129
1.2 Guide d'entretien	130
1.3 Déroulement de l'entretien	131
2. Analyse de récits de vie	135
3. Présentation des répondantes	138
Conclusion	140
<u>PARTIE II</u>	141

CHAPITRE V – LES ENJEUX DE LA SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE AU BRÉSIL	141
Introduction	141
1. Contexte historique	143
1.1 État et politique de santé mentale	151
1.2 Réforme psychiatrique	153
2. Mouvements sociaux	161
2.1 Débat analytique	163
2.2 Mouvement des femmes	167
Conclusion	169
CHAPITRE VI - MONOGRAPHIES ET RÉCITS DE VIE – AMZOL ET CAPS	171
Introduction	171
1. Présentation d'AMZOL	172
1.1 AMZOL et la santé mentale	177
1.2 Récits des membres d'AMZOL	181
Selma - Solitude et dépendance	181
Edna - Le <i>nervoso</i> comme réalité quotidienne	184
Tina - Responsabilité et ambiguïté de la vie familiale	186
2. Présentation du CAPS	193
2.1 Travail thérapeutique	195
2.2 Activités et Association Franco Basaglia	198

2.3 Vie quotidienne	201
2.4 Question de genre au CAPS	211
2.5 Récits des clientes du CAPS	213
Irma – Une vie marquée par la maladie et la misère	213
Dora - L'écart entre le rêve et la réalité	217
Carla - Vivre dans la marge	221
Conclusion	227
<u>PARTIE III</u>	228
CHAPITRE VII – ANALYSE TRANSVERSALE	228
Introduction	228
1. Lien entre les conditions de vie et le <i>nervoso</i>	230
1.1 Statut économique	231
1.2 Éducation	232
1.3 Migration	233
1.4 Sphère du travail	235
1.5 Résidence et itinérance	238
1.6 Périphérie: violence, manque d'hygiène, manque de tout	239
2. Lien entre patriarcat, organisation familiale et <i>nervoso</i>	240
2.1 Être fille	241
2.2 Être épouse – mariage	245
2.3 Être mère	248

3. Souffrance – un espace entre maladie et émotion	252
4. Isolement social	253
5. Retrait social et marginalité	254
6. Récit de souffrance	255
7. Recherche des services dans la communauté	257
Conclusion	259
CONCLUSION	264
BIBLIOGRAPHIE	275
APPENDICE I	299

REMERCIEMENTS

Cette thèse a pu être achevée grâce à la collaboration et au soutien de plusieurs personnes. Mes remerciements vont d'abord aux femmes qui ont accepté de partager avec moi des moments intenses de leur vie. L'intérêt et la disponibilité que ces femmes ont accordé à ma démarche étaient essentiels pour comprendre le vécu des femmes de milieu populaire à São Paulo. Je souhaite que les nouveaux programmes sociaux du président Luiz Inácio Lula da Silva prennent en considération les besoins spécifiques de ces femmes.

Mes remerciements s'adressent également aux intervenantes des organismes non-gouvernementaux qui oeuvrent auprès des femmes à São Paulo, soit pour m'avoir procuré les renseignements requis, soit pour m'avoir orientée vers les ressources susceptibles de répondre aux critères de sélection de ma recherche. J'aimerais remercier toute l'équipe du CAPS, plus particulièrement Jairo Goldberg et Ana Maria Pitta, ainsi que tous les membres de la coordination d'AMZOL.

En ce qui concerne l'Université de Montréal, je voudrais exprimer ma gratitude à Monsieur Gilles Bibeau pour son soutien et ses conseils au cours de ma recherche. Son encouragement et la pertinence de ses suggestions ont contribué largement aux résultats finaux. J'ai aussi une vive reconnaissance à l'endroit de Monsieur Crépeau qui m'a généreusement invitée à consulter sa bibliothèque personnelle et de Madame Deena White qui m'a guidée dans le dernier droit de ce long parcours.

Quant à la rédaction, j'aimerais remercier Petúnia Alves, Marie Trudeau, Lucie Courchesne, Xavier Kalibbala, Lorraine Guay, Luce Prévost et Louise Inkel pour l'intérêt soutenu qu'ils ont manifesté pour le sujet de ma thèse et pour la patience

qu'ils ont démontrée à lire et à commenter les premières versions de ce travail. Pour les photos, je remercie Marik Boudreau.

Un grand merci à toute ma famille qui m'a encouragée à continuer mes études malgré de nombreux obstacles. Je ne pourrais pas oublier que tout au long de ce travail, il y a eu la présence de ma fille, Claudia, qui m'a soutenue avec patience dans les moments cruciaux. Je remercie sincèrement tous mes ami(e)s du Québec et du Brésil pour leurs encouragements constants.

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 - SÃO PAULO, PHOTO MARIK BOUDREAU	12
FIGURE 2 - MUNICIPALITÉ DE SÃO PAULO, DISTRICTS ET RÉGIONS	33
FIGURE 3 - EMBOUTEILLAGE DU SYSTÈME ROUTIER	27
FIGURE 4 - CORTIÇO – PHOTO MARIK BOUDREAU	41
FIGURE 5 - PÉRIPHÉRIE DE SÃO PAULO, PHOTO MARIK BOUDREAU	54
FIGURE 6 - PÉRIPHÉRIE DE SÃO PAULO, PHOTO MARIK BOUDREAU	68

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 - POPULATION- SÃO PAULO : TAUX DE CROISSANCE SÉDENTAIRE ET MIGRATOIRE	18
TABLEAU 2 - TAUX GÉOMÉTRIQUE DE CROISSANCE MOYENNE DE LA POPULATION RÉSIDENTE: 1950-94 BRÉSIL, ÉTAT ET MUNICIPALITÉ DE SÃO PAULO	19
TABLEAU 3 - PASSAGERS TRANSPORTÉS PAR TRAMWAY, AUTO/AUTOBUS, TRAINS, MÉTROPOLITAINS ET MÉTRO : 1987/1993 – MUNICIPALITÉ DE SÃO PAULO	23
TABLEAU 4 - TAUX DE CRIMES VIOLENTS, SELON LES TYPES - MUNICIPALITÉ DE SÃO PAULO - 1988/93	35
TABLEAU 5 - MUNICIPALITÉ DE SÃO PAULO - POPULATION À FAIBLE REVENU ET INDICATEURS DE QUALITÉ DE VIE, PAR DISCTRICT ET SOUS-DISTRICT	51

LISTE DES ACRONYMES

AFB	: Association Franco Basaglia
AMMA	: Association des femmes
AMZOL	: Association des femmes de la zone est
CAPS	: Centre d'assistance psychosociale
DINSAM	: Division nationale de santé mentale
INPS	: Institut national de protection sociale
FHP	: Fondation des hôpitaux privés
FUNDAP	: Fondation de développement administratif
MSZL	: Mouvement de santé de la zone est
NAPS	: Noyaux d'attention psycho-sociale
PAISM	: Programme d'assistance intégrale à la santé de la femme
PFL	: Parti du front libéral
PMDB	: Parti mouvement démocratique brésilien
PPR	: Parti populaire
PSB	: Parti socialiste brésilien
PSDB	: Parti social démocrate brésilien
PUC	: Pontificia université catholique
PT	: Parti des travailleurs
OMS	: Organisation mondiale de la santé

RMSP : Région métropolitaine de São Paulo

SOS : *Sempreviva* organization féministe

UBS : Unité de base de santé

USP : Université de São Paulo



INTRODUCTION - MON CHEMINEMENT

Entreprendre une recherche de terrain en anthropologie sur la problématique de la santé mentale des femmes à São Paulo, c'est bouleversant! Vers 6h15 du matin le 16 septembre 1995, j'ai regardé par le hublot de l'avion et j'ai entrevu de loin la ville de São Paulo où je revenais passer un an après l'avoir quitté il y a longtemps pour émigrer au Québec. Plus l'avion s'approchait de la métropole *paulistana*, plus je sentais la grandeur de son espace : mon regard se perdait dans l'infini de cette ville. Son aspect physique et sa dimension spatiale me sont apparus chaotiques : en effet, São Paulo s'est développé de façon désordonnée. Et je me demandais comment les gens continuaient à vivre dans cet espace confus, entourés de béton gris, aux prises avec la pollution et les autres problèmes sociaux.

L'impression de gigantisme fut renforcée lorsque, en quittant l'aéroport pour se rendre au centre-ville, mon autobus emprunta les Marginales qui longent les fleuves Tietê et Pinheiros. Ce sont des routes construites pour éviter les embouteillages et pour permettre aux camions et aux autobus de circuler autour de la ville.

Préoccupée par des questions urbaines, je reconnaissais l'importance de l'espace par rapport à mon objet d'étude, soit cette société de souche qui m'était devenue lointaine à cause de mon long séjour à l'étranger. Suivant la tradition de l'anthropologie brésilienne, à l'opposée de celle de l'école de Chicago, « il s'agit moins d'une anthropologie de la ville que d'une anthropologie dans la ville (...). La ville est, (...) avant tout le lieu de recherche plutôt que son objet » (Durham, 1986-a : 19). Comme chercheuse issue de cette tradition, je me sentais complètement démunie face à l'étendue de la ville et je m'interrogeais sur la manière dont j'allais pouvoir

saisir le vécu émotionnel des femmes et le cadrer dans l'immensité et la complexité de cette métropole.

L'anthropologie, par la nature de son objet d'étude (les autres sociétés, les formes d'organisation sociale distinctes), constituait un champ riche pour la recherche envisagée. Par contre, je prenais conscience que le regard presque romantique de l'approche « holistique » de l'anthropologie traditionnelle appliquée aux petites sociétés n'arriverait pas à prendre en considération l'hétérogénéité et la diversité de la grande communauté *paulistana*. Velho (1987) soulignait à cet effet que l'étude des sociétés complexes pose des problèmes sérieux pour la tradition anthropologique qui a été créée sur la base de l'expérience avec de petites sociétés relativement homogènes.

L'anthropologie a toujours su s'intéresser à l'autre, culturellement différent, dans de petites communautés où la division du travail est limitée, où les contacts sont directs et les significations sont transmises par la parole, la musique et le corps. Dans un monde en voie de créolisation, le relativisme culturel de l'anthropologie doit laisser la place à une présentation du monde arborant les traits d'une pluralité culturelle à l'intérieur de laquelle s'établissent des liens hiérarchiques.

La notion de culture prend des formes distinctes selon les auteurs et les époques. Ainsi, au cours des années 1970, la tendance déconstructiviste de la post-modernité critique le structuralisme et l'hégémonie du signifiant, et les débats sur le genre, la sexualité et les minorités culturelles raniment les discours des particularismes auparavant étouffés par les idéologies universalistes.

À la même époque, Geertz (1973) avance que l'anthropologie se fait dans le dialogue entre la théorie et la recherche ethnographiques. Les phénomènes

observables dans les villes brésiliennes offrent un champ d'investigation social riche et varié.

Magnani (1992) précise dans son livre *Festa no pedaço. Cultura popular e lazer na cidade de São Paulo* que les recherches en anthropologie urbaine ne permettent pas encore de présenter une vision globale de la dynamique de cette métropole. L'existence d'une tension entre la vision micro de l'anthropologie et la réalité macro de son objet (la ville) conduit Magnani à proposer l'étude des *pedaços*¹ des groupes de voisinage et des réseaux de sociabilité afin de capter la dynamique, d'identifier les particularités et de reconnaître les orientations diverses au sein de la ville. Comme Magnani (1992-b), un anthropologue spécialiste dans l'étude des villes, il a fallu que j'établisse dès le départ des frontières, des coupures, et que je définisse les unités d'analyse afin de souligner et de développer les signifiés quotidiens du vécu des femmes dans la ville.

L'étude anthropologique des milieux urbains est possible lorsqu'on comprend que la ville est un lieu où plusieurs groupes vivent des expériences et ont des vécus à la fois communs et différents. L'anthropologie urbaine à São Paulo se concentre principalement sur les thèmes liés à la périphérie, mais, à l'origine, son champ d'étude englobait la problématique de la migration rurale vers le milieu urbain et les questions de marginalité sociale propres aux bidonvilles (*favelas*).

¹ Sur les loisirs dans la périphérie, Magnani (1984) présente la catégorie de *pedaço*. En réalité « le terme *pedaço* désigne un espace intermédiaire entre le privé (la maison) et le public, où se développe une sociabilité de base, plus ample que celle fondée dans les familles, mais néanmoins plus dense, significative et stable que les relations formelles et individuelles imposées par la société » (1992 : 193).

Sous réserves: Tout au long de ce travail, j'ai essayé de traduire le plus fidèlement possible les passages empruntés de certains auteurs brésiliens.

En se référant à l'ensemble de la documentation dédiée à l'anthropologie urbaine brésilienne, Durham déclare que « nous sommes, en quelque sorte, en train de produire une nouvelle et fascinante ethnographie de nous-mêmes » (1986-a : 2). Cette perspective rejoint les caractéristiques de l'anthropologie périphérique définie par Cardoso de Oliveira. Pour les anthropologues brésiliens, étudier la périphérie, c'est étudier « l'autre » proche dans le processus de constitution de la nation brésilienne. Plus que les Indiens, la population de la périphérie, comme objet de l'anthropologie, occupe un espace qui est considérablement plus familier aux centres universitaires.

Par ailleurs, une fois arrivée à São Paulo, la compréhension de mon vécu et la construction de mon identité interagissaient avec ma réflexion sur l'anthropologie urbaine brésilienne. Il faut préciser qu'au Brésil, la question de garder une distance par rapport à l'objet d'étude se pose de façon particulière. Dans les études en milieu urbain, lorsque l'univers culturel est commun au chercheur, sa participation est avant tout subjective. Cette dynamique prend ainsi une dimension politique, de sorte que l'observation participante se transforme en participation observante. L'identification subjective avec les populations étudiées est inévitable et elle présente un risque qui consiste à expliquer la société à travers les catégories locales plutôt qu'à travers une véritable analyse anthropologique (Durham, 1986-a).

Le familier peut donc altérer le regard du chercheur : ce risque est d'autant plus grand quand l'objet d'étude appartient à sa propre société. Selon Magnani (1984), les conditions qui, à première vue, sont plus favorables (connaissance de la langue, facilité d'accès, informations) peuvent devenir des obstacles, parce que la façon dont on conçoit ce qui est familier peut parfois être le résultat d'idées préconçues, déformées. Selon Da Matta (1974) et Velho (1987), la précaution à prendre consiste alors à aller en sens inverse, c'est-à-dire à transformer le « familier » en « étrange ».

Depuis Malinowski, les anthropologues ont appris à transformer le sentiment difficile d'étrangeté ressenti devant des sociétés ayant des modèles culturels complètement différents des leurs, en outils et instruments de recherche. D'après Ruth Cardoso (1986), l'altérité est le fondement de l'identité, mais il faut l'insérer dans un contexte. C'est dans la confrontation que les identités se construisent. Cette perspective s'avère essentielle pour travailler avec les sociétés complexes et les réalités urbaines. Les composantes de ce type de société se recoupent et se diversifient alors que des principes les structurent et les unifient.

Quant à la question de classe sociale, cette proximité peut être relative. Pour illustrer cette perspective, Zaluar (1985) décrit la violente séparation en classes de la société brésilienne où les pauvres sont doublement exclus, considérés comme les « autres », les « non-cultivés », les dangereux. Les Brésiliens sont donc rarement appelés à se côtoyer sauf à l'occasion de matches de soccer et pendant le carnaval.

Une autre question que je me posais se rapportait directement à mon sujet de recherche : la femme . Le fait que les études féministes dans les universités brésiliennes mettent l'accent sur la catégorie de « genre » plutôt que seulement sur celle des « femmes » m'a amenée à considérer l'importance de cette catégorie analytique. Influencées au départ par le marxisme et surtout par la psychanalyse, les études sur le genre cherchent une construction théorique et méthodologique pour comprendre et pour changer le statut social d'infériorité imposé à la femme (Lavinás et Castro, 1990). Au Brésil, les recherches scientifiques sur la santé privilégient l'étude des femmes en lien avec la reproduction.

Mon intérêt pour la santé mentale des femmes est lié directement à mon travail depuis plusieurs années à Montréal comme intervenante communautaire auprès

d'une clientèle qui souffre de problèmes de santé mentale sévères et persistants. Dans ma pratique, je suis interpellée par le milieu professionnel en santé à tenir en considération surtout les dimensions biologique et psychologique de la souffrance humaine. Au départ, ma formation académique en psychologie et en travail social m'a aidée à intégrer des outils pour comprendre ces deux dimensions. Or trop souvent, les aspects socio-économique et culturel d'un client sont évacués de l'intervention. La tendance actuelle de privilégier les approches génétiques et biologiques en santé mentale démontre la difficulté des cliniciens à reconnaître le rôle des facteurs socio-culturels dans la détermination et dans l'évolution des problèmes de santé mentale. Mes frustrations face à ce vide analytique m'ont initialement amenée à vouloir entreprendre des études supérieures en sociologie.

L'appréhension des dimensions socioculturelles dans le domaine de la santé mentale est sans doute un grand défi. Elle questionne les prémisses analytiques dominantes, dérange la structure conformiste des politiques de santé mentale. Ma dissertation en sociologie sur le vécu dans la communauté des femmes ex-psychiatisées à Montréal m'a permis d'élaborer une approche plus sociale. Dans le milieu psychiatrique, les conditions sociales des femmes (pauvreté, séparation, monoparentalité, dépendance,) ne sont pas considérées en profondeur comme des facteurs de leur souffrance psychologique. L'ajout de la dimension plus culturelle dans mon intervention est lié à mon lieu de pratique professionnelle, le quartier Côte des Neiges, l'un des quartiers les plus multiethniques de Montréal. Une réflexion sur les rapports entre la culture et les problèmes de santé mentale est devenue fondamentale, vu mon constat que la perception et l'attitude des immigrants et de leur famille face aux difficultés psychologiques ainsi qu'à leur manière de résoudre ces difficultés se présentent sous une forme autre que celle de la population native locale.

Le débat autour de l'assignation de sens et l'interprétation de la souffrance humaine par les intervenants est, d'une certaine manière, absorbé quand le discours du client et sa manière d'interpréter ses propres difficultés sont au centre de l'intervention. Ce sont donc l'aboutissement de mes réflexions théoriques et mon cheminement comme intervenante communautaire qui m'ont conduite à adopter une approche socio-anthropologique plurielle qui englobe, dans mon appréhension des problèmes de santé mentale, les dimensions culturelle et sociale.

La présente étude se situe dans l'articulation des réflexions théoriques sur des données qui ont été recensées durant un an auprès des femmes de milieu populaire à São Paulo. Mon travail cherche à dévoiler la souffrance psychologique de ces femmes et à signaler la représentation de l'expérience qui leur est propre. À travers la construction de l'histoire de vie des femmes, j'essaie de présenter une vision plus approfondie du lieu que les femmes occupent dans la société brésilienne.

Dans une approche socio-anthropologique, je tente de saisir, à partir du discours et de la pratique des femmes, la signification de l'être féminin. Selon Tylor (1970), la culture est une manifestation empirique des activités d'un groupe comme la connaissance, la croyance, les normes, l'art, les lois, la morale, les coutumes, les attitudes et d'autres capacités acquises par l'homme en tant que membre d'une société. D'après Lévi-Strauss (1974), c'est à travers la culture que l'homme devient véritablement humain. Et comme le signale Geertz,

Doing ethnography is like trying to read (in the sense of construct a reading of) a manuscript - foreign, faded, full of ellipses, incoherencies, suspicious emendations, and tendentious commentaries, but written not in conventionalized graphs of sound but in transient examples of shaped behavior (1973: 10).

La présente étude comporte trois parties. Dans le premier chapitre de la première partie, les données ethnographiques de la ville de São Paulo constituent les

plans d'un portrait de base qui permet d'articuler le modèle théorique à l'analyse du vécu émotionnel des femmes de milieu populaire. Quelques données sont appuyées par des tableaux et des statistiques. C'est à travers l'une de mes incursions dans les transports publics que j'ai pu mieux observer le quotidien des milliers des personnes qui se déplacent en ville.

Si les problèmes individuels ou de groupe ont un fondement biologique ou psychologique, je me référerai davantage dans ce travail à la sociogenèse qui tient compte du contexte quotidien de la vie des femmes. Au deuxième chapitre, la description du contexte de vie des femmes de milieu populaire à São Paulo permet, dans mon analyse, de situer les femmes dans un espace culturel complexe marqué par des problèmes socio-économiques importants.

Dans le troisième chapitre, je présente des études socio-anthropologiques sur la maladie qui m'ont d'abord inspirée pour l'élaboration d'un modèle théorique d'analyse. Ces études visent l'articulation entre l'expérience, la construction du contexte, l'expression et l'évolution des problèmes de santé mentale. À partir des constatations des études épidémiologiques sur les différences des problèmes de santé mentale des femmes par rapport à ceux des hommes, il a été important d'introduire dans l'analyse la conception des femmes de leur propre condition de genre ainsi que le rapport entre la construction de leur identité de genre et l'émergence des problèmes de santé mentale. Pour mieux cerner dans l'analyse la notion de *nervoso*, une catégorie populaire de souffrance psychologique utilisée par les femmes de milieu populaire, je me suis référée à un travail anthropologique important sur l'état nerveux des travailleurs urbains au Brésil. Selon Duarte (1986) le *nervoso* est un mode ou un code qui exprime les « perturbations physico-morales » vécues par les membres des classes de travailleurs. Il permet d'atteindre un niveau analytique privilégié pour la compréhension des caractéristiques de la culture (la conception de la personne) et de

la manière dont s'articule la relation avec les mécanismes sociologiques et culturels des classes. Dans le quatrième chapitre, je décris les instruments de recherche utilisés dans ce travail, soit l'observation participante, des entrevues, des histoires de vie, des monographies des institutions et des études de cas. Cette recherche a été réalisée durant 1995 et 1996. La technique d'histoire de vie a été choisie selon un objectif précis : cette moindre participation du chercheur permet de donner plus d'espace aux femmes pour s'exprimer.

Dans la deuxième partie, je fais un survol des enjeux de la santé mentale communautaire à São Paulo. Le système de santé mentale communautaire est influencé par des dimensions économiques, sociales, culturelles et politiques. Je cherche à faire ressortir le rôle de ces dimensions dans l'évolution des problèmes de santé mentale des femmes ainsi que l'insertion des femmes dans ces espaces communautaires.

Dans la troisième partie de cette étude, j'applique mon modèle théorique à l'analyse transversale des histoires de cas. L'ensemble des données me permet de reconstruire le vécu et la représentation de la souffrance psychologique propre aux femmes de milieu populaire ainsi que le sens de leur propre histoire. L'analyse ne contient pas toute la richesse des informations recueillies lors des entrevues. Je les intègre sous un certain angle, à partir de ma référence théorique et selon ma vision de la condition des femmes. Dans l'analyse, ces sont les thèmes plus élaborés par les femmes dans les entrevues qui ont constitué le corpus de l'analyse. Tout au long de ce travail, je vise à souligner, à respecter et à valoriser l'interprétation, la compréhension et l'analyse des femmes de milieu populaire sur le thème de cette recherche, la souffrance psychologique.

PARTIE I

CHAPITRE I - LA VILLE DE SÃO PAULO : UN PORTRAIT

Introduction

Dans ce chapitre, je présenterai l'ethnographie de la ville de São Paulo pour mieux situer le contexte socio-économique et culturel des femmes qui y résident. C'est dans le cadre d'un processus de changement économique, social et culturel que la problématique de la santé mentale des femmes est abordée. Cette perspective vise à signaler l'influence de ces transformations sur la souffrance psychologique des femmes.

La croissance vertigineuse de cette ville et l'arrivée des milliers de migrants ont créé un espace de chambardements des valeurs traditionnelles. Les crises économiques successives du pays ont engendré une grande misère et une violence alarmante dans les grands centres urbains du Brésil. Je cherche ici à dépeindre comment les conditions de vie des femmes de milieu populaire à São Paulo ont été influencées par les transformations rapides d'urbanisation.

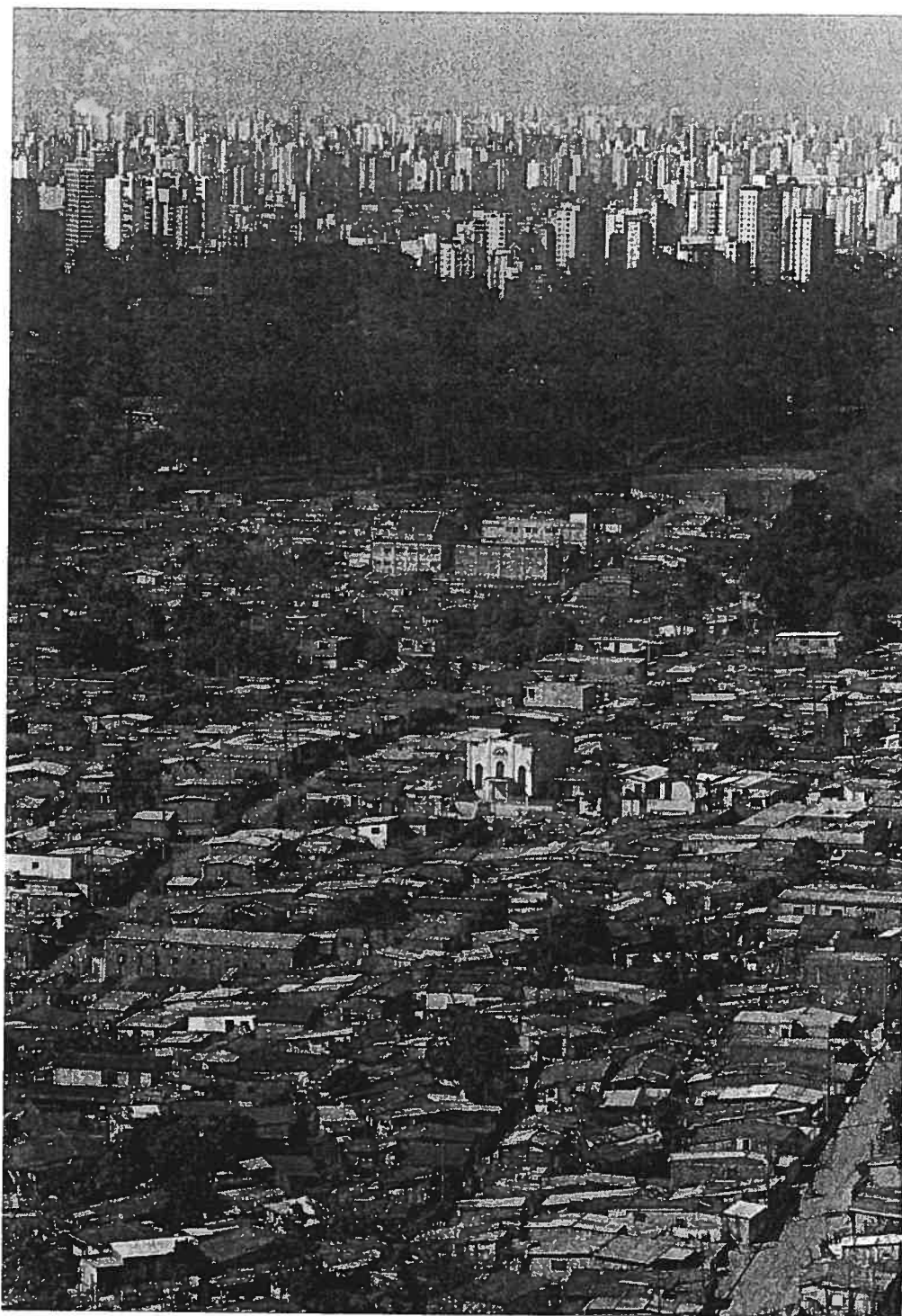


Figure 1 - São Paulo, photo Marik Boudreau

1. Complexité croissante de la ville

Dans son livre *Tristes Tropiques*, Lévi-Strauss (1955) décrit la ville de São Paulo des années 1930, où il a séjourné durant quatre ans. Selon l'anthropologue, São Paulo, comme les autres métropoles américaines, arrive à la décadence avant même d'avoir atteint son apogée :

(...) en arrivant à São Paulo en 1935, ce n'est donc pas la nouveauté qui m'a d'abord étonné, mais la précocité des ravages du temps. (...) On dépeignait alors São Paulo comme une ville laide. Sans doute, les immeubles du centre étaient pompeux et démodés; la prétentieuse indigence de leur ornementation se trouvait encore aggravée par la pauvreté du gros oeuvre : statues et guirlandes n'étaient pas en pierre, mais en plâtre barbouillé de jaune pour feindre une patine. D'une façon générale, la ville offrait ces tons soutenus et arbitraires qui caractérisent les mauvaises constructions dont l'architecte a dû recourir au badigeon, autant pour protéger que pour dissimuler le substrat. (...) Et pourtant, São Paulo ne m'a jamais paru laide : c'était une ville sauvage, comme le sont toutes les villes américaines (...) Quant à São Paulo, elle était alors indomptée. (...) Très loin vers le nord, le Tiete allongeait ses méandres argentés dans les varzeas - marécages se transformant peu à peu en cité - entourés d'un chapelet irrégulier de faubourgs et de lotissements. (...) A São Paulo, au mois de janvier, la pluie « n'arrive » pas, elle s'engendre d'humidité ambiante, comme si la vapeur d'eau qui imbibe tout se matérialisait en perles aquatiques tombant dru, mais qu'on dirait freinées par leur affinité avec toute cette buée à travers quoi elles glissent. (...) À la pointe nord de la terrasse, un gigantesque chantier s'ouvrait : c'était celui de l'Avenida São Joao, artère de plusieurs kilomètres qu'on commençait à tracer parallèlement au Tiete (...) à droite la rue Florencio-de-Abreu qui conduisait à la gare; entre les bazars syriens qui approvisionnaient tout l'intérieur en camelote, et de paisibles ateliers de bourreliers et de tapissiers (...) la populaire Santa Ifigenia (...) Enfin, aux lisières de la ville progressaient les lotissements petit-bourgeois de Perdizes et d'Agua-Branca, se fondant au sud-ouest dans la colline verdoyante et plus aristocratique de Pacaembu (p.107-110).

La ville de São Paulo est la plus grande ville de l'Amérique du Sud. Au début du XXI^e, sa population dépassera largement les quinze millions d'habitants. Capitale financière du Brésil, s'y concentrent toutes les grandes entreprises nationales et multinationales. La métropole la plus complexe du cône sud est aussi le plus grand centre culturel, universitaire et artistique du pays. Dans cet espace urbain des « non-lieux » auxquels se réfère Augé (1992), les centres commerciaux les plus sophistiqués

du pays s'agglomèrent, les aéroports envahissent les espaces périphériques de la ville, les personnes se déplacent sur les interminables voies rapides de la ville et les banques et cambistes font circuler les biens financiers de l'ensemble du pays. Selon l'ex-président du Brésil, Fernando Henrique Cardoso (1995), São Paulo deviendra la « ville mondiale » dans la société globalisée.¹

Comme le souligne l'anthropologue italien Canevacci (1993), la ville de São Paulo est polyphonique.² Avec son rythme très accéléré, São Paulo est étourdissante: les *Paulistanos* courent toute la journée.³ Le coût de la vie y est aussi élevé que dans les autres grandes métropoles comme New York, Paris et Londres. Pourtant, au milieu de cette jungle, les contacts relationnels sont très chaleureux. Et São Paulo, la ville par excellence du travail, est aussi le plus grand centre culturel du pays.

Ce centre urbain industriel porte en lui tous les maux de la fin du siècle tels que la violence, la drogue, le crime, la pauvreté, la pollution, la peur, le stress, les embouteillages, une périphérie pauvre, l'angoisse et un coût de la vie galopant. Si dans les pays riches le chômage augmente, dans les pays pauvres croît la misère, le manque d'infrastructures et de services sociaux, l'injustice, le déséquilibre entre les classes, voire l'apartheid social.

Vivre à São Paulo nous met en contact direct avec la misère humaine. Les personnes qui y résident sont conscientes qu'il faut vivre le moment présent de manière intense, parce que tout le reste est tellement fragile et éphémère.

¹ La région métropolitaine de São Paulo (RMSP) est formée par trente-sept municipalités incluant la ville de São Paulo qui comprend le plus grand centre industriel de l'Amérique latine.

² « La ville polyphonique, c'est une ville racontée avec diverses techniques interprétatives, plusieurs voix autonomes, avec ses règles, ses styles et ses improvisations » (Canevacci, 1993 : 18).

³ Le résident de São Paulo se nomme *Paulistano*.

À l'époque où j'y vivais, je me sentais dépassée, étourdie même par le rythme accéléré et la complexité de São Paulo. Je ne pouvais jamais m'arrêter, il me fallait constamment courir pour arriver quelque part.

À mon école primaire, située dans la zone est de la ville, j'apprenais que São Paulo était une ville du tiers-monde et sous-développée. Pourtant dans mon imagination enfantine, les caractéristiques du sous-développement ne correspondaient pas à la réalité de ma ville. Quand je l'ai quittée dans les années 1970, São Paulo était déjà une grande métropole et j'éprouvais beaucoup de difficulté à concevoir les dimensions des villes du « premier-monde ».

Il y a vingt ans, la région est de la ville finissait pratiquement dans le quartier São Miguel. Depuis, d'autres quartiers sont nés et aujourd'hui São Paulo est si vaste qu'on a l'impression de ne pas en voir la fin.

Le fameux slogan « São Paulo ne peut pas s'arrêter » (*São Paulo não pode parar*), né en 1956 dans une perspective de progrès, n'a plus d'écho. Durant la phase de croissance industrielle importante qu'a connue la métropole, les *Paulistanos* étaient fiers d'affirmer que leur ville était celle qui se développait le plus rapidement au monde. Les belles vallées de São Paulo décrites par Lévi-Strauss dans *Tristes Tropiques* sont devenues de grandes artères pour canaliser la circulation dense.

À la fin des années 1970, selon Kowarick et Campanari (1994), la faible qualification de la main-d'œuvre, la grande hétérogénéité technologique, administrative et financière ainsi que l'important protectionnisme externe et l'interventionnisme interne de l'État constituent la base du système capitaliste de São Paulo. Cette région

devient le centre de convergence des plus grands intérêts du pouvoir dominant du Brésil.

La croissance vertigineuse de la ville de São Paulo se reflète dans le manque de planification urbaine de la part des autorités locales en ce qui concerne la périphérie. On y trouve d'une part, les quartiers riches surprotégés et, de l'autre, des quartiers périphériques délabrés, misérables.

L'implantation d'un projet néolibéral ayant des effets néfastes sur la structure sociale de la ville de São Paulo, surnommée la capitale du « sous-développement industrialisé », a accéléré l'appauvrissement d'une grande partie de la classe ouvrière qui est restée sans emploi et n'a reçu aucune aide de l'État (Kowarick et Campanari, 1994 : 54). Les travailleurs sont abandonnés par l'État qui offre très peu de services collectifs ou sociaux pour les citoyens comme les transports en commun, les services de santé, la sécurité, l'éducation et les logements décents. Les travailleurs sont exploités partout, ils n'ont pas droit à la citoyenneté. Selon les auteurs cités ci-dessus, la post-modernité brésilienne constitue un mélange de pauvreté-violence-désespoir.

La majorité de la population est constituée de travailleurs mal rémunérés, qui demeurent dans des maisons précaires, dépensent un nombre incroyable d'heures dans les transports en commun, se nourrissent mal et, par conséquent, vivent de sérieux problèmes de santé. L'élite, quant à elle, s'est construite des quartiers luxueux en banlieue, entourés de murs protecteurs qui expriment bien la ségrégation des deux classes.

Les citoyens qui demeurent dans la périphérie sont délaissés. Ils doivent acquérir leur propre habitation sans quoi ils se retrouvent dans la rue : c'est le cas de milliers de Brésiliens. Autant la mairie investit dans la construction des ponts, des viaducs et des

belles avenues pour la région du centre afin que la population de cette partie de la ville y vive confortablement, autant elle délaisse le reste. Les régions centrales ont été planifiées et réservées exclusivement aux *Paulistanos* de la classe moyenne et dominante. Deux mondes et deux ethnies se côtoient à São Paulo de manière hostile : le portrait du citoyen du centre de la ville est celui d'une personne blanche, bien habillée, éduquée, propre. Le citoyen de la périphérie est plutôt de couleur foncée, simple, sans instruction scolaire.

Dans les années 1950 et 1960, la croissance démographique de São Paulo est due principalement à la migration des *Nordestinos* (habitants des états de Bahia, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí, Tocantins et Maranhão) et des *Mineiros* (habitants de l'état de Minas Gerais) (voir tableau 1, p.18).⁴

⁴ Les conditions de vie tendent à être plus précaires à la campagne qu'en ville (Dowbor, 1995). C'est pour cette raison qu'au début du siècle la moitié de la population du monde va se concentrer dans les centres urbains. Les plus grandes villes vont se situer dans les pays du Tiers-monde.

Tableau 1 - Population- São Paulo : taux de croissance sédentaire et migratoire

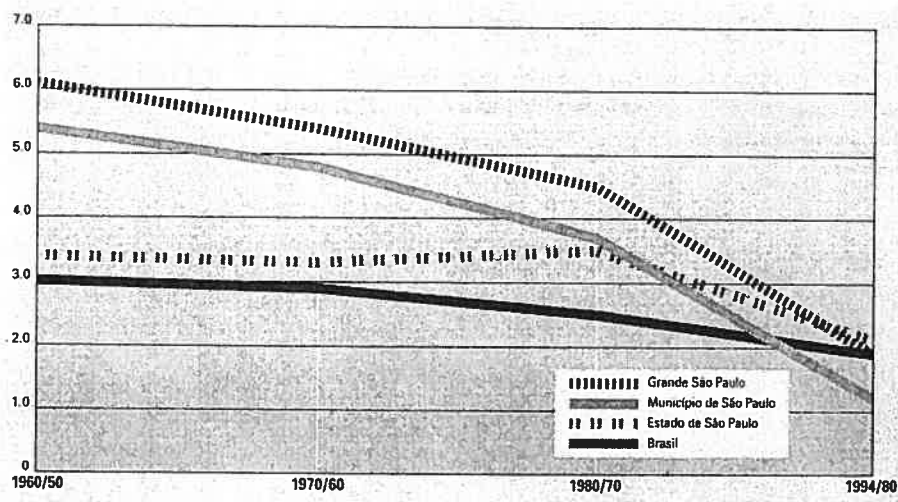
Année	Période	Total	Sédentaire	Migratoire
Anos	Período	Total	Vegetativo	Migratório
1940/50	Decenal	68,74%	15,85%	49,89%
	Anual	5,20%	1,48%	4,14%
1950/60	Decenal	72,37%	28,71%	43,66%
	Anual	5,60%	2,49%	3,76%
1960/70	Decenal	56,37%	21,11%	35,26%
	Anual	4,57%	2,69%	3,17%
1970/80	Decenal	43,35%	24,10%	19,25%
	Anual	3,67%	2,18%	1,78%
1980/90	Decenal	33,99%	16,33%	17,66%
	Anual	2,97%	1,52%	1,64%
1990/20	Decenal	15,38%	8,00%	7,38%
	Anual	1,44%	0,77%	0,71%

Source : *São Paulo : Crise et Mudança*, Préfecture de São Paulo, 1991 : annexe – graphique 2.1.

Comme dans les autres pays du tiers-monde (ou en voie de développement), les conditions de la vie rurale sont tellement misérables et déshumanisantes que le déplacement vers les centres urbains représente pour la population migrante une amélioration au niveau économique. São Paulo est ainsi devenu le pôle majeur de migration interne des régions rurales et des centres urbains du Brésil. Tous les jours, des milliers de Brésiliens y débarquent pour essayer de fuir la misère.

Depuis les années 1990, São Paulo a perdu considérablement son pouvoir économique aux dépens de l'intérieur du Brésil. En 1996, la ville a connu un taux record de chômage, en devenant le centre du développement économique tertiaire qui a besoin d'une main-d'oeuvre réduite et hautement qualifiée. La population migrante s'est dirigée vers l'intérieur de l'État, dans des villes comme Campinas et São José dos Campos.

Tableau 2 - Taux géométrique de croissance moyenne de la population résidente: 1950-94 Brésil, État et Municipalité de São Paulo



Source : IBGE – Recensement démographique de 1950/60/70/80/91.

Élaboration : EMPLASA, (Entreprise métropolitaine de planification du Grand São Paulo SA), 1995 :88.

Le manque de tout dans la périphérie a poussé les gens pauvres à se rapprocher des quartiers plus riches pour assurer leur survie, ce qui a provoqué de nouveaux conflits sociaux. Parallèlement à l'expansion périphérique, la ville a connu une croissance verticale avec ses milliers d'édifices. Le modèle d'anneau central entouré de périphéries pauvres n'est plus valable.

L'aspect visuel des régions centrales de la ville a changé complètement. Dans certains parcs, les bancs sont utilisés comme lit. Pendant les journées ensoleillées, ces bancs servent aussi de corde à linge. Parfois, les cabines téléphoniques sont utilisées comme salles de toilette par les sans-abri.

Le modèle de consommation et de production est la cause de la détérioration de cet environnement urbain. Par exemple, l'industrie automobile fait fortune dans une ville où l'acquisition d'une auto est considérée comme un symbole de succès. Par le biais d'immenses affiches publicitaires partout en ville, les industries étrangères offrent des crédits fantastiques pour l'achat d'une automobile.

La pollution a des effets négatifs sur la santé et le bien-être ainsi que sur la qualité de vie des citoyens de São Paulo. Les résidents sont submergés dans une masse d'air pollué. Pendant les mois d'hiver, soit de juin jusqu'à septembre, la pollution atmosphérique est tellement nocive que l'administration de la ville a imposé aux citoyens de circuler avec leurs autos seulement certains jours de la semaine. Au Brésil, les problèmes deviennent publics seulement quand ils touchent aussi la population dirigeante du pays. Le rapport de l'étude réalisée par Paulo Saldiva entre 1993 et 1994, au Département de la pollution environnementale de la Faculté de médecine de l'Université de São Paulo, a exercé de la pression sur les cadres administratifs de la ville pour qu'ils adoptent le *rodizio* des autos.⁵ Canevacci (1993) décrit ainsi la pollution de la route marginale :

La fumée noire et dense lancée par les tuyaux d'échappement qui sont chaque fois plus larges, comme s'ils étaient des trompes de saxophones, rentre par les fenêtres des autos qui sont laissées ouvertes à cause de la chaleur tropicale, pénètre dans les cheveux, dans les yeux, dans l'estomac. Elle colle au visage (p :223).

⁵ *Rodizio*, c'est le contrôle de la circulation de certaines automobiles en ville en fonction du numéro d'immatriculation.

Les fleuves qui traversent la métropole sont envahis de déchets de toutes sortes. Les égouts sont constamment bouchés par les déchets qui jonchent dans les rues. Par conséquent, pendant la période d'été, quand il pleut abondamment, la ville est menacée par des inondations. Ces dernières tuent des gens et détruisent leurs maisons et leurs biens. Mais plus grave encore, comme le souligne de Mello (1985), la notion de progrès économique soumet constamment la nature à la violence et à la pollution et, cette détérioration de l'environnement détruit aussi les perspectives de l'avenir.

2. Vécu dans les transports en commun

L'observation participante qu'effectue un anthropologue dans un autobus à São Paulo constitue une source incroyable de données qui permet de cerner le contexte socioculturel de la ville. Pour rendre compte du vécu quotidien d'un travailleur dans les transports en commun, je décrirai un de mes longs et pénibles voyages survenu pendant ma recherche de terrain. Cette réalité fait partie de la vie quotidienne de milliers de travailleurs *Paulistanos*.

Le 22 mai 1996, je me suis levée vers 5h00 du matin. Par la fenêtre, je voyais que tout était encore sombre. Les rues étaient désertes. Je devais prendre mon premier autobus à 6h15 au plus tard. Si je quittais la maison à 6h30, la circulation était fluide; par contre, vers 6h45, elle commençait à être congestionnée. À partir de 7h00 ou 8h00, un citoyen peut facilement consacrer trois fois plus de temps pour effectuer le même trajet que s'il partait à 6h00. Je devais arriver dans la station Itaim dans la région est de la ville vers 8h00 du matin car la rencontre avec les femmes de la périphérie commençait à 8h15. Il faisait froid à l'extérieur, mais la plupart des gens portaient seulement une petite blouse. C'était le début de l'hiver.

La plupart des gens gardaient le silence. Par la fenêtre je regardais la ville se réveiller. Tôt le matin, le centre-ville était encore vide. Dans les rues, certaines personnes marchaient très vite, d'autres prenaient un café dans un des bars ouverts aux coins des rues. Tout au long de mon trajet, je voyais des gens qui dormaient sur les trottoirs ou encore sous les ponts.

Au loin, mon regard s'arrêtait aux murs d'édifices construits autour de l'avenue Paulista dans le quartier nommé Jardins. Ce quartier « noble » de la ville a la forme d'un mur constitué de gratte-ciel. Pour les voir, il faut regarder vers le haut. Comme le souligne Canevacci (1993), « ces édifices ont l'air d'avoir des griffes, sont souvent construits dans le même style et la même couleur : un gris-sale » (p : 178).

Je m'approchais du fond de l'autobus pour débarquer à la station de métro Anhangabau, située au centre-ville. Sur les trottoirs, les vendeurs ambulants commençaient à installer leurs kiosques pour vendre des fruits, des sucreries ou autres objets. Juste en face du métro un homme mélangeait avec une cuillère une préparation de sucre, de noix de coco et d'arachides pour le vendre plus tard.

En descendant les escaliers mobiles vers le métro, je regardais le visage endormi des gens. Si je devais me lever à 5h00 du matin pour arriver à la périphérie à 8h00, je me demandais à quelle heure la plupart des gens qui demeuraient dans la périphérie devaient se réveiller pour venir travailler au centre-ville. Je me dirigeais vers le comptoir pour acheter mon billet quand, soudainement, un jeune homme m'a bousculée. Les gens autour me regardaient. Cet homme a dit à son copain : « À São Paulo, il faut être vite ». Exceptionnellement, la queue pour acheter les billets de métro n'était pas longue. Le vendeur, d'origine japonaise, échangeait les billets contre de l'argent avec une rapidité incroyable.

De l'escalier qui me conduisait au train, je voyais des milliers de personnes qui venaient de débarquer au centre-ville pour travailler. J'étais impressionnée par la marée humaine entrant et sortant à chaque arrêt du système de métro qui n'arrivait plus à absorber le flux incessant des milliers de voyageurs quotidiens.

À 6h45, le métro qui se dirigeait vers la périphérie était presque vide alors qu'en général, le système de transport à São Paulo est chaotique. Cependant, le métro maintient un service comparable à ce qu'on retrouve dans les métropoles du « premier-monde ». La propreté et la sécurité y sont remarquables, et plus d'un demi million de personnes y transitent chaque jour. Ce système de transport compte aussi environ 11 000 autobus qui circulent quotidiennement à São Paulo.

Tableau 3 - Passagers transportés par tramway, auto/autobus, trains, métropolitains et métro : 1987/1993 – Municipalité de São Paulo

Ano	Trolebus e Auto-Ônibus		Trens Metropolitanos ⁽¹⁾		Metrô ⁽²⁾		Total	
	N ^{os} Abs.	%	N ^{os} Abs.	%	N ^{os} Abs.	%	N ^{os} Abs.	%
1987	1 937 867 128	73,3	165 283 712	6,3	539 922 140	20,4	2 643 072 980	100,0
1988	1 922 541 682	73,4	156 892 995	6,0	540 885 851	20,6	2 620 320 528	100,0
1989	2 025 758 079	71,8	160 261 499 ⁽²⁾	5,7	635 166 348	22,5	2 821 185 926	100,0
1990	2 023 602 389	72,6	155 369 400 ⁽²⁾	5,6	609 385 742	21,9	2 788 357 531	100,0
1991	1 875 640 997	69,5	169 633 575 ⁽²⁾	6,3	655 025 854	24,3	2 700 300 426	100,0
1992	1 828 552 370	70,7	132 090 562 ⁽²⁾	5,1	623 944 564	24,1	2 584 587 496	100,0
1993	1 826 057 530	71,4	121 404 508	4,7	608 617 186	23,8	2 556 079 224	100,0

Source : *Metrô*.

Élaboration : EMPLASA, 1995 :352.

Au Brésil, un service est considéré de qualité quand il ressemble aux services offerts dans le « premier-monde ». Le Brésil est né d'une nation-colonie : c'est ainsi que les Brésiliens ont intégré la notion que les produits étrangers sont meilleurs que les produits nationaux. La publicité et les valeurs transmises dans les médias par les dirigeants du pays ont été imposées aux citoyens de telle façon qu'aujourd'hui, les

Brésiliens, en général, se voient comme citoyens du tiers-monde. Plusieurs artistes et intellectuels brésiliens critiquent cette influence du « premier-monde » sur le Brésil.⁶ Dans le wagon du métro, une dame, qui avait un accent du Nordeste du pays, se lamentait du manque d'intérêt du gouvernement à l'endroit des familles défavorisées. Les larmes aux yeux, elle racontait : « J'ai dû rester dans la campagne près de ma famille. En venant à São Paulo, moi et mon mari nous n'avons pas un moment de répit. Les enfants sont souvent seuls à la maison. En plus, mon mari boit de plus en plus. On travaille tout le temps. Je me sens fatiguée. La vie ici est très dure. Dieu m'aidera sûrement, sinon je ne saurais pas quoi faire ».

À partir de la station Sé qui est au coeur du centre-ville, le métro roule sur des rails extérieurs. Je voyais maintenant défiler la ville de São Paulo à une grande vitesse. En allant vers la zone est, les gratte-ciel du centre-ville disparaissent peu à peu. Plus le métro se dirige vers la périphérie, plus la topographie change. Sur des petites collines, j'observais les maisons à deux étages. Peu d'édifices à plus de trois étages faisaient partie du paysage. Les arbres se faufilaient entre les maisons tassées irrégulièrement. Vers la station Patriarca, à mi-chemin du trajet du métro de la région est, j'entrevois des femmes qui se promenaient au milieu de la rue. Plus je m'éloignais du centre, plus les signes de la pauvreté urbaine étaient évidents. Ces signes se manifestaient par les styles de construction de maison. Les façades des commerces dans les rues très achalandées étaient noires à cause de la pollution. Pas de rues asphaltées. Dans ces régions vit une population pauvre. Leur ségrégation est le résultat d'une logique

⁶ Dans son article *Culture, Economic, and Politics in Latin American Social Movements. Theory and Research*, Escobar (1992) constate que « *the depiction of the Third World as "underdeveloped" has been an essential and constitutive element of the globalization of capital in the post-World War II period; perhaps more importantly, a cultural discourse began that not only placed the Third World in a position of inferiority, but that, more clearly and efficiently than ever, subjected it to the "scientific", normalizing action of Western cultural-political technologies - in even more devastating ways than its colonial predecessor* » (p: 166).

typique d'exclusion de la ville de São Paulo où les plus pauvres occupent les résidences précaires dans des quartiers moins salubres de la ville.⁷

Au Brésil, une grande partie de la population n'a pas accès à des services adéquats offerts par la communauté. La classe moyenne qui serait la plus apte à faire plus de pression auprès des gouvernements pour les améliorer, utilise très peu les services publics. Les problèmes de circulation se sont aggravés, les embouteillages, le bruit, la pollution et le manque de places de stationnement affectent l'ensemble de la population.

Vers 7h10, je suis arrivée à la station Arthur Alvim, l'avant-dernier arrêt de la ligne de métro au cœur de la périphérie de la zone est. Des milliers de personnes envahissaient la station. Quand les portes s'ouvraient pour le débarquement, je devais pousser les gens de toutes mes forces afin de me frayer un passage pour quitter le wagon. De là jusqu'à la sortie de la station, soit 15 minutes, je me retrouvais coincée entre le mur et la foule qui se débattait pour accéder au métro. Pendant les heures de pointe, huit à neuf personnes doivent se partager un seul mètre carré de wagon. Les longs trajets dans les transports collectifs bondés deviennent donc une obligation étouffante pour les travailleurs de la périphérie.

Après le métro, je devais prendre un autre autobus. Aux heures de pointe, les autobus transportent jusqu'au double du nombre permis de passagers. Les femmes entassées dans les autobus, le métro et les trains de banlieue, sont souvent la cible de harcèlement sexuel. Plusieurs organismes de femmes au Brésil en sont donc venus à

⁷ La globalisation et les conditions internationales du marché exigent une réduction de l'intervention de l'État et une soumission aux règles de compétition. Ces politiques néolibérales ont stimulé les privatisations en masse des compagnies de l'État. Les ressources obtenues ont servi à éponger les dettes externes et à équilibrer le budget du gouvernement.

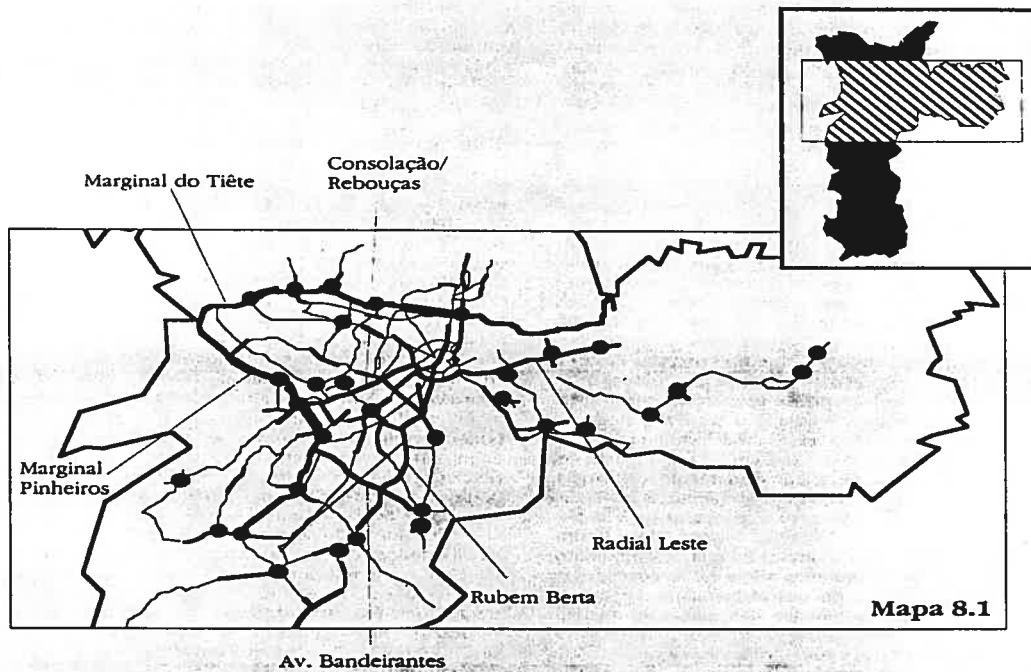
revendiquer un espace réservé aux femmes dans les transports collectifs afin qu'elles ne soient pas quotidiennement exposées à cette épreuve.

Se déplacer dans la ville grâce au transport en commun coûte cher si on considère que le salaire minimum est en dessous de 200 reais par mois.⁸ Assise au fond de l'autobus de la périphérie nommée Parque João Nery, j'observe que les traits physiques des gens sont différents de ceux du centre, leur chevelure est plus foncée et plus crépue. La périphérie a une autre couleur : les résidents sont des Mulâtres ou des Noirs, qui viennent soit du nord-est ou du nord de l'état de Minas Gerais. Cette population fournit la plus grande proportion de main-d'oeuvre non spécialisée du pays.

La périphérie offre peu d'emplois. Ses résidents se retrouvent donc dans l'obligation de se diriger massivement au centre pour travailler. Durant la nuit et pendant les fins de semaine, par contre, la périphérie se peuple davantage alors que le centre-ville reste vide. Ce va-et-vient en masses entre la périphérie et le centre-ville créé forcément des problèmes d'embouteillage majeurs (voir tableau 3, p.28).

⁸ L'équivalent de \$100 dollars canadiens.

Figure 2 - Embouteillage du système routier



- voies principales;
- points critiques d'embouteillage des voies;
- voies congestionnées (matin- après-midi).

Source : *São Paulo : Crise e Mudança*, Préfecture de São Paulo, 1991 :155

Les longues heures qui en découlent et les longs parcours avant et après une journée de travail accentuent la fatigue de ceux qui dépendent du transport en commun. Pour ajouter à ce chaos quotidien, durant la saison des pluies, São Paulo fait face à un grave problème d'inondations destructrices et meurtrières. Les fleuves Pinheiros et Tietê, qui sont très pollués, sortent de leur lit; les égouts de la ville sont parfois bouchés et les files de voitures en transit peuvent s'étendre sur plus de 150 kilomètres.

L'autobus Parque João Nery roulait sur les trois plus importantes artères de la région est, soit l'avenue Aguia de Haia, l'avenue São Miguel et l'avenue Marechal Tito. Dans les bars aux coins des rues, les gens prenaient un café noir ou buvaient un verre de *cachaça*, une boisson typiquement brésilienne faite de canne à sucre. Les façades des magasins n'étaient pas bien entretenues et les rues étaient sales. J'arrivais à ma destination presque trois heures après mon départ du quartier Pinheiros dans la région Sud de la ville.

Le survol rapide d'une carte de la région fut assez révélateur. J'y constatai d'abord la présence considérable d'églises : presque à chaque coin de rue, il y avait des lieux de culte appartenant à différentes dénominations. Par contre, les hôpitaux et les postes de santé étaient presque inexistantes.

Après avoir passé toute la journée dans la périphérie, je prenais le chemin du retour à la maison. Le trafic était complètement arrêté. Au moment de monter dans l'autobus, un vendeur de friandises me suivit. Il présenta ses friandises en soulignant qu'il avait choisi d'être vendeur ambulant plutôt que d'être voleur. Toute la journée, les vendeurs de friandises et de jus colportent leur marchandise d'un autobus à l'autre. Dans le métro, trois trains me sont passés sous le nez avant que je puisse y entrer, poussée par la foule. Autour de moi, les gens s'endormaient : le transport en commun sert de dortoir pour des milliers de travailleurs. Les gens y restent assis pendant des heures, leur tête pendant comme une pendule d'horloge brisée.

Arrivée à la station de métro Sé, je fus littéralement expulsée du wagon par la foule. Tout se passait à une vitesse affolante. Je devais encore prendre un autobus mais, avec l'embouteillage dans les rues, j'ai décidé de marcher une bonne partie du trajet. Parfois, le trajet se fait plus rapidement à pied qu'en véhicule. Étant donné le

coût élevé et l'achalandage intense du système de transport en commun, les *Paulistanos* se voient souvent obligés de marcher (Kowarick, 1993).

Les magnétophones d'auto deviennent des objets indispensables pour les *Paulistanos* qui écoutent de la musique et les nouvelles pour soulager leur névrose causée par le trafic urbain. Les journées très chaudes sont particulièrement pénibles pour les automobilistes dont le véhicule n'est pas équipé d'un système de climatisation : ils ne peuvent laisser les fenêtres ouvertes par crainte des voleurs. D'ailleurs, à chaque arrêt, ils surveillent avec méfiance les personnes qui s'approchent de leur véhicule.

Au cours de mes promenades à São Paulo, j'ai pu remarquer partout la présence de trois entités : les bars, les églises et les pharmacies. Les bars relèvent essentiellement du domaine des hommes alors que les églises et les pharmacies font plutôt partie du quotidien des femmes.

3. Itaim : un quartier périphérique de la zone est

Depuis les 20 dernières années, l'anthropologie urbaine brésilienne a traité la périphérie en tant que thème privilégié. L'anthropologue Eunice Durham (1986-a) soutient qu'alors que l'anthropologie au Brésil s'intéressait auparavant aux thèmes périphériques par rapport aux grands débats de l'arène politique (les Indiens, les Noirs, les marginaux et les pauvres en général), son succès actuel est fortement lié au fait qu'aujourd'hui, les minorités émergent comme de nouveaux acteurs politiques qui revendiquent une participation dans la vie nationale dont ils étaient auparavant exclus.

La périphérie urbaine est le lieu privilégié pour l'étude de l'émergence du contexte culturel qui caractérise le mode d'existence des classes populaires. Ruth Cardoso (1984) indique que « l'expression "classe populaire" fait référence en général à des secteurs sociaux qui se sont appauvris avec le modèle de développement en cours et qui ont été exclus des décisions politiques. Son usage est quasi-métaphorique car elle synthétise l'idée de grands contingents de personnes à faible revenu qui, malgré leur manque de défense, gardent la capacité d'identifier leurs besoins de base et de lutter pour réclamer plus d'égalité » (Cardoso, 1984 : 224).⁹

Comme le souligne Sarti (1996), les quartiers des pauvres se trouvent dans la périphérie. C'est le « carré », c'est leur place dans la ville, comme l'observe Magnani (1992). Ces quartiers sont éloignés, délabrés et mal desservis par les transports et les services publics. La zone est de São Paulo comprend à elle seule environ 3,5 millions d'habitants, plus que plusieurs villes principales du Brésil. Elle a la dimension d'une grande ville, mais elle n'est qu'une agglomération de quartiers-dortoirs.

Le centre de São Paulo est étranglé par la poussée massive des régions périphériques. Les conditions sociosanitaires dans la périphérie sont si précaires que les maisons n'ont pas l'eau courante, les rues ne sont pas pavées et les moyens de transport sont quasi inexistantes. Dans ce désordre, les services de santé sont introuvables. Le manque de ressources à plusieurs niveaux fragilise la santé mentale de toutes les personnes qui résident dans la périphérie de São Paulo. La violence est omniprésente et généralisée et les femmes et enfants en sont devenus les cibles par

⁹ Classes sociales : le débat autour de la notion de « classe » indique la prédisposition politique de chaque auteur. Dans son livre sur la sexualité des Brésiliennes, Muraro (1996) présuppose que le Brésil est un pays capitaliste et la référence au capitalisme est associée aux classes sociales et à l'exploitation des travailleurs.

excellence. En plus de la faim, la privation, la dépression et la violence qui affectent les femmes d'une façon démesurée, l'avortement, l'infanticide et les mortalités maternelles sont autant de facteurs qui mènent à leur détresse psychologique .

La périphérie de São Paulo est aussi le lieu en voie de « créolisation » par excellence au Brésil. On y trouve des migrants régionaux de divers groupes culturels, des Blancs, des Noirs et surtout des Métis. Dans la périphérie se côtoient l'hétérogénéité, la complexité et le métissage des populations pauvres du Brésil qui se sont installées en ville. C'est dans ce contexte qu'émerge un autre facteur important de fragilisation, car les personnes qui proviennent du nord-est du Brésil subissent à São Paulo une discrimination plus forte encore que la population noire. En effet, l'interaction entre les groupes culturels nationaux et les *Paulistanos* est organisée selon la grille hiérarchique des valeurs socioculturelles établie dans cette métropole et s'appuie sur la fabrication de mythes tels celui de la paresse brésilienne qui, d'une part, méprise les travailleurs les plus exploités et d'autre part, les maintient dans une position d'humiliation. À São Paulo, les Noirs, les femmes, les résidents des bidonvilles et des *cortiços*¹⁰ font souvent objets de discrimination et sont considérés « coupables » devant la société en général.

Comme le souligne Amselle, « la culture dominante d'un point de vue spatial détient la faculté d'assigner aux autres cultures leur propre place dans le système, faisant de celles-ci des identités soumises ou déterminées » (1990 : 55).

¹⁰ Le *cortiço* est la modalité plus ancienne d'habitation typique aux classes ouvrières. En général, c'est une vieille maison qui abrite une famille entière dans chacune des chambres et dont les toilettes, la cuisine et l'eau sont partagées par tous les résidents. À part quelques branchements clandestins, il n'y a pas d'électricité.

Le photographe brésilien Salgado démontre parfaitement la condition sous-humaine de vie de la plupart des citoyens qui habitent dans la périphérie de la ville de São Paulo. Après avoir photographié plusieurs camps de réfugiés dans le monde, cet artiste affirme n'avoir jamais vu autant de souffrance et de solitude que dans la périphérie de São Paulo.

La situation économique brésilienne a des répercussions très perverses pour la classe pauvre. Le développement économique à São Paulo a créé un marché informel du travail qui touche presque la moitié de la population économiquement active. Dans les processus d'urbanisation et de métropolisation, la population à bas revenu a adopté des alternatives précaires de résidence. Dans la périphérie de la zone est, on observe une augmentation des *cortiços* et des bidonvilles. Un quart de la population habite dans des immeubles à faible loyer et des milliers d'autres personnes vivent dans des lots clandestins et dans des immeubles illégaux. Selon les données de la Pastorale de la zone est, il y a un grand mouvement des sans-abri qui cherchent à occuper les terrains abandonnés appartenant à la mairie de São Paulo. Quant à Bogus et Wanderley (1992), il voient une relation entre la ville illégale et la ville de pauvreté.

La zone est de São Paulo comprend une grande périphérie. Itaim se trouve dans l'extrémité de la zone est II, à une vingtaine de kilomètres du centre-ville¹¹.

¹¹ La région de zone Est comprend 3,5 millions d'habitants. La région Est I est formée par Belém, Penha, Mooca, Tatuapé, et la région Est II comprend São Miguel, Ermelino Matarazzo, Itaquera, Guaianazes, São Mateus et Itaim Paulista. La division de la zone Est en deux a été faite par l'Archidiocèse de São Paulo. Elle est aussi utilisée dans le milieu académique (de Andrade, 1989).

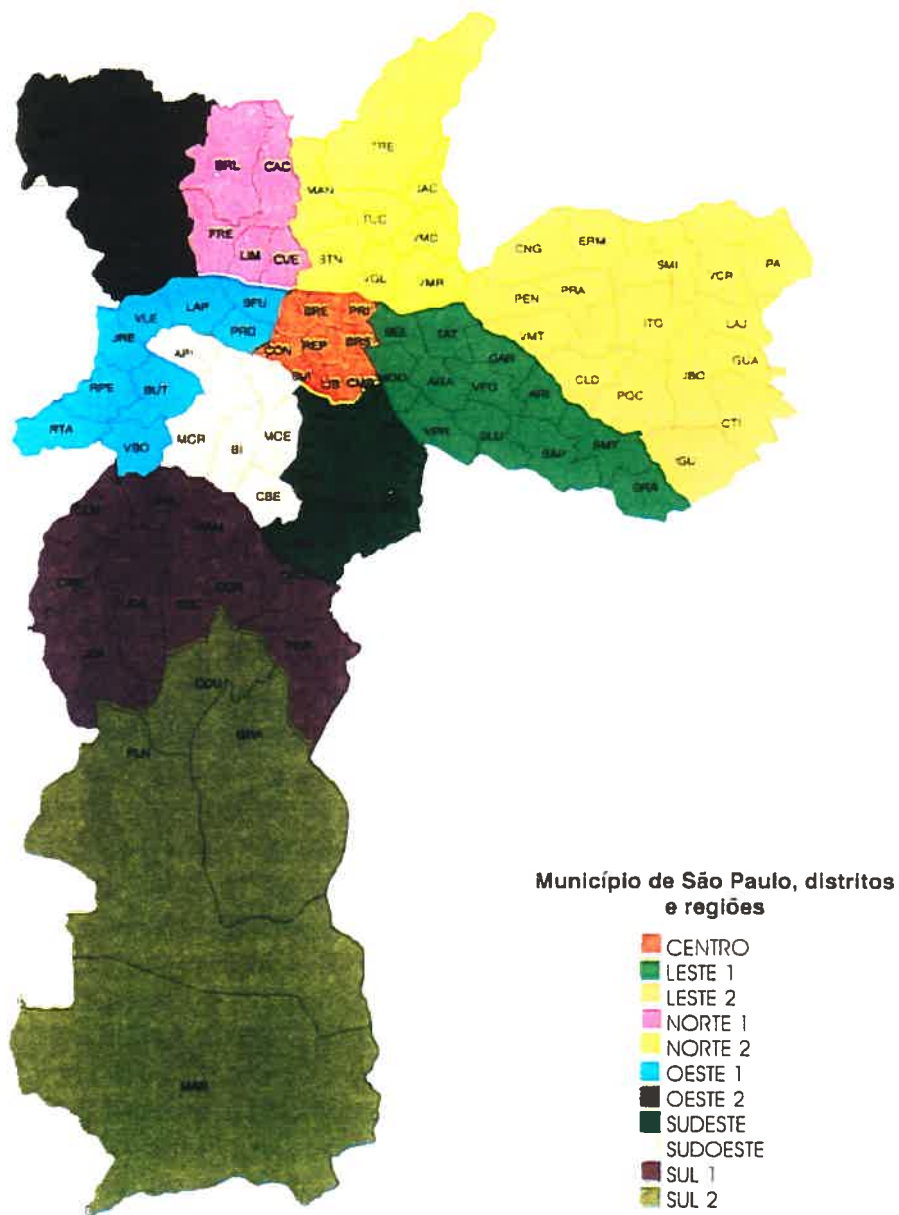


Figure 3 - Municipalité de São Paulo, districts et régions

Source : *Carte de l'exclusion sociale/inclusion sociale de la ville de São Paulo*, Educ-SP, 1995 :14.

La population d'Itaim est constituée principalement de migrants originaires du nord-est et de l'état de Minas Gerais. Les résidents d'Itaim se sont installés dans le quartier grâce à un programme d'aide financière pour l'achat des terrains. Le manque d'égouts, de garderies et de centres hospitaliers, ajouté aux bas salaires, contribue à une détérioration des conditions de vie de la population locale.

La région située près de la voie ferrée est une des plus pauvres. Ici, les bébés naissent avec des déficiences à cause de la malnutrition de leur mère. Il existe huit unités de base de soins de santé : trois de la préfecture et cinq de l'État. Il y a trois gynécologues dans le quartier. Les femmes n'ont pas accès à des examens pré-nataux, ni aucune sorte d'accompagnement post-natal. Dans la ville la plus développée du pays, beaucoup de femmes meurent encore lors de l'accouchement.

4. Violence urbaine et peur collective

La peur a pris possession de la ville : l'insécurité y règne de façon constante. Les femmes sont souvent victimes de petits vols parce qu'elles sont plus vulnérables que les hommes. Et, non seulement les femmes et les personnes âgées sont des cibles de vols pendant la journée, elles ne peuvent plus sortir seules dans les rues la nuit. De plus, il faut toujours avoir dans ses poches un peu d'argent pour donner aux voleurs, sinon ils peuvent devenir dangereux.

Tableau 4 - Taux de crimes violents, selon les types - Municipalité de São Paulo - 1988/93

TYPES DE CRIMES	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Homicide/Tentative	41,6	48,9	48,8	50,6	44,0	50,2
Vol/Tentative	567,0	554,4	662,8	700,6	701,5	750,3
Lésions corporelles						
Fraude	308,9	337,4	305,3	279,2	273,2	289,8
Pillage	2,0	2,8	3,4	3,7	3,1	2,5
Viol/Tentative	16,5	16,5	16,3	16,5	15,1	13,9
Trafic de drogues	8,6	6,2	6,6	10,1	11,0	12,0

Source : Secrétariat d'État de la Sécurité publique in *São Paulo em Perspectiva*, 1995 :76.

Au début de mon séjour, quand je rentrais tard de mes rencontres en périphérie, je devais toujours être très prudente. Dans les autobus, il fallait que j'observe bien les personnes assises près de moi. Au moment de descendre, je devais marcher vite tout en surveillant les alentours. Pendant les six premiers mois de mon séjour à São Paulo, il y a eu quatre vols dans l'édifice où je demeurais. Vivre quotidiennement dans la peur de se faire voler ou tuer laisse les résidents de la ville dans un état constant de tension nerveuse. À São Paulo, la violence dissuade les personnes des classes moyenne et riche de marcher dans les rues. Celles-ci préfèrent les espaces fermés des centres commerciaux, des condominiums fermés et des autos privées, afin de minimiser leurs contacts avec la réalité urbaine menaçante.

Il faut souligner que l'homicide est la cause principale de mort chez les *Paulistanos* de 15 à 17 ans : la plupart de ces jeunes victimes viennent de familles défavorisées. La violence au Brésil est étroitement liée à la structure économique, sociale et culturelle du pays. La crise économique des années 1980 a gravement affecté la vie quotidienne de la population. Selon Kowarick et Campanari, « la violence n'est pas seulement l'affaire des bandits et de la police, mais c'est aussi celle des heures et des heures dépensées dans les transports collectifs, le rythme et la longueur de la journée de travail, la rémunération injuste, les spoliations, les conditions d'habitation et la désaffection des services offerts par l'État » (1994 : 65).

Selon Ianni (1993), le processus de globalisation économique mondiale soutient les hégémonies industrielles et financières de la planète sans assurer les conditions fondamentales de vie, ce qui crée de plus en plus d'exclus. Ce modèle accentue les désastres sociaux et écologiques. Les pressions de l'économie globale exigent un prix très élevé des sociétés qui vivent une des plus criantes situations d'inégalités dans le monde. La misère qui en découle engendre le terrorisme, le trafic de drogues, la corruption, les séquestrations, les homicides, le vandalisme, les petits délits, les crimes violents, ce qui a pour résultat d'entretenir une culture de la peur.

Plusieurs migrants chassés de la campagne par manque de terre à cultiver viennent échouer dans les centres urbains du pays sans parvenir à se trouver du travail. Les exclus abandonnés dans les rues de la ville n'ont d'autre ressource que la mendicité ou la délinquance. Les trottoirs des quartiers « nobles » et de la périphérie sont pleins de ces misérables. Les gamins des quartiers pauvres sont souvent peu alphabétisés, sous-alimentés et inaptes au marché du travail. Ils pratiquent des vols d'autos, de restaurants, de piétons, armés de couteaux, de morceaux de verre ou de roches. Quant à la police, elle est à la fois débordée et hautement corrompue. En cas de vol, les *Paulistanos* savent que les policiers seront les derniers à venir à leur secours.

La violence des opprimés, dans le contexte brésilien, apparaît surtout comme une réaction ou une réponse à la violence institutionnalisée. Dans son analyse sur l'interrelation entre le crime violent, la peur et la ségrégation sociale dans la ville de São Paulo de la fin des années 1980 et du début des années 1990, Caldeira (1992) démontre que le crime violent augmente parallèlement avec la lacune de la police et du système judiciaire à fournir à la population la sécurité et la justice et à inspirer le respect envers les lois. La corruption, déjà scandaleuse sous le gouvernement de Fernando Collor, devient aujourd'hui « endémique ». Et cette crise institutionnelle inspire une démoralisation en lien avec la perte de crédibilité des instances politiques aux yeux de la population. Dans ce contexte, la violence des opprimés apparaît donc surtout comme une réaction à la violence institutionnalisée et la violence familiale devient le reflet fidèle de celle qui exerce son emprise sur l'ensemble du pays.

Dans un débat au réseau de télévision Culture sur « la violence urbaine » le 16 mai 1996, l'anthropologue Alba Zaluar affirme que le manque d'emplois ne cause pas nécessairement la violence, que les pauvres sont des personnes honnêtes, victimes aussi de crimes. Zaluar (1996) voit un rapport direct entre la violence urbaine au Brésil et l'impunité du crime.

Toutefois, dans une entrevue accordée au journal *Fôlha* de São Paulo le 3 juin 1996, le Secrétaire général de la Conférence « Habitat 2 » de 1996 à Istanbul, M. Wally N'dow, souligne clairement que le chômage est un des ingrédients explosifs de la crise urbaine dans le tiers-monde. Il explique que, sans emplois, les villes auront plus de difficultés à résoudre leurs problèmes: le chômage accentue les conditions précaires de logement et mène à la criminalité.

À São Paulo, cette criminalité est en toile de fond. « La vie dans les villes en Amérique latine s'organise autour de la sécurité des riches contre les pauvres », affirme

Augé (1996) dans un discours à Montréal sur les villes. Les *Paulistanos* créent des stratégies de protection : garde privé, nouvelles technologies de surveillance, résidences fortifiées.

Selon Caldeira (1992), l'espace accordé à la couverture de la violence dans les médias contribue à la propagation d'une peur collective. Il est courant de lire dans les journaux la phrase : « Si un voleur s'approche, ne réagis pas ». Les moyens de communication de masse tendent aussi à établir une relation entre la migration et la violence. Caldeira (1992) a souligné que pour une population de la Mooca, un quartier du centre de São Paulo, le portrait du migrant du nord-est correspond au caractère social d'un criminel potentiel.

Jurandir Freire expose les quatre attributs détestables qui composeraient le profil de la culture brésilienne d'aujourd'hui : « le cynisme, la délinquance, la violence et le narcissisme » (1994 : 9). La violence urbaine brésilienne est décrite ainsi par ce psychiatre : « Ici les enfants crèvent de faim ou par les suites de la misère et de l'abandon, ils se transforment en petits voleurs ou en marginaux féroces. Dans la plupart des cas, ce sont des Noirs et, après avoir été bafoués dans les rues et dans les bidonvilles, ils sont tués comme des rats par des gangs d'extermination » (1994 : 102).

5. Omniprésence de l'inégalité

La séparation des classes sociales est très prononcée : les groupes sociaux occupent des espaces sociaux et culturels très différents, de sorte qu'il n'existe pas dans la vie quotidienne de rencontres possibles entre les pauvres et les riches. Une partie des exclus sont encore relégués aux ascenseurs de service tandis que les bourgeois prennent les portes principales dans les édifices des quartiers luxueux. Sans rapprochement des classes, la solidarité se fait dans un sens horizontal et non vertical.

L'entraide entre les Brésiliens se produit davantage entre les membres d'une même classe sociale. Les résidents des quartiers bourgeois de la ville côtoient rarement les populations des espaces périphériques de la ville.

Cette culture élitiste accentue le processus d'exclusion sociale (Sposati *et al.*, 1996).¹² Ce terme est utilisé par les académiciens brésiliens dans les années 1990 pour rendre compte de l'ampleur de la pauvreté. Comme l'affirment ces auteurs, les inégalités sociales, économiques et politiques à la fin du siècle deviennent incompatibles avec les idéaux démocratiques du pays. « L'apartheid social est un nouveau phénomène dans la société brésilienne » (Sposati *et al.*, 1996 : 25).

À São Paulo, l'injustice sociale est évidente. Deux mondes, deux réalités opposées cohabitent dans la ville. La conception de deux Brésil a été explorée dès le XIX^e siècle. Pourtant, selon Durham (1978), cette existence de « deux Brésil » ne dépeint pas la vraie nature du problème. Le capitalisme brésilien aux tendances néolibérales accentue un énorme écart entre la classe riche et la classe pauvre. La perte du pouvoir d'achat, la concentration du profit dans les mains de quelques citoyens, la prolétarianisation de la classe moyenne, la perte d'emplois dans le secteur industriel, le laisser-aller de l'économie informelle, démontrent le déséquilibre social de la société brésilienne.

¹² Sposati *et al.* (1996) expliquent que « l'exclusion sociale est l'impossibilité de partage de la société, du refus, de l'abandon et de l'expulsion avec violence d'une grande partie de la population. C'est une logique qui dépasse le plan individuel, elle est présente dans les différentes formes de relations économiques, sociales, culturelles et politiques de la société brésilienne » (1996 : 13).

Malgré l'amélioration dans la distribution des revenus au Brésil entre 1989 et 1993, l'inégalité sociale est encore omniprésente. Un rapport de l'ONU constate que la concentration des revenus au Brésil est une des plus marquées au monde : le revenu moyen des 10 % plus riches est 30 fois plus élevé que le revenu moyen des 40 % plus pauvres (Salomon, 1996).

L'exclusion sociale, culturelle, économique et politique est causée par l'impossibilité d'accéder à des conditions de vie décentes. Une grande partie de la population brésilienne est privée des droits fondamentaux de l'existence comme l'habitation, la santé, l'éducation, les loisirs, etc. Les inégalités sociales au Brésil ne sont pas seulement une question de classe sociale, elles sont liées aussi à un problème de racisme (Sant'anna, 1994), alors que Noirs forment la majorité de la classe la plus pauvre.

Dans le processus d'urbanisation et de métropolisation, la population à bas revenu a adopté des alternatives de résidences précaires comme les *cortiços* ou une baraque dans les bidonvilles. Les vrais exclus vivent dans les rues et avenues, dans les places publiques, dans les terrains abandonnés, dans les ruelles et aussi sous les ponts. À São Paulo, les déchets entassés dans les rues reflètent la saleté, la promiscuité, la misère sociale qui règnent dans la ville.



Figure 4 - Cortiço – photo Marik Boudreau

Le système social au Brésil est très injuste : les trois paliers du gouvernement dépensent moins dans les programmes sociaux pour les plus pauvres, qui constituent la majorité de la population brésilienne, que pour les plus riches. Dans le cas de l'éducation, ce déséquilibre saute aux yeux. L'enseignement de base devrait être une priorité nationale. Pourtant, le gouvernement dépense plus de la moitié de son budget dans l'enseignement supérieur. Cependant, on sait que c'est le secteur élémentaire qui garantira l'avenir du pays. Dans le secteur de la santé, l'injustice est du même ordre : les ressources financières publiques aident plus les hôpitaux privés que publics. La classe moyenne et la classe riche monopolisent les politiques gouvernementales et tirent profit de cette situation.

L'inégalité entre les citoyens brésiliens est à l'origine chez eux d'un sentiment d'intolérance, de discrimination et de ségrégation. Aujourd'hui, les énormes disparités sociales font partie intégrante du quotidien des gens et elles deviennent une entrave au développement du pays.

Le fait d'habiter dans un pays tropical où la chaleur est écrasante, surtout pendant les mois d'été, oblige les travailleurs brésiliens à diminuer leur rythme de travail. Souvent ce ralentissement est synonyme de paresse.

L'inégalité résulte également d'une économie globale où une grande partie des ressources financières et naturelles des pays en voie de développement vont vers les pays développés pour paiement de la dette extérieure ou de services. Selon da Matta (1978), l'adage du pays « Vous savez avec qui vous êtes en train de parler? » démontre que la société brésilienne est dépendante, coloniale et périphérique.

6. Richesse culturelle

*« Alguma coisa acontece no meu coração
que só quando cruza a Ipiranga e a avenida
São João » (chanson de Caetano Veloso).*

Caetano Veloso, un chanteur brésilien originaire de Bahia, un état du nord-est du Brésil, fait un portrait des visages de São Paulo dans sa chanson connue intitulée « *Sampa* ». Cet artiste qui a vécu quelques années à São Paulo en exprime les dimensions parfois tragiques et touchantes. Il décrit la ville faite de béton, où la force de l'argent est capable de détruire la beauté. Pourtant au milieu de la fumée et de la violence, cette métropole ne le laisse pas indifférent : « Il y a quelque chose aussi qui arrive dans mon cœur quand je croise l'Ipiranga et l'avenue São João ».

La musique fait partie du quotidien du peuple brésilien. Les spectacles musicaux à São Paulo sont une manifestation culturelle très riche. Par le biais de la musique, les Brésiliens honorent ce que certains anthropologues comme Darcy Ribeiro (1985) appellent le rêve du métissage de la population brésilienne, soit la blanche, la noire et l'autochtone.

São Paulo, trop vaste, complexe et paradoxale, ne peut pas être saisie au premier regard. Les facteurs négatifs du quotidien de cette métropole sont alors plus frappants que les facteurs positifs. Il faut y demeurer longtemps pour comprendre la ville. Comme le souligne Magnani (1992), il faut la regarder selon plusieurs points de vue et savoir varier les angles. C'est au milieu du chaos que les *Paulistanos* l'aiment, eux qui en décrivent souvent avec fierté la richesse culturelle.

La vie culturelle de la région sud-ouest de São Paulo, où habitent les classes qui ont un grand pouvoir d'achat, est très riche. Les théâtres et les cinémas proposent une programmation d'art contemporain très variée. Les restaurants à São Paulo sont très connus pour leur qualité gastronomique et pour leur diversité ethnique culinaire (grecque, italienne, arabe, chinoise, japonaise et autres). La ville est en action 24 heures par jour. Tous les artistes de renommée nationale et internationale font des présentations dans les nombreuses maisons de spectacles de la ville.

São Paulo est la capitale de la consommation. On y retrouve énormément de panneaux publicitaires. Le *Paulistano* peut tout se procurer dans les commerces luxueux de la région centrale ou dans les milliers de kiosques des vendeurs ambulants.

São Paulo affiche aussi de multiples visages qui vont de la beauté à la laideur comme du rêve à la tristesse. La ville accueille des immigrants du monde entier ainsi que des migrants de tout le pays. Son caractère cosmopolite lui donne une richesse et une diversité culturelle unique.

Conclusion

J'ai décrit, dans ce chapitre, les différents aspects qui caractérisent la ville de São Paulo. Une description dense a permis de cerner le contexte socio-économique et culturel de cette grande métropole. J'ai surtout voulu mettre en évidence le contraste alarmant entre les réalités du centre et des périphéries qui fait régner un climat de tension.

Les crises économiques brésiliennes du siècle dernier ont été marquées par une escalade de la misère et de la violence. Et les grandes centres urbains comme São Paulo sont devenus des foyers de peur et d'insécurité. Ce contexte urbain complexe, avec ses

difficultés et problèmes socio-économiques, a un impact sur les conditions de vie des femmes de milieu populaire et, par conséquence, sur leur vie émotionnelle.

CHAPITRE II - LES CONDITIONS DE VIE DES FEMMES DE MILIEU POPULAIRE

Introduction

L'action des femmes se trouve délimitée par les déterminismes sociaux auxquels elles sont assujetties. Comme le suggère Bourdieu,

L'histoire de l'individu n'étant jamais qu'une certaine spécification de l'histoire collective de son groupe ou de sa classe, on peut voir dans les systèmes de dispositions individuels des *variantes structurales* de l'habitus de groupe de classe (...) le style « personnel », c'est-à-dire cette marque particulière que portent tous les produits d'un même habitus, pratiques ou oeuvres, n'est jamais qu'un *écart*, lui-même réglé et parfois même codifié, par rapport au *style* propre à une époque ou à une classe (...) (1972 : 189).

Dans la périphérie, les résidentes partagent les mêmes conditions de vie et les mêmes problèmes quotidiens : ces expériences en commun leur confèrent une identité propre (Sarti, 1996). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reconnaît qu'il existe une relation entre les conditions sociales de vie et l'éclosion des problèmes de santé mentale (Sartorius, 1978). À la recherche d'un possible lien entre les conditions de vie des femmes et l'émergence à différents degrés de leur souffrance psychologique, je vise dans ce chapitre, à présenter les caractéristiques socio-culturelles des femmes de la périphérie.

1. Mouvement migratoire

Surrounding the city of São Paulo live 4 million northeasterners. It's a protein belt, because we're a race that survived for 12 generations. We've survived on beans and manioc flower. This way, our brain, in a sophisticated genetic experiment sponsored by this rigorous diet has hibernated for 4 centuries. But enough of that! (Tom Zè, 1990)

Avant de présenter les conditions de vie des femmes de la périphérie, je vais me référer brièvement au mouvement migratoire interne du pays qui est un phénomène lié directement à la croissance de la périphérie urbaine.

Dans son livre intitulé *A caminho da cidade*, Durham (1978) fait une analyse des transformations socio-économiques perçues au niveau de la structure nationale. Selon cet auteur, l'industrialisation et l'urbanisation entraînent de grandes transformations structurales, mais le transfert des populations des centres ruraux plus traditionnels et plus pauvres dans les grands centres urbains provoque des transformations encore plus importantes. Les migrants ruraux se dispersent dans la population; ils ne peuvent donc pas être étudiés comme classes ou groupes sociaux et à peine comme catégories de personnes.¹

Le développement accru de plusieurs secteurs concentrés autour de São Paulo a créé, d'une part, une dépendance économique des autres régions du pays envers cette ville et, d'autre part, a forcé, à partir des années 1930, une migration massive des régions vers le centre urbain de São Paulo.

La trajectoire migratoire va exercer une influence dans le quotidien des femmes. Partagées entre les valeurs rurales et urbaines, les femmes doivent faire face à une série de changements comme le climat, la nourriture, la recherche de travail et la violence. L'accomplissement des activités nécessaires à la survie quotidienne se fera à travers l'expérience propre à chacune.

¹ Au Brésil, ce phénomène migratoire urbain caractéristique de la société contemporaine a été largement étudié par les anthropologues, sociologues, géographes et économistes.

Pour les femmes qui viennent d'ailleurs, la ville de São Paulo est perçue comme offrant la possibilité de réaliser un projet de vie à travers la quête d'un emploi stable, de sa propre maison et de l'accès à l'école et aux services de santé. Sarti (1996) fait référence à une mobilité sociale et à la disponibilité de services inexistantes dans leur lieu d'origine, surtout en lien avec les opportunités de travail, la consommation et l'éducation des enfants. Mais ce rêve n'est pas toujours réalisable dû aux inégalités des ressources offertes.

São Paulo est le lieu de toutes les promesses et de toutes les déceptions. La recherche de Clemente (1993) sur le vécu des femmes du nord-est dans la zone est de la région métropolitaine de São Paulo indique que les femmes trouvent que la ville offre de meilleures possibilités de travail, donc de meilleures conditions de vie mais, parallèlement à cette amélioration, les femmes vivent avec un sentiment de peur généré par la ville.

Avant d'arriver dans la région métropolitaine, le migrant cherche d'abord du travail, mais au-delà du travail, il fait face à des problèmes de logements qui sont chers et rares. La surconcentration des populations locales dans les zones centrales de São Paulo force la population venant d'ailleurs à se cantonner dans la périphérie. L'écart croissant entre le centre et la périphérie met inévitablement en doute la notion de progrès sur laquelle la modernité est basée.

À partir des années 1980, la région métropolitaine de São Paulo a connu un rythme de croissance moins élevé. On assiste à une déconcentration du pouvoir économique vers les régions périphériques de la métropole. Le recensement de 1991 indique une baisse dans le mouvement migratoire. La population s'est redistribuée, à partir de la région métropolitaine de São Paulo vers l'intérieur. São Paulo est devenue un pont de passage pour une bonne partie de la population migrante. Par contre, les

villes de petite et moyenne taille ont connu une croissance significative (Martine, 1993).

Selon Sposati *et al.* (1996), une des causes les plus remarquées de l'exclusion sociale a été le mouvement migratoire. Le rêve de la grande ville pousse les gens à quitter leur famille, leur communauté pour se retrouver dans un état de marginalisation dans les centres urbains. À São Paulo, le migrant fait de plus en plus face à une société complexe, hautement violente, où l'intégration est difficile. Muraro (1996) présente le point de vue d'un migrant sur São Paulo : « Je vois un bordel, aucun progrès. On voit seulement des choses bizarres, personne mais personne ne prend soin de personne. Un mépris pour le migrant. Ils (les *Paulistanos*) n'accueillent pas bien les gens » (Muraro, 1996 : 265).

Comme processus social, la migration s'appuie sur un réseau de relations basées sur la famille et sur le voisinage (Sarti, 1994). L'ascension sociale du migrant est associée à un « projet de consommation ». Durham (1978) fait ressortir l'importance de la position du groupe familial comme unité de consommation. Comme pour Salem (1981), le solde positif en relation avec la migration est lié à l'augmentation du niveau de consommation et à la plus grande scolarisation des enfants.

Dans la ville, les femmes gardent beaucoup de leurs valeurs du Nordeste ou de Minas, mais elles se voient tout de même obligées de modifier leur mode de vie, leur façon de subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs enfants. Sarti (1994) souligne que la grande ville pousse les femmes à transformer leurs ressources symboliques afin de se construire une nouvelle identité.

2. Lieu de résidence

Les femmes de la périphérie se disent pauvres mais honnêtes et travailleuses (Sarti, 1996).² C'est dans la périphérie que se concentre la population pauvre de la métropole São Paulo. Les quartiers y sont moins desservis par le transport public et les services en commun sont situés très loin du cœur de la ville. Comme l'a observé Magnani (1984), la périphérie c'est le « carré » (*pedaço*) des pauvres, c'est une des places qui leur sont laissées.

La population pauvre au Brésil³ a des problèmes d'alimentation, de logement, de santé, de transport, d'emploi, etc. Ces problèmes vont affecter les conditions de vie d'une grande partie de la population en causant de la violence, de la misère, une augmentation de la mortalité maternelle et infantile ainsi que des conflits sociaux, étant donné la forte discrimination sexuelle et raciale. Le tableau 5 présente les indicateurs de qualité de vie des populations à faible revenu et les disparités entre quartiers de São Paulo.

² Selon Sarti (1996), « les diverses catégories qui différencient les pauvres sont des axes classificatoires distincts qui répondent à une logique d'opposition, de sorte à faire correspondre un mécanisme structurel de construction de ses représentations et de son identité sociale » (1996 : 109). « Être pauvre (...) c'est une condition sociale qui se définit par l'adhésion à un code moral distinct » (Sarti; 1996 : 104).

³ Barroso (1986) souligne que selon plusieurs sources officielles, les pourcentages des personnes pauvres s'établissent plus ou moins à 52,6 % des familles, 55,3 % de la population ou 64,7 % de la population économiquement active.

Tableau 5 - Municipalité de São Paulo - Population à faible revenu et indicateurs de qualité de vie, par district et sous-district
(groupe de sous-district; population de 0-8 salaire minimum (%); eau; égout; mortalité infantile; éducation de premier niveau)

Grupos de Subdistritos	População de 0 a 8 salários mínimos (%)	Água (%)	Esgoto (%)	Mortalidade Infantil (°)	Educação de Primeiro Grau
Grupo 4 - 41 a 50%					
Tucuruvi	41,1	90,0	33,0	39,3	119,9
Vila Maria	41,3	80,0	63,0	33,6	96,5
Liberdade	41,4	100,0	100,0	43,2	105,4
Sé	42,3	100,0	100,0	33,5	166,7
Vila Prudente	42,3	96,0	92,0	46,7	119,5
Penha	43,3	97,0	86,0	25,5	111,5
Vila Jaguará	43,3	70,0	62,0	-	68,8
Bom Retiro	43,6	100,0	100,0	43,6	116,8
Cangaíba	44,0	100,0	30,0	31,5	94,8
Pirituba	44,5	57,0	33,0	19,5	98,4
Santa Ifigênia	44,9	100,0	94,0	35,4	102,7
Nossa Senhora do Ó	45,2	92,0	92,0	33,0	93,6
Limão	45,4	92,0	87,0	49,6	86,7
Vila Formosa	47,2	100,0	67,0	32,4	90,7
Vila Nova Cachoeirinha	47,2	100,0	100,0	9,2	117,6
Subtotal	43,0	88,0	77,0	34,0	97,0
Grupo 5 - 51 a 60%					
Brás	51,0	100,0	100,0	23,9	108,4
Itaquera	52,1	88,0	10,0	34,0	76,1
Jabaquara	52,6	100,0	94,0	32,0	79,8
Vila Matilde	53,4	83,0	27,0	62,2	83,7
Ermelino Matarazzo	56,5	80,0	12,0	65,3	74,0
Brasilândia	56,9	88,0	36,0	63,0	69,5
São Mateus	57,4	60,0	14,0	-	64,1
São Miguel Paulista	59,2	74,0	39,0	31,6	82,7
Capela do Socorro	60,2	52,0	27,0	-	68,3
Subtotal	56,6	65,1	30,0	44,6	74,0
Grupo 6 - 61% e mais					
Guaianazes	61,0	71,0	7,0	57,7	109,2
Campo Limpo	62,7	-	-	-	-
Jaraguá	62,9	63,0	15,0	59,2	85,5
Parelheiros	63,8	83,0	-	24,2	75,6
Sapopemba	64,1	93,0	18,0	-	71,2
Itaim Paulista	68,2	72,0	11,0	75,9	75,1
Perus	75,9	67,0	-	49,4	88,7
Subtotal	64,1	74,0	11,0	53,3	84,2
Total do Município	44,8	81,0	54,0	36,2	86,9

Source : *São Paulo : Crise e Mudança*, Préfecture de São Paulo, 1991:67.

La misère augmente excessivement chez les femmes noires. Les familles noires vivent une désagrégation constante causée par l'insécurité due au manque d'emploi. La présidente du Geledès Institut de la femme noire à São Paulo, Carneiro (1994) signale que les femmes noires n'ont presque pas d'instruction, qu'elles présentent un haut taux d'analphabétisme et qu'elles n'ont pas de qualifications professionnelles.

Dans les familles pauvres, quand les femmes sont chefs de famille, les conditions de perpétuation de la misère sont davantage présentes que chez celles dont le chef est un homme. Ces femmes subissent une double discrimination, parce qu'elles sont pauvres et qu'elles sont seules. Le cumul des tâches, comme prendre soin des enfants, travailler, effectuer les tâches domestiques, détériore significativement leur qualité de vie. La situation des femmes noires chefs de famille est encore plus dramatique (Carneiro et Santos, 1985).

Comme l'affirme Sarti, « la femme résidente du Jardim das Camélias vit la double dimension de genre et de classe » (1994 : 170). Pour Salem (1981), les femmes des bidonvilles ont des traits communs qui se concrétisent dans une double détermination, soit celle de la classe et celle du genre.

Dans les années 1970, la population pauvre a été déplacée dans les périphéries de la ville, laissant le centre à l'abri des problèmes qui touchent la qualité de vie de la population. Ce mouvement est appelé périphérisation (Kowarick *et al.*, 1994: 32). La spéculation immobilière préservait les régions centrales et la classe ouvrière se voyait expulsée vers les régions périphériques sans infrastructures adéquates et très loin du lieu de travail.

Cette ségrégation résidentielle est fortement associée aux effets du marché immobilier et de l'action de l'État qui en bénéficie beaucoup. Après la Deuxième Guerre mondiale, les terrains résidentiels à vendre à São Paulo se trouvent dans les quartiers où les rues sont irrégulières, mal éclairées et où les services d'eau et d'égouts sont inexistants.

La résidence représente un élément important de survie et d'identité sociale pour les gens de la périphérie. (Sarti, 1994). La maison occupe un espace d'intimité, où les relations sont plus personnalisées que dans la rue. C'est dans la maison que les femmes vont pouvoir s'exprimer plus librement (Sarti, 1996). La résidence représente un élément important de survie et d'identité sociale pour les gens de la périphérie (Sarti, 1994). La famille nucléaire qui vit dans la périphérie aspire au mariage, aux enfants et à la propriété (Sarti, 1994).

La réalisation du rêve de devenir propriétaire constitue un projet central dans l'existence des travailleurs qui se sont établis dans la ville (Durham, 1978; Caldeira, 1984; Sarti, 1985). Ce rêve d'obtenir une propriété est associé à une amélioration du niveau de vie.⁴

Les terrains achetés à crédit sont très éloignés du lieu de travail. En s'appropriant un terrain, les travailleurs visent à ne pas payer de loyer. Pour pouvoir terminer la construction de la maison, les propriétaires louent une partie de la maison à une autre personne de la famille. La plupart des résidents de la périphérie déclarent n'avoir jamais utilisé de main-d'œuvre rémunérée pour la construction de leur maison. « Ces maisons sont fabriquées avec des techniques rudimentaires, après les

⁴ Le processus d'achat d'un terrain et de construction de la maison a déjà été amplement analysé par les spécialistes en sciences sociales.

longues journées de travail ou dans les périodes des vacances » (Kowarick et Bonduki, 1994 : 161).



Figure 5 - Périphérie de São Paulo, photo Marik Boudreau

Les maisons sont construites dans des emplacements populaires souvent clandestins. Beaucoup de propriétaires n'ont pas de papiers notariés qui légalisent l'achat du terrain : la majorité se disent propriétaires parce qu'ils y ont construit leur maison. Il y a plus de propriétaires dans la périphérie que dans le centre-ville. Par contre, les maisons de la périphérie offrent nettement moins de confort : souvent, elles n'ont pas de toilette à l'intérieur, comptent peu de chambres et abritent plus de monde (Canevacci, 1993).

Les maisons semblent avoir des formes organiques : en effet, la maisonnée s'étend au fur à mesure que la famille grandit ou qu'un nouveau parent arrive en ville. Il y a un mouvement constant. Au départ, l'important c'est de construire quatre murs et un toit et de délimiter le terrain avec une clôture. Sur un même terrain, il peut

se construire deux maisons ou plus : à la première s'ajoute celle d'un autre membre de la famille dans le fond du terrain, puis une troisième sera bâtie sur le toit de la première ou de la deuxième.

Sarti (1994) souligne que l'urgence de bâtir un toit et le rythme fragmenté de la construction donnent aux résidences un air inachevé. Sans compter que d'autres pièces sont ajoutées selon les besoins de chaque famille. Les matériaux utilisés sont de qualité inférieure : ils demandent donc des réparations constantes.

Selon une recherche à domicile effectuée par Cohn *et al.* (1991), pour les résidents de la périphérie, avoir une bonne santé est associé à une meilleure condition de vie : avoir de l'eau potable, un travail, une bonne habitation, une bonne alimentation, des services d'égouts et ne pas subir d'inondations.

Les problèmes d'eau, de salubrité et de violence affectent la santé de la population. La mauvaise qualité de matériaux employés dans la construction des maisons et des baraques cause aussi certains problèmes de santé : « les courants d'air froid, les trous dans la construction, le plancher non isolé, les infiltrations d'eau et le manque de ventilation sont les principales causes de bronchites, gripes et pneumonies » (Cohn, 1991:49). Un autre problème présenté par les résidents est celui de l'absence de collecte de déchets : leur accumulation dans les rues augmente les risques de maladie. Et lorsque les ordures sont jetées dans les rivières et les fleuves, elles bouchent les égouts, causant des inondations désastreuses dans la périphérie.

À partir des années 1980, il y a une augmentation considérable des bidonvilles dans la périphérie. La récession, le chômage, la pauvreté et la baisse des revenus sont des éléments structuraux de cette décennie. Les bidonvilles occupent des régions à

risque, à côté des petits courants d'eau dans les terrains en déclinaison assujettis aux inondations et aux éboulements. Elles constituent une forme extrêmement précaire de résidence.

3. Portrait de famille

La famille est un élément de base important de l'organisation du mode de vie des classes populaires. Elle apparaît comme une unité de consommation et un lieu de division sexuelle du travail. La position que la femme occupe dans la structure patriarcale de la famille brésilienne doit être décrite avec précision si l'on veut comprendre les conditions d'émergence des problèmes spécifiques aux femmes (Durham, 1991).

La difficulté de définir un modèle caractéristique de la famille en Amérique latine soulève trois problèmes : « premièrement des exceptions au modèle familial; deuxièmement l'émergence des formules alternatives; et finalement la disparition de l'institution comme telle » (Durham, 1991 : 55). Soulignons que les exceptions n'impliquent pas pour autant un refus du modèle nucléaire. Dans plusieurs sociétés, les règles sont rarement respectées, laissant des espaces pour l'incorporation d'un grand nombre d'exceptions.

Comme l'affirme l'anthropologue brésilienne Goldani (1993), la famille au Brésil vit plusieurs changements, mais elle n'a pas encore été remplacée par d'autres institutions et n'est pas non plus en déclin. Selon cette auteure, différents modèles de famille émergent dans les centres urbains. Notons, par exemple, que le pourcentage des familles monoparentales a doublé dans les trois dernières décennies, mais que le modèle de famille dans les couches les plus pauvres du Brésil n'est pas celui de la famille monoparentale (Goldani, 1993).

Culturellement, la catégorie famille dans la société brésilienne est constituée selon le modèle de la famille nucléaire, soit le mari, la femme et les enfants.⁵ Les études de Durham démontrent que la famille représente pour le migrant le centre de son univers culturel (1978), et que les familles des travailleurs urbains choisissent souvent le modèle conjugal nucléaire (1983).

Parallèlement au modèle nucléaire, se présentent des modèles très variés : des groupes domestiques plus larges que la famille nucléaire; des couples sans enfants ou des adultes sœurs ou frères célibataires, souligne Durham (1991). Dans le cas de la périphérie, ce sont les familles monoparentales qui prédominent, constituées de la mère et ses enfants.

La structure de la famille, sa taille et son organisation interne sont liées aux conditions précaires de vie dans la périphérie des villes (Goldani, 1993). En Amérique latine, la famille consiste en un groupe de base de solidarité, de cohabitation et de structure à l'intérieur de la vie privée (Durham, 1980).

La question de réciprocité et de hiérarchie discutée dans les études anthropologiques a mis l'accent sur les principes organisateurs de la famille et de la relation homme-femme (Durham, 1978; Salem, 1981; Duarte, 1986; Sarti, 1989). La représentation de la famille est différente selon les groupes sociaux. Bilac (1995)

⁵ La famille est expliquée à partir de l'idée que la vie sociale est organisée à travers des règles culturellement élaborées, et les groupes sociaux devraient être vus comme des structures qui utilisent des modèles culturels afin de résoudre des problèmes liés à la vie collective, affirme Durham (1991). L'auteur s'appuie sur Geertz : « *cultural patterns have an intrinsic double aspect: they give meaning, that is, objective conceptual form, to social and psychological reality both by shaping themselves to it and by shaping it to themselves* » (Geertz, 1973: 9).

affirme que, dans les familles de classe moyenne, la logique de l'individualisme remplace celle de la solidarité qui caractérise les familles de couche populaire.⁶

Sarti (1996) souligne que, dans règles implicites de convivialité quotidienne des familles pauvres au Brésil, on constate une délimitation de la hiérarchie entre l'homme et la femme et entre les adultes et les enfants. Ce modèle de structure patriarcale octroie à l'homme un rôle d'autorité dans la famille, ce que comme travailleur et pauvre, il n'a pas dans la rue.

⁶ La recherche anthropologique présente la coexistence en toutes sociétés humaines de deux ordres d'identité, l'une hiérarchique et l'autre individualiste. La notion d'égalité comme valeur fait partie d'un système de représentations qui se nomme individualisme (Dumont et Lévi-Strauss). Comme Dumont, da Matta affirme « que dans la notion de l'individu est impliquée aussi la notion du social. La notion de l'individu peut être posée en contraste avec l'idée de personne (aussi une construction sociale), qu'exprime un autre aspect de la réalité humaine » (1978 : 180). La notion de personne peut être un versant collectif de l'individualité, un masque qui est placé sur l'individu (lignage, famille, association, église, club, etc.) qui de cette manière se transforme en être social (da Matta, 1978 : 182). Le masque social est constitué de signaux sociaux qui sont souvent marqués par une idéologie complémentaire et fondée dans la réciprocité.

D'autres auteurs, comme Lamphere (1974) et Fonseca (1992) remettent en question cette notion de complémentarité des rôles sexuels. Selon Lamphere (1974), la division sexuelle du travail est construite autour d'une tendance universelle à séparer la vie sociale en une sphère publique/masculine-politique/guerrière et une sphère féminine/domestique/privée liée au monde de la reproduction et au maternage (garde des enfants). Pour Fonseca (1992), la dichotomie entre femme/maison et homme/rue s'applique plus à la séparation des espaces féminins et masculins dans la famille bourgeoise du XIX^e siècle. Dans le quartier populaire de Porto Alegre, les jeunes hommes sans emploi et les retraités sont aussi présents dans le quartier, dans les bars, aux coins des rues qu'à l'intérieur de la maison (Fonseca, 1992).

C'est dans son rôle de mère que la femme de classe populaire peut exercer son autorité dans la famille. Chodorow (1978) démontre que le désir de mater, un sentiment culturellement acquis, ne réfère pas seulement à la procréation, mais comprend la reproduction des normes culturelles de la famille nucléaire avec sa division basée sur le sexe. Les mères éduquent les filles à devenir de futures mères, des femmes d'intérieur, tandis que les fils sont préparés pour le travail, pour le monde extérieur. Cette socialisation est déterminante dans les traits psychologiques différentiels de l'homme et de la femme. La maternité devient essentielle pour définir la place spécifique que la femme occupe dans le monde social. La maternité constitue un élément important dans la construction de l'identité sociale de la femme (Sarti, 1994 et Duarte, 1986) et délimite aussi son identité de genre (Sarti, 1989).

4. Marché du travail

Le marché du travail traite les femmes de manière injuste. Les emplois traditionnellement féminins ne sont pas bien rémunérés. En général, les travailleuses se concentrent dans quelques catégories d'emplois, soit le secteur public de la santé

et de l'éducation, les emplois de bureau, les services et la vente. Pour la même formation et la même expérience, l'écart salarial entre les hommes et les femmes est justifié à partir de critères d'ordre sexuel. La majorité des femmes occupent des emplois précaires et à temps partiel où elles sont peu protégées par les lois du travail. Et, de plus en plus, les femmes prennent soin de leurs proches malades ou sans emploi, sans que ce travail soit valorisé économiquement.

Durham suppose que « des conditions de vie pareilles sont à l'origine des caractéristiques culturelles propres » (1986 : 84). La population de la périphérie qui s'intègre dans un marché du travail mal rémunéré est hétérogène : on y rencontre des travailleuses et travailleurs autonomes, des vendeurs ambulants, des femmes de ménage. Par contre, les valeurs, les habitudes, les goûts et les aspirations de cette population sont homogènes.⁷

Au Brésil, plusieurs études (Bruschini, 1985; Sarti, 1985 et autres) ont décrit les différentes formes de participation de l'homme et de la femme au marché de l'emploi. Selon ces études, l'organisation du travail s'appuie sur une division sexuelle qui est à la base de la subordination de la femme à l'homme.⁸

L'entrée de la femme sur le marché du travail coïncide avec l'industrialisation et l'urbanisation. Au Brésil, les femmes arrivent massivement sur le marché du travail dans les secteurs qui sont considérés comme le prolongement de leurs responsabilités

⁷ En relation à l'hétérogénéité/homogénéité de la population de la périphérie, les scientifiques sociaux, surtout les anthropologues, trouvent plus adéquat d'utiliser le terme « classes populaires » pour indiquer l'appartenance aux classes sociales.

⁸ Dans la recherche de leur identité, à travers le temps et selon les sociétés, les femmes affrontent une règle constante qui est celle de la soumission et de la subordination (Heilborn *et al.*, 1981). Dans toutes les cultures, la femme est considérée inférieure à l'homme tant sur le plan symbolique qu'en termes de pouvoir effectif. La phrase célèbre « on ne naît pas femme, on devient femme » de Simone de Beauvoir (1974) remet en question le caractère inné de la nature féminine.

familiales traditionnelles : la couture, la cuisine, le service domestique, l'infirmierie, l'alimentation, l'éducation et les soins de santé.

À partir de 1970 et principalement dans les années 1980, les femmes brésiliennes sont rentrées en plus grand nombre sur le marché du travail dans différents secteurs de l'activité économique. Puis dans les années 1990, l'entrée sur le marché du travail des femmes de 40 et 50 ans constitue un changement important dans le profil de la force de travail féminine (Bruschini, 1994). Cette tendance indique que ce sont les femmes mariées d'âge moyen qui s'engagent à faire face aux difficultés liées à leur double obligation, professionnelle et familiale.

Selon de Melo (1985), au Brésil, le thème du travail salarié est « au centre des relations de classe ». Les femmes de classes moyenne et riche ont plus de choix et d'ouvertures sur le marché du travail. Mieux éduquées, ces femmes peuvent obtenir un travail plus qualifié, plus payant et, en bout de ligne, plus satisfaisant. Quant aux femmes des classes populaires, à cause de leur manque de formation et d'expérience professionnelles, elles en sont réduites à effectuer des travaux domestiques pour les familles les plus aisées.

Le travail salarié féminin a toujours gardé un rôle de complémentarité pour soutenir le revenu familial (Sarti, 1996). Ceci dit, l'entrée de la femme sur le marché du travail engendre plusieurs conséquences puisqu'elle doit combiner son travail à l'extérieur avec sa vie de mère et d'épouse. Or le milieu du travail n'offre pas des conditions favorables permettant aux femmes de jumeler vie professionnelle et responsabilités parentales.

La légalisation de l'emploi au Brésil passe par la signature de l'employeur dans un carnet de travail qui est un instrument juridique important dans l'obtention de

certains droits des travailleurs comme les congés payés, les congés de maternité et l'accès aux services de santé. Étant donné que les femmes de classe populaire sont limitées au secteur informel du marché du travail, elles sont rarement enregistrées et leurs droits ne sont pas garantis (Cohn *et al.*, 1991). Plusieurs études ont souligné la tendance des femmes de classe populaire à transposer les catégories de travail domestique dans la sphère extra-domestique.

De Melo (1985) utilise l'expression « corps docile » de Foucault pour présenter la soumission à laquelle les femmes de ménage sont assujetties :

le corps docile aux injustices du travail, le corps docile au destin de la maternité qui se rénove à chaque année, le corps docile au manque de confort de la maison pauvre et insalubre, le corps docile aux longues files d'attente – une consultation dans le INPS, un sac de lait en poudre, un peu de nourriture, une place dans l'autobus, pour aller et revenir au travail, pour recevoir le salaire, pour obtenir un document, pour trouver un emploi, pour revendiquer un droit –, la docilité du corps amène la preuve de la soumission (p. 298).

Les femmes noires trouvent plus facilement des emplois dans le domaine du travail domestique ou comme ouvrières dont le travail nécessite peu ou pas de qualification. Par contre, elles assument souvent la responsabilité économique de leur foyer, éduquent les enfants et exécutent les travaux ménagers.

Le travail des femmes de classe populaire ne garantit pas un sentiment de valeur personnelle et d'estime de soi (Sarti, 1994). La basse rémunération des femmes fait en sorte que leur participation dans le revenu familial est moindre. Quand elle est chef de famille elle assure moins les dépenses familiales que dans le cas d'un homme (Sarti, 1994). Cet auteur note que les fils prennent le rôle de pourvoyeur non seulement pour une question idéologique mais aussi parce que les possibilités du marché favorisent la main-d'œuvre masculine.

La double journée de travail, la ségrégation dans les occupations marginales et la contribution secondaire au revenu familial font en sorte que les femmes n'attribuent aucune valeur libératrice à leur travail rémunéré (Salem, 1981). Sarti (1994) explique que c'est pour cette raison que plus de la moitié des femmes mariées vivant dans un quartier périphérique sont des femmes au foyer.

Certaines études s'interrogent sur l'importance accordée au travail salarié comme essence de l'existence humaine. Par exemple, Corbeil et Bourgon (1990) expliquent que le mouvement féministe, en mettant de l'avant la nécessité de transformer les rôles sexuels (l'autonomie, l'actualisation de soi, le pouvoir et le savoir empruntés de l'imaginaire masculin), a également imposé une vision normalisante du monde à des femmes qui avaient des vécus différents et donc des visions différentes de celles des femmes blanches, éduquées, de classe moyenne, etc. Ces deux auteurs se questionnent sur la nécessité des femmes de se limiter à se réaliser seulement par le travail et à rejeter le modèle féminin associé aux soins de l'Autre. Comment les femmes peuvent-elles avoir l'illusion de bien se réinsérer socialement quand elles ont tellement de difficultés à tous les niveaux?

Selon Haraway (1994), les féministes socialistes ont pris la catégorie « travail » pour caractériser ce que les femmes faisaient à l'extérieur et même à l'intérieur de la maison. Selon Lipovetsky (1997), certains auteurs féministes comme E. Badinter croyaient que la révolution des femmes allait renverser complètement les rôles traditionnels des hommes et des femmes. Au Brésil, les femmes en général trouvent encore que leur place est plutôt à la maison, affirme Muraro (1996).

Malgré leur accession au marché du travail, les femmes continuent de donner davantage priorité à la vie privée qu'à la vie publique (Lipovetsky, 1997). Cet auteur propose la « troisième femme », celle qui va pouvoir combiner les valeurs

d'autonomie individualiste, de contrôle de son corps et de son destin avec la persistance des rôles traditionnels plus affectifs et plus sensibles hérités de l'Histoire. La majorité des femmes souhaitent encore être capables de concilier leur vie professionnelle et leur vie familiale. Elles luttent pour garder leur différence culturelle et leur féminité. Et l'amour demeure un élément important dans la construction de l'identité féminine (Lipovetsky, 1997).

Lipovetsky (1997) a une vision européenne française des relations entre l'homme et la femme. Pour lui, la modernité se caractérise par l'égalité de principe, indépendamment du sexe, de la religion et de la race. Mais, même dans la post-modernité, ces principes ne sont pas la norme. En effet, les femmes qui arrivent aujourd'hui à exercer les mêmes activités que les hommes sur le plan professionnel sont essentiellement des Occidentales, blanches et instruites. De plus, dans plusieurs pays, le monde de la politique reste un monde clos d'hommes : la participation des femmes dans les hautes instances du pouvoir est encore rare. Enfin, si les femmes choisissent librement leur destin, comment peut-on expliquer qu'elles soient toujours plus pauvres que les hommes, partout au monde?

Les femmes migrantes de la périphérie ont souvent un passé rural. Avant d'arriver à São Paulo, elles aidaient la famille dans les champs et contribuaient ainsi sensiblement au revenu familial (Kowarik, 1993). Leur situation est très différente en ville.

Dans la société moderne, l'idéologie du travail établit des limites entre la normalité et la non-normalité. La glorification du travail au Brésil est un élément important pour contredire celle de la paresse notamment, surtout chez certains groupes sociaux et ethniques (Tundis et Costa, 1987) Au Brésil, le concept de citoyenneté civile se définit principalement par l'insertion dans une profession

reconnue par la loi. Dans une société où l'État n'offre pas de conditions d'éducation, de santé et de travail à la population, l'individu devient le seul responsable de son ascension sociale.

5. Double journée de travail

Plusieurs études sur des populations de classe populaire au Brésil confirment que l'univers domestique demeure la référence de base dans la construction de l'identité féminine (Salem, 1981; Caldeira, 1984; Duarte, 1986; Sarti, 1996).

Les revendications féministes ont pu changer la situation sociale de la femme quant à l'insertion sur le marché de l'emploi, par exemple, mais elles n'ont pas opéré de changements profonds quant au partage des tâches domestiques. Les heures consacrées au travail ménager font en sorte que les femmes travaillent plus que les hommes.

Les femmes des classes moyenne et riche peuvent certes payer quelqu'un pour faire des travaux à la maison; elles demeurent cependant entièrement responsables de l'organisation et de la planification des questions domestiques et des enfants.

Quant aux Brésiliennes de classe populaire, elles n'ont aucune aide pour nettoyer la maison, faire le lavage, préparer les repas et éduquer les enfants. À ceci s'ajoute un manque criant de ressources en garderies. Elles se voient donc obligées de porter seules toute la responsabilité de la maison et des enfants, même quand elles travaillent à l'extérieur.

Ni l'État ni les communautés ne créent des espaces collectifs pour venir en aide aux femmes dans leur transition du monde privé au monde public. Aujourd'hui les

garderies municipales sont encore peu nombreuses, malgré le grand mouvement de revendication des femmes pour leur implantation dans les quartiers périphériques de la ville.

À la maison, les jeunes filles commencent tôt à aider leurs mères dans les tâches ménagères. Si la mère travaille, ce sont elles qui gardent les enfants plus jeunes. À la naissance d'un nouveau-né ou en cas de maladie, c'est à partir d'associations locales que les femmes s'entraident pour effectuer des tâches ménagères. Quant au réseau d'entraide familial des femmes migrantes à São Paulo, il demeure restreint.

Ainsi, la double journée de travail représente une surcharge physique et émotionnelle dans le quotidien de la femme, qui s'exprime par le manque de loisirs, la fatigue, le stress, l'isolement.⁹

6. Travail domestique et santé mentale

Le rôle de mère confine la femme à l'intérieur d'activités domestiques. Les activités économiques et politiques des femmes sont donc grandement limitées à cause de leur responsabilité face à leurs enfants. La vie émotionnelle des femmes est également dirigée principalement vers les enfants et la maison (Rosaldo, 1974).¹⁰

⁹ Séminaire de la Santé des Femmes S.P., avril 1996.

¹⁰ La dichotomie, qui oppose nature/culture, émotion/raison, corps/âme qui vient de la pensée classique grecque, a influencé le concept social de l'image de la femme. Dans toutes les sociétés, le pouvoir se concentre dans la sphère des hommes (Rosaldo et Lamphere, 1974). Cela implique une forme de subordination. Les filles passent à travers un processus inconscient d'identification au rôle inférieur que la société accorde à la mère. L'héritage que la mère peut transmettre à la fille est une position inférieure qui laisse peu de place à l'initiative et à la créativité.

Le travail domestique n'est pas comptabilisé comme activité économique. Il est occulté car inséré à l'intérieur du cadre des rapports entre les sexes et des conditions économiques et sociales. Dans la société, le travail domestique n'est pas considéré comme un travail. Il fait partie de l'ordre des services rendus à la famille.¹¹

Le travail domestique caractérise la « vie de femme » (Jelin et Feijoo, 1980). Pour les femmes exclues du marché du travail à cause d'un manque de formation, les tâches domestiques deviennent des activités fondamentales de valorisation (Sarti, 1994). Posséder une maison propre et la garder toujours en ordre devient une obligation morale pour les femmes pauvres (Caldeira, 1984).

Sarti (1994) affirme que le travail domestique a une organisation propre et qu'il exige une grande disponibilité de temps et d'affectivité pour les femmes de la périphérie de São Paulo. À travers le travail domestique, les femmes exercent un contrôle sur leur existence quotidienne. Pour Salem (1981), ce contrôle réfère à la possibilité de se déplacer. Il amène aussi plus d'autonomie dans le temps et dans le rythme du travail étant donné l'absence d'un chef ou d'une patronne.

Le mari est le pourvoyeur tandis qu'elle sera la responsable des dépenses et des enfants (Caldeira, 1984). Le contrôle de l'argent à l'intérieur de la maison est une source importante d'autorité pour la femme qui sera jugée selon sa capacité à gérer les finances familiales (Zaluar, 1985).

Les femmes se lèvent tôt le matin pour préparer le petit-déjeuner et la marmite pour le mari. Ensuite, elles quittent la maison pour conduire un ou deux enfants à

¹¹ Louise Vandelac (1985), dans une étude faite à Montréal sur le travail domestique, observe qu'avec un salaire, l'homme arrive plus facilement à mesurer son travail. Par contre, la production invisible des services domestiques est difficile à quantifier et à partager.

l'école. Une fois dans la rue, elles en profitent pour faire des achats pour la famille (Figure 6, p.68) . Quand elles rentrent, le ménage les attend. Leurs tâches consistent à épousseter, balayer la maison à l'intérieur et à l'extérieur, laver la vaisselle et faire le lavage pour toute la famille. L'après-midi, les femmes en profitent pour participer aux réunions des associations de femmes ou de l'église. Une fois ces activités terminées, elles commencent la préparation du dîner. Avant de servir le dîner pour la famille, il faut vite aller chercher les enfants à l'école. Au retour, les tâches domestiques continuent. Après le souper, il reste à nettoyer la cuisine, repasser le linge en plus d'avoir toute la responsabilité des travaux scolaires des enfants.

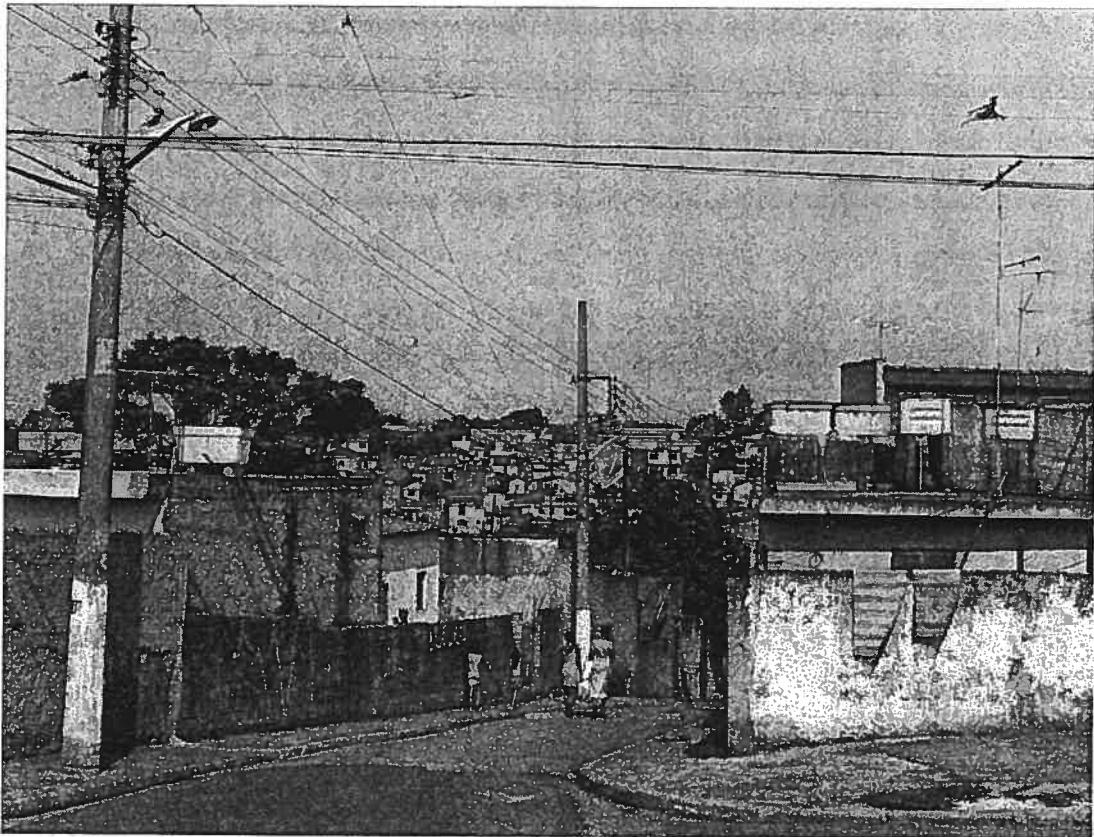


Figure 6 - Périphérie de São Paulo, photo Marik Boudreau

En se référant à l'analyse matérialiste des relations sociales de Combes et Haicault, Saffioti (1988) confirme que le système de classes a engendré plusieurs types de domination : sociale, culturelle, politique, idéologique et économique. Le patriarcat,¹² au lieu de soumettre la production à la reproduction, établit en fait l'inverse. Il valorise certes le rôle émotionnel de la femme comme mère et épouse pour maintenir la cohésion et la stabilité du noyau familial. Mais c'est ce contexte de subordination émotionnelle et économique au mari qui fait en sorte que le travail domestique perd sa valeur de travail productif pour devenir un acte d'obligation conjugale. La discrimination envers la femme ainsi infériorisée dans la société brésilienne est renforcée par les préjugés et stéréotypes qui rendent souvent les femmes coupables de revendiquer leurs propres droits. Dans les familles noires et pauvres, les femmes ont toujours été obligées d'abandonner leurs maisons pour aller travailler à l'extérieur.

La participation des hommes aux tâches domestiques est occasionnelle, irrégulière, limitée et liée à un savoir-faire spécialisé. Les relations entre les hommes et les femmes ne sont pas égalitaires, étant donné que la participation des hommes aux tâches domestiques a plutôt un statut d'aide, explique Chabaud (1981).

Les études qui traitent de la question de la santé mentale indiquent que les femmes au foyer sont plus vulnérables aux problèmes de santé mentale à cause de cette non-valorisation du travail domestique. L'enfermement, l'isolement, la répétition quotidienne des mêmes gestes ainsi que l'absence de valorisation et de pouvoir intrinsèques au rôle domestique ont un impact sur les comportements sociaux et psychologiques des femmes (Vandelac, 1985). Et quand les femmes ont, en plus,

¹² Le concept de patriarcat est utilisé dans les textes sur les femmes au Brésil pour expliquer les situations de discrimination et de subordination que vivent les femmes dans la société.

un emploi à l'extérieur, la double journée de travail augmente considérablement les symptômes d'anxiété et de dépression.

Santana et Almeida-Filho (1994) ont réalisé une étude épidémiologique qui a démontré une relation entre le travail domestique et la souffrance psychologique, surtout chez les femmes plus jeunes. La situation de la femme souffrant de problèmes de santé mentale est socialement moins problématique que celle de l'homme parce que, même en difficulté, la femme continue de s'occuper des tâches domestiques à la maison (Tudor et Gove, 1978).

7. Vie sexuelle

Il existe des différences de genre dans la construction de l'expérience sexuelle (Sarti, 1994). Foucault montre que la sexualité est construite dans la culture d'après les objectifs politiques de la classe dominante. Par exemple, le discours de la médecine s'était appuyé sur l'État bourgeois à partir de la fin du XVIII^e siècle et a consolidé ses prémisses dans la famille afin d'implanter ce que Foucault a nommé la « technologie sexuelle », qui est un mode de connaissance de chaque individu, famille et institution. Selon cet auteur, la sexualité a dépassé la sphère intime pour devenir une préoccupation de l'État.

C'est ainsi que le corps féminin devient un objet d'étude dans le monde de la connaissance, en tant que le reflet de la société. C'est le corps social qui module notre perception du corps physique. Turner (1984) affirme que, historiquement, le corps de la femme via sa sexualité a toujours été un moyen de contrôle social à travers la famille et l'État. « *And women, as wives, mothers, witches, midwives, nuns, or whores, are defined almost exclusively in terms of their sexual functions* » (Rosaldo, 1974 : 31). Le corps de la femme, à partir du XVII^e siècle, a été qualifié par la

médecine de corps saturé de sexualité et enveloppé d'une pathologie propre. C'est à travers la relation entre la morale et le corps féminin que la médecine a justifié le contrôle du corps social (Couto, 1994).

Dans la culture occidentale, la femme est considérée comme faible par rapport à l'homme; c'est ainsi que la pénétration sexuelle de l'homme est reconnue comme une appropriation de la femme, ainsi que de sa personne (Basaglia, 1983). Dans un contexte symbolique, la femme incarne le rôle de la séductrice, avec une nature physique destructive, associée aux pouvoirs du malheur et de la non-bienfaisance.

La religion, en tant qu'institution, traite aussi directement de la sexualité. Comme le souligne Muraro (1996) dans son livre *Sexualité de la femme brésilienne*, l'Église catholique est hautement responsable d'avoir maintenu les classes populaires soumises par sa façon de les amener à nier leur corps et leurs désirs au nom des classes dominantes. Pendant des siècles, le mythe de la femme pure comme la Vierge Marie a été à la source de la construction de l'identité féminine et le désir sexuel a été vu comme un attribut exclusivement masculin.

Alors que pour l'homme, l'infidélité ne rompt pas le précepte de réciprocité, la sexualité à l'extérieur du mariage est interdite à la femme et la virginité chez la femme joue un rôle important avant le mariage. Il n'y a pas eu d'avancée dans ce domaine, parce que l'homme continue d'y attacher une grande importance.

La sexualité est vue comme une relation de complémentarité et de réciprocité, où le corps féminin est pris comme objet d'échange : « avec son corps la femme donne en rétribution ce que l'homme lui donne comme garantie de sa survie matérielle ainsi que le respect d'une condition familiale qui la situe socialement et qui lui confère une identité » (Sarti, 1989 : 42). La réciprocité entre homme et femme n'est

pas tellement claire, où le sexe est perçu comme un devoir de la femme après le mariage (Gregori, 1992).

Le comportement sexuel est un élément central dans l'élaboration de l'identité féminine. Chez l'homme, pratiquer une vie sexuelle plus ouverte avec l'épouse serait lui manquer de respect. Par contre, en dehors du mariage, les jeux érotiques sont permis, mais seulement pour les hommes. Selon Sarti, « c'est la dichotomie entre putain et sainte, comme étant les deux figures archétypes de l'être féminin dans l'imaginaire social, qui établit la frontière entre les femmes » (1989 : 43). Au Brésil, les femmes ont souvent la réputation d'être très ouvertes sexuellement. Cette image est très répandue par les médias, notamment lors du carnaval. En général, les moyens de communication transmettent des images négatives et dépréciatives, surtout quant à la question de la sexualité des femmes noires.

Muraro (1996) affirme que la sexualité et le corps des femmes présentent des variations selon la classe sociale des femmes. En comparant la sexualité des travailleurs ruraux et des travailleurs urbains, Muraro (1996) conclut que, dans le milieu urbain, les tabous au sujet de l'avortement et de la virginité tombent plus vite, le plaisir et l'amour ne sont pas tellement dissociés, la famille et le mariage comme idéologie et représentation sont davantage remis en question mais le clivage entre l'homme et la femme est toujours présent.

Fonseca (1992) souligne que la relation entre l'homme et la femme dans un quartier populaire de la ville de Pôrto Alegre reflète une réciprocité ayant des caractéristiques antagonistes. L'échange entre les deux sexes et le maintien financier ne garantissent pas une tranquillité dans le couple. Cet auteur affirme que le fait que l'entente entre les deux conjoints ne soit pas toujours respectée suscite un climat de méfiance.

On parle des droits reproducteurs, toutefois on ne parle pas de sexualité au niveau de la libido, du désir, du plaisir. Les sentiments par rapport au sexe sont de nature individuelle, ils s'insèrent dans les rôles, les symboles et les signifiants du monde dans lesquels ils sont élaborés (Saffioti, 1992 d'après Geertz p.69 - *cultural patterns*). En définitive, le contrôle de la reproduction de l'humanité dépend de la sexualité féminine. C'est ainsi que la sexualité devient aussi, selon Muraro (1996), un problème d'ordre politique et économique. Les femmes ont peu de pouvoir sur leurs corps, la dimension du corps est vécue comme « corps pour les autres » et « nutrition pour les autres » (Basaglia, 1983). Dans ce contexte, on comprendra que les femmes vivent des sentiments contradictoires par rapport aux comportements sexuels.

8. Violence physique, sexuelle et psychologique

La violence physique, psychologique ou sexuelle dont sont victimes les femmes dans toutes les sociétés constitue une manifestation de leur subordination sociale. Les femmes ayant des déficiences mentales, les jeunes, les femmes ayant des difficultés émotionnelles et les migrantes sont plus vulnérables à la question de la violence sexuelle.

Les femmes sont souvent dépossédées de leur liberté tant au niveau public que dans le domaine privé. La violence est un phénomène qui provient des traditions et coutumes préjudiciables à la femme. Les modèles de comportements sexuels renforcent l'idée de l'infériorité de la femme et de la supériorité des hommes.

Les lois existantes ne sont pas efficaces pour prévenir et réparer les dommages causés aux femmes et jeunes filles victimes d'agression dans la sphère domestique, au

travail ou dans la société en général. Le trafic des femmes et des jeunes filles pour des fins de prostitution, de tourisme sexuel et de pornographie reste souvent impuni.

La violence familiale affecte profondément les femmes. Depuis 1995, l'organisation des Nations Unies considère la violence domestique envers les femmes comme un problème de santé publique ayant des répercussions non seulement pour la femme, mais aussi pour sa famille, dans l'économie, dans la justice et dans les services de santé. Des milliers de femmes vont connaître le viol, l'inceste, les manipulations psychologiques. Les femmes qui ont vécu la violence dès leur jeune âge, grandissent dans un climat de peur, de dévalorisation et de manque de confiance. Elles vont présenter une détresse psychologique qui les mène parfois à la dépression, à l'angoisse.¹³ Quant à la violence conjugale, elle constitue une prise de contrôle soit par l'intimidation, la peur ou la force physique. Au Brésil, la violence conjugale est trop souvent un sujet tabou, ce qui ne peut qu'aggraver l'état de détresse des femmes qui en sont victimes, ou des enfants témoins de cette violence, qui ont des difficultés à s'épanouir totalement.

Le manque de respect des règles de réciprocité conduit souvent à la violence (Sarti, 1994). La consommation excessive d'alcool est une autre source de conflits matrimoniaux bien que l'alcoolisme soit toléré par la femme quand l'homme est responsable et bon pourvoyeur (Sarti, 1994).

¹³ La déclaration présentée dans le Programme d'action de la quatrième Conférence Mondiale des Nations Unies sur les Femmes, Beijing, 1995 propose que « tout acte de violence dirigé contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée, constitue une violation des droits de la personne humaine et des libertés fondamentales et empêche partiellement ou totalement les femmes de jouir des dits droits et libertés ».

D'après Saffioti (1994), c'est dans un contexte de relation de genre entre les personnes ayant un statut inégal que se justifie l'agression physique, sexuelle et émotive envers la femme. Cet auteur affirme que, dans les couples de la périphérie, la séparation est rarement initiée par une femme; le plus souvent, c'est le mari qui abandonne son épouse.

Pour Azevedo (1985), la violence, surtout celle faite à la femme, est analysée comme un phénomène à plusieurs déterminations, soit la dimension de la condition inférieure de la femme, l'idéologie machiste qui soutient le pouvoir de l'homme et les valeurs de la famille patriarcale. D'autres études, comme celle de Gregori (1992), en prenant un position moins militante qu'Azevedo, notent que tant le comportement de l'homme que celui de la femme rentrent plutôt dans un « opération combinatoire » (p. 130).

9. Santé mentale des *Paulistanas*

Les inégalités sociales, l'expansion démographique, l'urbanisation, la précarité des résidences, la faim, les difficultés de transport, le manque d'emploi, la violence urbaine et la pauvreté sont des facteurs qui rendent la population de la périphérie plus vulnérables. C'est le cas surtout des femmes sans emploi privées des services de base et des femmes qui viennent d'autres régions du Brésil.

Une étude de morbidité psychiatrique réalisée dans les trois plus grands centres urbains du Brésil (Brasilia, São Paulo et Pôrto Alegre) a observé que les troubles névrotiques, surtout l'anxiété et la phobie, constituent les problèmes mentaux les plus importants de la population urbaine brésilienne. Les dépressions non psychotiques sont de 14 % supérieures chez les femmes alors que l'alcoolisme est de 9 % supérieur chez les hommes (Almeida-Filho *et al.*, 1992).

D'autres études épidémiologiques ayant pour but d'évaluer la prévalence des désordres psychiatriques dans les communautés au Brésil ont démontré « une morbidité psychiatrique plus élevée chez les femmes et une relation inversée entre la classe sociale et la morbidité psychiatrique » (Santana, 1977; Almeida-Filho *et al.*, 1983). Plus le revenu familial est bas, plus la probabilité d'avoir des troubles psychiatriques est élevée, et le faible revenu implique également consommation plus basse de drogues. Au Brésil, le système de santé publique n'est pas en mesure d'offrir des médicaments gratuits, et les familles à bas revenu n'ont pas les moyens financiers leur permettant d'acquérir des médicaments.

Pour les femmes, deux facteurs sont associés à la morbidité psychiatrique : le logement et le revenu familial. Plus le revenu familial est bas, plus la prévalence de morbidité psychiatrique est grande. Plus les problèmes de logement sont sévères, plus la morbidité psychiatrique est excessive (Mari, 1987).

Il existe une interaction entre l'urbanisation accélérée des villes brésiliennes et les principaux facteurs liés à une plus grande incidence des problèmes mentaux. Almeida-Filho *et al.*, (1991) ont souligné qu'environ 9 millions de personnes dans les centres urbains souffraient de problèmes de santé mentale.

Les études épidémiologiques qui sont basées sur l'identification de « facteurs de risque », cherchent à établir une association entre les facteurs sociaux et les problèmes de santé mentale. Plusieurs de ces études (Weissman et Klerman, 1980; Almeida Filho *et al.*, 1991; Mari, 1987) soutiennent que les femmes sont celles qui souffrent le plus de problèmes d'ordre affectif et de névrose. À partir d'une définition plus large de la santé mentale, Lovell et Fuhrer (1996) concluent que les femmes ne souffrent pas plus troubles mentaux que les hommes, elles souffrent plus

troubles affectifs et anxieux et autres problèmes psychosomatiques tandis que les hommes souffrent plus d'abus de substances psychoactives et de troubles de la personnalité antisocial (Lovell et Fuhrer 1996 in Desmarais et al., 2000 :100).

Certaines études affirment que les facteurs biologiques propres aux femmes, comme la tension prémenstruelle, l'usage des anticonceptionnels, la dépression post-partum et la ménopause, peuvent avoir un impact sur la santé mentale des femmes. D'autres études postulent que des facteurs sociaux en rapport avec le statut inférieur de la femme dans la société sont liés au développement du stress. Hita et Alves (1995) considèrent que les études sur la santé mentale ne doivent pas se limiter aux facteurs associés au développement du problème mais doivent aussi prendre en considération l'interprétation de l'expérience de vie de chaque individu. Ces auteurs soulignent que, pour les femmes, les questions de conflit et de rupture sont liées à la question de genre, soit une exclusion du monde public et un enfermement dans l'espace privé. Une étude sur la détresse psychologique des jeunes adultes à Montréal présente que « le genre constitue un deuxième déterminant socioculturel individuel qui conditionne le vécu de la détresse » (Desmarais et al., 2000 : 99).

« Sans moyens indépendants de survie, les femmes vivent dans un état d'apathie et dans l'incapacité de contrôler leur propre destin » (Salem, 1981 : 92). L'identité de la femme comme « faible » (Duarte, 1986) est un mythe à contester. Selon Carneiro (1994), les femmes noires n'ont jamais été traitées comme étant fragiles dans l'Histoire.

Les efforts déployés par les femmes pour vaincre les difficultés quotidiennes font souvent en sorte de les placer en situation de violence familiale. La femme a beaucoup de problèmes affectifs et émotionnels dus à l'oppression. Et depuis leur

entrée massive sur le marché du travail dans les années 1970, les femmes qui travaillent à l'extérieur souffrent de plus en plus de maladies liées à la fatigue.

En donnant la parole aux femmes d'un asile psychiatrique à São Paulo à la fin des années 1980, Garcia (1995) a essayé de montrer la relation entre la femme et la folie. Selon Cunha (1986) et cet auteur, le délire mystique comme forme de folie féminine apparaît comme une négation du corps.

La tristesse des femmes à l'intérieur du système patriarcal se reflète dans le *nervoso*, qui en est une forme culturellement plus acceptable. Selon Muraro (1996), plus de la moitié des femmes ouvrières souffrent de *nervoso*. Des recherches ont démontré que la pauvreté est en relation étroite avec la souffrance psychologique. Par exemple, les femmes ouvrières doivent faire face à ce que Muraro (1996) appelle la « réalité schizophrène » : d'une part, une vie d'exploitation au travail, la double journée de travail, les maternités difficiles, la pauvreté et d'autre part, le rêve d'une vie heureuse par la consommation. Via le discours médical, la classe bourgeoise impose ses valeurs morales aux classes ouvrières et l'idéal de la femme bourgeoise s'impose comme modèle d'aspiration et de revendication pour les femmes des classes populaires.

Basaglia (1982) a observé que la plupart des personnes qui recevaient des traitements dans les hôpitaux psychiatriques faisaient partie des classes ouvrières. Elles traduisent en culpabilité personnelle, avec des sentiments de honte, ce qui, dans le fond, est un produit historico-social.

Bien que le rôle de mère et d'épouse valorise la femme dans la société, il l'empêche de participer activement à celle-ci. Ces milliers d'heures investies dans la routine écrasante du travail domestique à l'intérieur de la maison sont un moyen

puissant d'oppression de la femme (Nishikawa et Braga, 1992). L'Église aussi renforce le rôle traditionnel de la femme en l'invitant à donner aux autres, à se détacher de ses besoins et de ses rêves personnels. En définitive, vouloir remettre en question et changer ces structures domestiques du quotidien est perçu socialement comme une attitude bizarre.

Selon Onesti (1993), les femmes séparées se voient plus exposées aux tensions parce qu'elles ne peuvent passer par le mari pour affronter les épreuves quotidiennes de la vie. Dans le désespoir, il arrive qu'elles se prostituent, prennent de l'alcool ou des drogues afin d'oublier leur situation misérable.

Pour les femmes au Brésil, la surcharge de travail à l'extérieur et à la maison devient souvent une source de stress. Lucia d'AMMA¹⁴ (1996) nous informe dans une entrevue, qu'avec la surcharge due aux nombreuses responsabilités de la vie quotidienne, les femmes noires vivent beaucoup de difficultés émotionnelles. Une fois malades, elles doivent s'en remettre aux services précaires de la santé publique. Parfois, elles se défoulent sur les enfants ou elles développent des maladies psychosomatiques comme des ulcères ou des inflammations, suite au stress qu'elles subissent. En plus de vivre l'oppression de la vie, la femme noire connaît la discrimination raciale, la non-accessibilité au marché du travail non-domestique et le mépris dans les services publics. Lucia (1996) est convaincue qu'il y a plus de femmes noires que de blanches dans les hôpitaux psychiatriques. Pour les familles noires, les femmes sont souvent les responsables de la famille; elles vivent beaucoup de solitude à cause de la non-participation des maris dans les responsabilités familiales.

¹⁴ Amma est un groupe qui réunit des psychologues qui traitent de la question raciale et de la psyché de la population noire à São Paulo.

S'intéressant au premier épisode psychotique chez les jeunes hommes et femmes à faible revenu qui vivent à São Paulo, Redko (2000) a démontré que les patients psychotiques sont doublement marginalisés, à cause de leur pauvreté et de la violence urbaine. Leur marginalisation vient accentuer l'épisode psychotique.

Dans sa recherche qui porte surtout sur la façon dont l'idiome du *candomblé* contribue à l'articulation de l'expérience des personnes psychotiques dans la ville de Cachoeira, Nunes (1999) soutient que le retrait et l'isolement des femmes psychotiques tient lieu d'espace imaginaire. C'est la communauté à Cachoeira qui permet aux femmes de maintenir l'équilibre entre l'isolement et la participation.

La migration représente l'abandon des structures traditionnelles et l'incorporation d'un modèle complexe et différent, d'où émergent de nouveaux modèles de vie, de nouvelles relations de travail ainsi que de nouvelles formes de production. Le migrant vit des modifications d'ordre structural dans les modèles de comportement et dans les relations sociales, qui se reflètent au niveau de l'action concrète de l'individu.

Une étude épidémiologique a montré l'existence d'une relation entre migration et morbidité psychiatrique (Santana, 1977). Almeida-Filho et Bastos (1982) ont trouvé dans une étude de cas-contrôle que les femmes migrantes ont six fois plus de chances d'être diagnostiquées dépressives indépendamment de leur travail, de leur niveau d'éducation et de leur statut de mariée.

L'étude de Nishikawa et Braga (1992) présente les difficultés psychiques rencontrées par les femmes dans leur trajectoire de migration. Les auteurs indiquent que, dès le départ, la migration est un projet individuel ou familial lié à des conditions

socio-politico-économiques non favorables. Le déplacement pour obtenir de meilleures conditions de vie entraîne une rupture avec l'univers culturel, soit au niveau du travail ou de la famille. Celle-ci a des influences sur le psychisme de la personne, elle est perçue par la réélaboration des représentations, par l'intériorisation des conflits, dans le but de rechercher des nouvelles formes d'organisation de vie. Dans la construction d'un nouveau système de référence, il existe une pression pour garder les modèles anciens, en même temps que pour assimiler les nouveaux modèles culturels.

Certains individus vivent des expériences dramatiques face au déplacement migratoire, alors que d'autres arrivent, de façon créatrice, à réorganiser leur nouvelle dynamique spatiale. Selon Onesti (1993), la migration à l'intérieur du Brésil peut aussi constituer un élément favorable au développement psychosocial parce qu'il ouvre de nouvelles opportunités. Le contact avec la réalité extérieure par le travail ou par une activité sociale ou religieuse dans la communauté permet à la femme de repenser son identité personnelle. L'insertion dans le marché d'emploi rend possible l'acquisition d'une indépendance financière et d'un certain contrôle sur sa vie tout en donnant accès à de nouvelles expériences et connaissances. D'un côté, ces nouvelles connaissances brisent l'identité antérieure et peuvent créer une certaine instabilité et insécurité qui caractérisent le moment de rupture. D'un autre côté, l'indépendance économique par le travail fournit des nouveaux signifiants. Au fur à mesure que la femme s'intègre au marché du travail, elle commence à mieux comprendre ses droits en tant que citoyenne.

10. Services de santé publique

Le domaine de la santé reflète les grands contrastes sociaux de la réalité brésilienne. Dans le même espace géographique se côtoient des centres offrant d'excellents services médicaux et d'autres dont les services sont presque inexistantes.

Peu de personnes profitent du progrès scientifique et technologique en matière de santé.

Un mauvais système de soins est néfaste surtout pour les femmes, qui sont responsables de la santé de tous les membres de la famille. Au Brésil, les femmes meurent encore par manque d'assistance. Les principales causes de la mortalité des femmes sont : les maladies cardiovasculaires, le cancer et la mortalité maternelle. Au Brésil, la mortalité maternelle est en général le résultat d'hypertensions, d'hémorragies ou d'infections durant la grossesse.

Les associations des femmes noires exigent qu'en santé, le gouvernement prenne en considération les différences de classe, de genre et d'ethnie dans la répartition des services. Les maladies les plus fréquentes dans la population noire sont : l'anémie falciforme, l'hypertension, le diabète et la miomatose (SOF, nov. 1995).

Le taux de mortalité infantile de la région Est II est le plus élevé du grand São Paulo. Cette donnée indique les mauvaises conditions de santé de la population de la région et souligne la régionalisation socio-spatiale des carences (Cohn *et al.*, 1991).

Lors du séminaire sur la Santé des femmes de la zone est, tenu en 1995 par le SOF et d'autres organismes communautaires de la région, les participantes ont souligné les points suivants au sujet des services offerts : un manque d'instruments pour les examens médicaux, une pénurie de médecins, une gestion inadéquate, un retard dans les résultats des examens, un mauvais accueil médical, un manque d'information de la part des usagers.

Dans la périphérie, l'offre de services n'a pas accompagné la hausse démographique que cette dernière a connue, de telle sorte que les services de santé ne répondent pas efficacement aux besoins de la population. Par exemple, le seul hôpital de la zone est II, l'hôpital Tide Setubal soigne en moyenne 70 000 personnes par mois (Sposati, 1986) et le nombre d'unités de base de santé (UBS) y est nettement insuffisant. Enfin, de façon générale, très peu d'hôpitaux traitent la question de la santé mentale et on note un manque de professionnels en ce domaine dans la région.

Le système de santé est basé sur l'aspect curatif et non préventif des maladies. Cette attitude, qui favorise grandement l'usage de médicaments, est soutenue fortement par les industries pharmaceutiques qui réalisent de grands profits dans la vente de leurs produits. Cette politique se voit confirmée par la présence d'une pharmacie à chaque coin de rue à São Paulo.

Dans une étude épidémiologique sur l'usage de psychotropes dans la ville de São Paulo, Almeida-Filho, Mari *et al.* (1992) ont trouvé que les femmes prennent plus de calmants prescrits par les médecins généralistes que les hommes et que leur consommation augmente avec l'âge. L'incidence de l'usage de calmants accroît également avec le revenu familial par personne.

Conclusion

Plusieurs études au niveau international soutiennent que ce sont les femmes qui souffrent le plus de problèmes d'ordre affectif et de névrose. Des études épidémiologiques au Brésil ont également démontré une morbidité psychiatrique plus élevée chez les femmes et une relation inversée de son incidence avec la classe sociale. Pour les femmes, deux facteurs sont directement liés à la morbidité psychiatrique : le logement et le revenu familial.

La trajectoire migratoire exerce une influence déterminante dans le quotidien des femmes de la périphérie qui se trouvent tiraillées entre les valeurs traditionnelles et urbaines. Comme souligne Sposati *et al.* (1996), le mouvement migratoire est une des causes les plus remarquées de l'exclusion sociale. C'est dans la périphérie de Sao Paulo que se concentre la population pauvre de la ville où les problèmes de violence et de salubrité affectent surtout la santé des femmes et des enfants. Les femmes noires qui y vivent sont les plus pauvres, peu instruites et majoritairement analphabètes.

La position que la femme occupe dans la structure patriarcale de la famille de la périphérie constitue un autre facteur dans l'émergence de sa souffrance psychologique dans la mesure où elle l'expose à des pratiques de violence domestique. Ici est en cause la dynamique de rôles sociaux imposés aux hommes et aux femmes, où l'homme est autorisé à être violent alors que la femme doit être soumise et passive. Les femmes de la périphérie de Sao Paulo vivent donc une problématique qui découle de la triple dimension de classe, de genre et de race.

Dans le prochain chapitre, je fais un survol des études socio-anthropologiques portant sur la maladie qui ont servi de source d'inspiration pour l'élaboration de mon modèle théorique d'analyse. Les études de Kleinman, Good, Corin et Bibeau visent l'articulation entre l'expérience, la construction du contexte, l'expression et l'évolution des problèmes de santé mentale. Pour mieux cerner le contexte social des femmes, j'ai introduit dans l'analyse le concept de genre. Selon Duarte, la notion de *nervoso*, une catégorie couramment utilisée par les femmes de milieu populaire pour décrire la souffrance psychologique, permet de comprendre certaines caractéristiques de la culture.

CHAPITRE III – CADRE THÉORIQUE – UNE APPROCHE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE PLURIELLE

Introduction

Pour comprendre et pour analyser l'expérience et les dynamiques concrètes des phénomènes de santé mentale des femmes de milieu populaire dans des sociétés de plus en plus hétérogènes comme on en trouve à São Paulo, un travail socio-anthropologique doit inscrire le sujet au centre du processus de production du sens. Mon objectif ici est donc d'examiner les interrelations entre la culture, les systèmes de signification, les processus sociaux et l'expérience subjective des femmes.

Cependant, maîtriser l'impact de la culture sur la construction et l'expression de la souffrance psychologique des femmes de milieu populaire, exige une démarche qui prendra en considération plusieurs dimensions. D'ailleurs dans les dernières décennies, l'étude des pratiques de la santé mentale a favorisé l'émergence de questionnements théoriques qui incorporent des concepts provenant des champs du savoir de la sociologie, de l'histoire et de l'anthropologie.

La réflexion sur mon sujet de recherche « La santé mentale des femmes de milieu populaire » a été enrichie premièrement par la lecture des travaux de quatre anthropologues représentant quatre orientations spécifiques en anthropologie psychiatrique, soit Kleinman, Good, Corin et Bibeau. De Kleinman, je retiens la tendance à la négociation entre représentations. Chez Good, c'est la construction du récit de la maladie qui est privilégiée. Pour Corin, je décrirai particulièrement ses derniers travaux avec une lecture plus phénoménologique de l'expérience de la maladie. De Bibeau, je mentionnerai certaines recherches en collaboration avec Corin

sur le système de signes, de sens et d'action, pour m'attarder plus longuement sur son travail sur la créolisation du monde. Les cadres théoriques de ces quatre anthropologues de la santé ont constitué l'instrument de base pour ma réflexion sur l'épistémologie des sciences humaines, notamment l'anthropologie.

Présenter le cadre théorique de l'anthropologie psychiatrique des dernières années, c'est avant tout présenter le fondement d'une sous-discipline qui reflète un champ épistémologique spécifique lié directement à un contexte d'interactions disciplinaire, soit les sciences sociales et les sciences de la santé. L'approche anthropologique implique qu'on cerne la tension entre le social et le culturel d'une part, et entre les sociétés socioculturelles pluralistes d'autre part. Pour distinguer le culturel et le social, je vais me référer au travail de l'équipe de la Stirling County Study, coordonnée par A.H Leighton, sur la voie du social et du communautaire en psychiatrie. Au Brésil, une analyse socioanthropologique de la santé mentale des femmes de milieu populaire à São Paulo puise dans la notion d'habitus de classe présentée par Bourdieu.

Pour approfondir l'étude des problèmes de santé mentale des femmes, je présente la formation d'un cadre théorique suivant un modèle socio-anthropologique pluriel. Le premier axe est celui de l'anthropologie psychiatrique et sociale. Le deuxième axe est celui de l'univers des représentations des relations de genre à partir de la perspective des femmes de milieu populaire à São Paulo, le troisième prend en considération la notion de détresse *nervoso* développée par Duarte, un anthropologue brésilien.

1. Pluralité des approches socio-anthropologiques de la maladie

1.1 Anthropologie psychiatrique

En anthropologie psychiatrique, l'influence du courant interprétatif nord-américain développé par Clifford Geertz se fait sentir à travers les travaux concernant la signification et l'expérience de la maladie (*illness*). Certains auteurs adoptent une perspective inspirée par l'anthropologie médicale critique qui analyse l'impact du pouvoir dans les représentations et pratiques liées à la maladie et à son traitement. D'autres auteurs s'intéressent à l'expérience de la maladie telle qu'elle est vécue et au sens qu'on lui attribue à partir des éléments culturels et de sa propre histoire. L'évolution épistémologique de l'anthropologie psychiatrique en Amérique du Nord est implicitement liée aux nouvelles tendances de l'anthropologie nord-américaine et européenne.

Le modèle de la négociation entre représentations chez Kleinman

En 1977, Kleinman lançait un défi à la psychiatrie traditionnelle en affirmant que les réactions dépressives n'étaient pas identiques à travers différentes cultures. Pour lui, chacune des constructions culturelles formait son propre « modèle explicatif »¹ spécifique au contexte culturel. Kleinman revendiquait un changement radical dans les paradigmes théoriques et méthodologiques, de manière à prendre en considération la signification locale de tous les modèles impliquant des

¹ Kleinman définit ainsi les modèles explicatifs. « *Explanatory models are the notions about an episode of sickness and its treatment that are employed by all those engaged in the clinical process* » (Kleinman, 1980:104).

comportements relatifs avant d'entreprendre des comparaisons au sein des diverses sociétés.

La nouvelle psychiatrie transculturelle (Kleinman, 1977 et Littewood, 1990) implique que toute maladie est intrinsèquement traversée par la culture dans ses modalités d'expression, dans son évolution et dans l'ensemble des réactions personnelles et sociales qu'elle suscite.

Des théories et des concepts ont été formulés afin de recenser les façons dont les communautés abordent les questions de santé mentale. Kleinman (1980) a utilisé un cadre conceptuel basé sur des systèmes d'interprétation et d'explication de tels problèmes. Son concept de « *explanatory models* » met en relief les différences entre les systèmes populaire et professionnel d'explication ainsi que les variations internes à l'intérieur de chacun de ces deux systèmes.

Les modèles explicatifs des patients (Kleinman, 1980) font intervenir la façon dont les patients comprennent la nature de leurs problèmes, l'origine, les conséquences et les traitements de leur maladie, et ils indiquent dans quelle mesure ces modèles apportent un soutien aux négociations entre patient et praticien quant au traitement adéquat. Kleinman (1982) affirme que l'anthropologie est particulièrement importante dans la relation entre la psychiatrie et la médecine psychosomatique, où certains problèmes confirment une divergence entre les modèles explicatifs du patient et ceux du médecin. Kleinman (1980) soutient que le réseau de significations envahit l'expérience d'un problème de santé (*illness*) et que ceci a un impact sur le cours de la maladie (*disease*). Un important axiome de l'anthropologie médicale réside d'ailleurs

dans la dichotomie entre deux aspects de pathologie (*sickness*) : la maladie (*disease*) et le problème de santé (*illness*).²

Dans son ouvrage *Patients and healers in the context of culture* (1980), Kleinman démontre comment le mécanisme psychosocial des personnes devant l'expérience de la maladie, de la communication thérapeutique et du processus de guérison est influencé par les systèmes de signification de la culture et par les modèles sociaux institutionnalisés. Les croyances et les comportements sont influencés par les institutions et règles sociales, les relations interpersonnelles, et les contraintes économiques et politiques. La réalité clinique comme le système de soins de santé sont culturellement construits.³ Pour éviter une fausse catégorisation (*category fallacy*), la recherche interculturelle doit donc se placer dans le contexte ethnographique local.

Dans une perspective plus contemporaine, Kleinman (1983) affirme que les approches interdisciplinaires sont nécessaires à l'établissement de nouveaux modèles paradigmatiques. Dans *Culture and depression* (1985), il propose de repenser les relations entre culture et dépression pour en arriver à comprendre la recherche transculturelle des trois disciplines suivantes: l'anthropologie, la psychiatrie et la psychologie. La dépression, affirme l'auteur est composé de la biologie, de la psychologie et du socioculturel.

² « *Disease* » réfère au dysfonctionnement des organes, à l'état pathologique transculturel, et « *illness* » à la réaction personnelle, interpersonnelle et culturelle à la maladie (*disease*). (Kleinman, 1978). *Illness* et *disease* sont des concepts explicatifs.

³ Kleinman affirme que « *clinical reality is to designate the socially constituted contexts that influence illness and clinical care* » et que « *symbolic reality is formed by the individual's acquisition of language and systems of meaning* » (Kleinman, 1980:38).

Kleinman, qui tenait compte auparavant dans ses travaux des rapports entre culture et pathologie, souligne vers la fin des années 1980, l'importance du contexte socioéconomique pour interpréter les problèmes de santé mentale. Influencés par les reorientations théoriques en Amérique du Nord, les chercheurs en sciences sociales essaient d'intégrer dans leur manière de concevoir les réalités socioculturelles les notions d'histoire, de contexte et de vécu. Un concept développé par Kleinman (1986) est à l'effet que les systèmes médicaux, quelle que soit leur nature, sont des systèmes sociaux et culturels. Les comportements des patients ayant des maladies somatiques sont le résultat des conditions de l'environnement, qui sont souvent difficiles à modifier.⁴

Dans *Rethinking psychiatry*, Kleinman (1988) démontre que le milieu social intervient de manière significative dans le développement d'une maladie mentale. Les études épidémiologiques portant sur les problèmes mentaux signalent que la fréquence de ces problèmes est plus élevée dans la classe économiquement défavorisée. Selon lui, les individus sont influencés par des forces macrosociales. La dialectique entre le « macro » et l'individu est médiatisée par le système social local (famille, monde du travail, etc.).

Kleinman (1986) craint que les études sur les expériences subjectives ne se distancient de leur ancrage culturel. Les plus récents travaux de cet auteur font état d'associations significatives entre la pauvreté et la maladie mentale de certains

⁴ Kleinman présente : « *Somatization defines as the expression of physical complaints in the absence of defined organic pathology* » (Kleinman, 1983; Rosen *et al.*, 1982, in Kleinman, 1986:59).

groupes culturels. Selon lui, les problèmes de santé mentale sont plus accentués dans des conditions de désordre social, de récession, de migration urbaine et de chômage.

La construction du récit de la maladie selon Good

En se basant sur un système d'interprétation et d'explication, Good (1977) propose, dans l'article pionnier *The heart of what's the matter*, le concept du réseau sémantique construit autour de l'idée que l'interprétation des problèmes de santé est liée aux catégories culturelles et qu'elle englobe les dimensions cognitives et affectives du contexte culturel et de l'histoire personnelle et familiale des acteurs. La notion des réseaux sémantiques sert d'outil pour montrer les liens qui existent entre catégories culturelles clés, systèmes interprétatifs et histoire personnelle des individus. Le concept du réseau sémantique a été élaboré dans plusieurs travaux écrits en collaboration avec Mary-Jo DelVecchio Good.

En faisant une analyse sémantique des termes désignant la maladie en Iran, Good (1977) souligne que les interprétations des problèmes de santé proviennent des expériences de la maladie et qu'elles sont modulées par les catégories culturelles clés qui résument les métaphores liées à la pathologie, aux théories ethnomédicales, aux valeurs et aux formes conceptuelles de base, ainsi qu'aux modes de soins. La maladie n'est pas une simple condition biologique; elle est plutôt conçue comme « syndrome de l'expérience », un ensemble de mots, d'expériences et de sentiments qui vont ensemble pour les membres d'une même société.

Le paradigme interprétatif auquel Good se réfère est également orienté par la tradition historiciste et par des théoriciens contemporains tels les philosophes

Charles Taylor⁵ et Paul Ricoeur.⁶ Le premier contact avec l'expérience se fait à l'aide des manifestations culturelles. Selon Good, les études sur les récits de maladie redéfinissent la relation entre la culture et les formes symboliques d'expériences. La majeure partie de la documentation sur les récits de maladies est basée sur les caractéristiques structurelles de l'histoire de ces maladies, leurs relations avec le vécu et ce qu'elles révèlent à propos de l'impact des maladies sur la vie des gens. Good veut observer comment l'expérience de la maladie est organisée autour des pratiques interprétatives. Ce qui l'intéresse plus particulièrement c'est la réaction du patient face à sa maladie et la façon dont il vit cette expérience. Les récits révèlent les événements du présent et aident à projeter les activités et les expériences futures.

Le travail plus récent de Good et DelVecchio Good (1993) en Turquie leur a permis de construire une vision alternative des crises d'épilepsie dans le contexte local et de développer une connaissance approfondie de l'épilepsie à partir d'une perspective phénoménologique⁷ et interprétative. Ces auteurs examinent les récits de maladies en relation avec un concept analytique de la littérature sur les récits, soit la

⁵ Good présente ce que Taylor avance sur le point de vue du langage comme étant intersubjectif et constitutif de « *lifeworld* ». Taylor déclare : « *you cannot understand how sentences relate to their truth-condition (...) until you have understood the nature of the (social) activity, the form of life, in which they get so related* » (Taylor 1985b:292, in Good, 1993:132).

⁶ Dans son livre *Du texte à l'action*, Ricoeur explique sa démarche : « Une dominante s'affirme degré par degré dans cette entreprise d'herméneutique militante, à savoir la réinscription progressive de la théorie du texte dans la théorie de l'action. Ce qui, au fond, m'a toujours le plus intéressé dans l'analyse sémiologique ou sémantique des textes, c'est le caractère paradigmatique de leur configuration à l'égard de la structuration du champ pratique où les hommes figurent comme des agents ou des patients » (Ricoeur, 1986:8 in Bibeau 1986-7).

⁷ La phénoménologie est une science descriptive. Pour Husserl, le « *life world* » ou le « *Lebenswelt* » c'est le monde immédiat, commun. Il écrit que la phénoménologie « *offers an account of space, time and the world as we 'live' them* » et qu'elle « *tries to give a direct description of our experience as it is (...)* » (1962:vii in Good, 1991 :37)

« subjonctivation ».⁸ Les récits de maladies contiennent des éléments de subjonctivisation, d'ouverture, de possibilités, non seulement parce qu'ils seraient structurés sur une base narrative et utilisés afin de provoquer une réaction emphatique et imaginative de l'auditoire, mais aussi du fait que ceux qui racontent les récits – la personne malade, les membres de la famille qui prennent part aux soins, les professionnels de la médecine – tiennent fortement à dessiner un monde au subjonctif où la guérison devient une possibilité. Les crises d'épilepsie et les récits qu'en font les gens sont enracinés dans la vie culturelle turque. La source de Good provient d'Iser (1978) qui considère tout narrateur comme conteur d'histoires, et à des fins analytiques, comme « lecteur ».

Les récits comportent de nombreuses perspectives et un potentiel pour plusieurs lectures; ils sont des formes spécifiques à travers lesquelles la culture médiatise l'expérience (Good, 1993). La maladie est une interaction complexe entre un « lecteur » et un « texte ». Les récits sont considérés plus comme une unité d'analyse que des formes d'explication rationnelle ou des preuves de comportements particuliers. Les récits de maladies tirent leurs intrigues de la culture, même s'ils font partie d'un corpus de mythes, d'une littérature formelle ou bien d'histoires quotidiennes.

Good (1993) affirme que le contexte social du récit mérite également une observation poussée et une analyse soignée. Les récits de maladies sont sociaux et intersubjectifs. Ils s'adressent à des auditoires spécifiques, mais sont construits

⁸ « La subjonctivation est présente dans la représentation narrative de la maladie et permet aux personnes souffrantes ainsi qu'à leur famille de justifier une recherche continue de soins et de garder l'espoir d'un dénouement positif » (Good, 1993:29).

conjointement. Ils sont racontés dans des conversations tissées entre les membres de la famille et de l'entourage, ou entre médecins et patients. Les études de la pragmatique de la narration rendent possibles la recherche comparative et l'analyse critique. Une présentation anthropologique de la maladie et de la connaissance médicale demande une connaissance du langage et de l'expérience différente de celle de la biomédecine et de la plupart des sciences sociales appliquées à la médecine.

Good et DelVecchio Good (1993) sont d'avis qu'« une compréhension anthropologique de la culture et de la signification (...) se centre sur le rôle du langage dans la *constitution* de l'expérience et de la réalité plutôt que sur la primauté de la *représentation* et de la *désignation* de la réalité par le langage » (Good et DelVecchio Good 1993:23).

La psychiatrie contemporaine reflète une théorie du langage et de sa relation avec le monde naturel de façon inadéquate, si l'objectif visé est de comprendre la maladie comme un phénomène humain ou de poursuivre des études comparatives et transculturelles sur la maladie (Good, 1977, 1993 et Good et DelVecchio Good, 1980, 1981). Dans son dernier livre *Medicine, rationality and experience* (1993) Good, explique que le langage de la médecine est un « *cultural language* » (p.4). Ce langage ne reflète pas la nature ni ne saurait être le fondement de l'anthropologie qui concerne l'expérience et la comparaison. Dans ce même ouvrage, l'auteur conçoit que la maladie et la souffrance doivent être comprises sous plusieurs angles : « *A multiplicity of tongues are needed to engage the objects of our discipline and to fashion an anthropological – scientific, political, moral, aesthetic or philosophical – response* » (p:63).

La phénoménologie et l'expérience de la maladie selon Corin

Se refusant à accepter que la culture soit simplement un amalgame de textes et que l'ethnographie soit traitée comme un simple exercice de lecture,⁹ Corin affirme que

Une véritable anthropologie interprétative se doit de combiner une lecture ascétique impliquant rigueur et soumission aux faits culturels (à travers la proximité des faits et la familiarité avec la langue et la culture des autres) et une "violence" qui s'efforce en quelque sorte de "briser" le texte ou le fait culturel pour en faire surgir les sous-textes qui s'y dissimulent tout en se révélant de biais dans les marges, dans les parties silencieuses ou réprimées, ou encore dans les jeux et déguisements de la culture (Corin *et al.*, 1993:126).

Il convient de rappeler que le tournant de l'anthropologie interprétative de Geertz a cherché au départ à comprendre la logique interne des codes et des systèmes culturels. Dès sa recherche en Abitibi,¹⁰ Corin (1990) s'est orientée plutôt vers une

⁹ Corin (1993) note qu'Umberto Eco qualifie le texte de « machine paresseuse » en se référant au travail que le lecteur doit investir pour remplir des espaces vides en faisant des présuppositions culturelles personnelles.

¹⁰ Corin et Bibeau proposent depuis 1986 la construction d'un modèle anthropologique, sémiologique et phénoménologique dans l'étude de la santé mentale. L'objectif principal de l'étude en Abitibi a été de mettre en évidence la construction sociale et culturelle des problèmes de santé mentale, de voir quels sont les principes qui organisent cette construction et leur enracinement dans un contexte culturel et socio-historique. L'approche sémantico-pragmatique et contextuelle utilisée dans la recherche en Abitibi privilégie l'analyse du contexte historique, social et économique ainsi que l'analyse des concepts présentés par la population sur des problèmes de santé mentale. Les chercheurs ont utilisé deux concepts pour analyser les interrelations entre contraintes externes et structures internes de communautés. Le premier concept, celui de « condition structurante », réfère à l'influence de la réalité objective sur la culture, et l'autre, « expérience organisatrice », vise à renvoyer les expériences communes de base qui définissent le caractère singulier de chacune des cultures. (cont.) L'anthropologie peut contribuer de manière complémentaire dans les champs sociaux et culturels, en combinant les perspectives sémiologiques et interprétatives du courant culturel de l'anthropologie médicale aux approches classiques de l'anthropologie (Bibeau et Corin, 1994).

herméneutique ¹¹ de l'action des codes accordant ainsi plus de place aux notions de situation et d'expérience, de centralité et de périphérie, de codes majeurs et mineurs.

L'auteure (1990) dans une étude intitulée *La construction du sens en psychiatrie. Repères anthropologiques pour une décentration*, relate qu'en Afrique, la lecture des signes-symptômes est multiréférentielle, car elle inclut les aspects personnel, relationnel, religieux, culturel et médical. L'interaction de plusieurs textes permet, comme elle le soutient, « une reformulation culturelle et sociale de l'expérience personnelle sans nier ou occulter cette dernière » (p.4). C'est dans ce cadre qu'elle voit le rôle de l'anthropologie, c'est-à-dire vue comme un outil de décentration, dans le but d'identifier et d'interpréter des signes en psychiatrie.

Le courant anthropologique traditionnel se préoccupe davantage des objets culturellement et socialement centraux, tandis que d'autres auteurs, comme Devisch, lancent une invitation à se centrer sur la dynamique de la marge dans ses aspects de « liminalité créatrice » (Corin, 1990 :5). L'anthropologie s'intéresse aux frontières obscures de la souffrance, un lieu entre la maladie et l'émotion (Corin, 1986). Cet espace est le lieu de mouvance, de la liberté, des ambiguïtés et parfois aussi celui où se déroulent certaines activités créatrices.

Dans l'article *Facts and meaning in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics*, Corin (1990) présente les deux tendances idéologiques dans la construction de l'espace psychiatrique nord-américain et

¹¹ La définition du courant herméneutique repose sur la « théorie et la pratique de l'interprétation ». Un message est souvent incomplet, se donne dans le désordre, dans le chaos, dans la complexité et dans le symbolisme. Dans la mesure où elle est ouverte, elle exigera la participation active de l'interprète. Le modèle interprétatif commande de lire le récit dans l'horizon de la culture.

européen. La psychiatrie nord-américaine est dénuée de subjectivité, tandis que pour la sémiologie française, l'inter-subjectivité est un élément important du diagnostic. D'une part, l'analyse quantitative présente des traits structurels des patients non rehospitalisés vis-à-vis du monde extérieur. De l'autre, l'analyse qualitative souligne les significations exprimées par les patients, ce qui démontre la fonction de certains signifiants culturels dans la construction de l'expérience du malade pour souligner une façon d'être au monde.

En se référant au concept développé par Tellenbach (1979) de l'*endo-cosmogénese* (les forces intérieures et extérieures), Corin émet l'hypothèse que la rencontre entre la vulnérabilité individuelle propre à la schizophrénie et l'orientation des valeurs culturelles occidentales consolide l'aspect de retrait en Amérique du Nord. Sur ce continent, les comportements et les discours sont davantage interprétés comme un symptôme que comme un signe exprimant une expérience de base (Corin et Lauzon, 1992). Par exemple, selon ces auteurs (1992), le retrait des patients schizophrènes peut être une part importante d'une restructuration plus large de l'être. Le retrait social peut être entrevu comme une forme de résistance aux yeux des personnes ayant un diagnostic de schizophrénie. Abu-Lughod (1990), dans son oeuvre intitulée *Studies for everyday forms of resistance*, procure un cadre élargi pour l'analyse critique, mais l'aspect séduisant de la résistance camoufle souvent une délégitimation de plaintes réelles des femmes et hommes à l'effet qu'ils souffrent de douleurs physiques ou qu'ils sont possédés par des esprits.

Les travaux de Corin accordent une grande place aux récits de l'expérience de la maladie (*illness*), et scrutent comment cette expérience est construite en un

« phénomène significatif pour la personne à partir de repères que lui fournissent la culture et sa propre histoire » (Corin *et al.*, 1993:126). Corin s'inspire du courant phénoménologique de Husserl qui fait place à une analyse approfondie des expériences subjectives des personnes et de leur vécu dans le monde à la lueur de la culture.¹²

Selon l'auteure (1993), un des enjeux actuels de l'anthropologie médicale critique sera de clarifier les niveaux « macro » et « micro » de la société pour enrichir la définition de la matrice de l'expérience individuelle, la construction des connaissances qui la concernent et leur mise de l'avant. Elle propose une réflexion sur la manière dont un comportement ou une plainte se voit articulé en signe ou en symptôme. Elle s'appuie sur les perspectives et approches développées en sémiologie pour présenter une contribution de l'anthropologie à l'approche de la folie et des problèmes psychiatriques. Comme Corin le souligne, il faut entreprendre des études ethnographiques plus globales afin de pouvoir interpréter valablement la

¹² Le modèle phénoménologique renvoie au fait que l'expérience que nous faisons lors d'un phénomène nous a mené à construire des émotions à partir des sentiments personnels. Nous portons une histoire et nous avons développé des réflexions et des manières d'être, « Mon être dans le monde » (*Das sein*). L'existence est corporelle, l'expérience passe par le corps. À partir du XXe siècle, avec Husserl et Heidegger, émerge un courant en philosophie nommé la phénoménologie. Le courant français est représenté par Sartre et Merleau-Ponty. Dans *Phénoménologie de la Perception*, Merleau-Ponty (1962) établit une analyse du corps comme étant le moyen ultime de l'expérience et ainsi, de notre compréhension du monde phénoménal. C'est la rupture avec la séparation du sujet et de l'objet qui, pour Descartes, est à la base de toute recherche scientifique. Il s'agit d'une façon de mettre en évidence le statut de la raison et de discréditer le corps. La phénoménologie établit aussi une rupture avec Kant qui soulignait la transcendance du sujet, un sujet détaché du monde. Hegel introduit l'histoire, la réalité extérieure, et Husserl prétend que le sujet humain est inscrit dans l'histoire et dans le temps. Heidegger (« *Sein un Zeit* ») démontre que l'être traverse la quotidienneté qui est sa propre existence. Pour Sartre, la conscience, l'essence et la substance des choses n'existent qu'à travers la réalisation du corps. La phénoménologie en Amérique est plus réductionniste (vécu subjectif et émotions) qu'en Europe où on s'attache davantage à l'expérience subjective de la maladie.

manière dont l'expérience de la maladie est socialement et culturellement construite au niveau des patients, de leurs familles et de la communauté.

L'ouverture face à la diversité du monde créole selon Bibeau

Bibeau (1981) propose « une interface » entre le social et la biomédecine et une reconceptualisation de la santé et de la maladie de manière à remplir le vide entre ces deux sciences. Cet auteur rappelle dans son texte *Cultural psychiatry in a creolizing world: questions for a new research agenda* que « l'objectif de l'anthropologie est en effet de comprendre les phénomènes humains à partir de leurs caractéristiques biologiques, sociales et culturelles qui sont saisies comme fonctionnant en interaction. L'anthropologie se situe donc à un carrefour interdisciplinaire » (Bibeau, 1994:6). Si, au départ, le tournant de l'anthropologie interprétative de Geertz et d'autres auteurs cherchait à comprendre la logique interne des codes et des systèmes culturels, maintenant des auteurs comme Bibeau dans le champs de l'anthropologie médicale s'orientent plutôt vers une herméneutique de l'action, accordant ainsi plus de place aux notions de situation et d'acteurs sociaux. En effet, Bibeau s'inspire de ce courant qui est la théorie et la pratique de l'interprétation. Mais il s'agit d'une herméneutique modifiée, c'est-à-dire une pratique de la compréhension qui part de l'idée que les cultures ne sont pas que des textes qu'on peut lire.¹³ Les récits de

¹³ Dans son article *Nouvelles directions dans l'anthropologie médico-psychiatrique nord-américaine. Quelques réflexions critiques*, Bibeau (1986-1987) examine la façon dont les transferts des courants théoriques en sciences sociales s'effectuent entre l'Europe, en particulier de la France vers les États-Unis. Le premier courant est celui de l'herméneutique de Ricoeur sur l'interprétation des codes culturels et de l'action. L'autre courant est celui de la sémiologie post-saussaurienne de Barthes et de Kristeva. Avec Barthes, les concepts signifiant-signifié sont périmés. Influencés par des concepts et des approches de penseurs européens tels que Foucault, Dumont, Bourdieu et les néo-marxistes, certains anthropologues américains sortent de leur champ dualistique entre culture et société et ils acceptent de tenir compte de l'importance du contexte, de l'histoire et du praxis dans leur

maladies sont polyphoniques ou composés de différents niveaux et multivocaux (plusieurs signifiés pour un même signifiant).

Dans l'article *A step toward thick thinking: from webs of significance to connections across dimensions*, Bibeau (1989) démontre jusqu'à quel point les auteurs de l'anthropologie médicale critique rencontrent des problèmes au moment où ils essaient d'établir un lien entre le contexte macro-social, les codes culturels et la façon qu'ont les individus d'utiliser ces codes. L'auteur affirme que cette perspective globale qui lie les dimensions écononico-politique, socioculturelle et individuelle n'élimine pas la possibilité de travailler plus en profondeur et à un niveau plus microscopique dans chacune de ces trois dimensions. Bibeau (1989) propose que l'anthropologie médicale, pour être plus compréhensible, devrait aborder les problèmes de santé, les conceptions, et les institutions sans séparer « *the intimately related dimensions of contextual constraints, meaning systems and individual experience* » (p.405) .

Dans son article *Cultural psychiatry in a creolizing world: questions for a new research agenda*, Bibeau (1995) constate que l'intérêt observé dans l'anthropologie des dernières années pour le texte, la narration et la phénoménologie a influencé la psychiatrie culturelle l'amenant à étudier les émotions, l'expérience, le moi qui souligne l'aspect subjectif de la personne et ses discours rhétoriques. Pour Bibeau, la psychiatrie culturelle orientée vers la sémiologie et la phénoménologie présente des faiblesses, premièrement au niveau de sa capacité épistémologique à voir le système culturel autrement que comme un tout homogène, deuxièmement, dans sa difficulté à

(cont.) compréhension des réalités socioculturelles. Le dernier courant, soit celui de la phénoménologie européenne, couvre les travaux d'Husserl à Merleau-Ponty et englobe les notions de l'individu, du sujet et de l'expérience.

intégrer dans son analyse le rapport culturel et social des peuples étudiés et, enfin, dans le glissement discontinu qui s'opère entre le monde local et la scène globale. Vu que la nouvelle réalité mondiale consiste en une cohabitation de personnes ayant des cultures très variées dans un même espace géographique, Bibeau propose qu'une nouvelle psychiatrie socioculturelle prenne en considération la fragmentation des modèles de référence et la multiplicité du monde.

Le nouveau territoire macro-anthropologique proposé pourra inclure des concepts comme la complexité culturelle, la créolisation, le pluralisme et une redéfinition des frontières. L'émergence actuelle des systèmes culturels plus hétérogènes déstabilise le modèle homogène de culture qui a prévalu jusqu'à nos jours dans les paradigmes ethnocentristes de l'Occident, constate Bibeau (1995). L'anthropologie délimitée par ce contexte socioculturel très complexe, sera obligée de s'éloigner de son désir d'étudier des sociétés homogènes pour pouvoir franchir d'autres frontières. La notion de culture vue comme pluraliste, hétérogène et ouverte aux réseaux internationaux conduit de l'articulation des significations des systèmes locaux à un cadre plus large lié au système mondial.

À la fin du XXe siècle, la situation politique et sociale de plusieurs sociétés est bouleversante. Par exemple, le déplacement de diverses populations dans le monde a créé une instabilité en ce qui a trait à la question du soutien social de la famille et des communautés entières, fragilisant par conséquent la santé mentale des populations, observe Bibeau (1995). En s'inspirant du modèle de la macro-anthropologie d'Hannerz, cet auteur veut aborder l'anthropologie contemporaine du point de vue

global sans oublier que cette dernière s'est toujours appliquée à des situations et lieux locaux.¹⁴

La culture ne peut être dissociée du social. En ce qui concerne le débat entre les théoriciens français et anglais du social, Bibeau cite Kuper:

Within this broad (European social) tradition, two divergent formulations have stubbornly confronted each other. The Malinowskian is concerned with individual agents. Structures are simply the record deposited by their strategies, and values are the conventions they invoke when they try to influence the behaviors of other. A Durkheimian, in contrast, believes that collective representations and agencies inform the actions of the socially constituted individual (in Bibeau, 1995:25).

Dans les années 1990, avec le développement des communications de masse, les anthropologues doivent de plus en plus faire face à la globalisation. Bibeau (1995) est conscient que la nouvelle ère demandera une coopération interdisciplinaire accrue avec les économistes, les politicologues et les historiens en vue de l'établissement de modèles innovateurs permettant d'articuler le « global » avec le « local ». Il propose que les comportements individuels, les institutions sociales et l'expérience culturelle existant dans le monde local devraient être étudiés d'un point de vue multiple et complémentaire qui combinerait nécessairement les cadres issus du contexte (Foucault, Bourdieu, Dumont, Habermas, Gramsci et autres) avec les approches

¹⁴ Dans ce texte, Bibeau discutera en détail le texte de Hannerz (1992) appelé *Cultural Complexity. Studies in the Social Organization of Meaning*. Hannerz caractérise la société contemporaine selon trois axiomes: 1- certaines sociétés sont en mouvement constant; 2- la diffusion culturelle par satellite envahit toutes les sociétés; 3- le résultat des réalités multiples incite la formation d'une mosaïque et d'une mondialisation. Pour comprendre la complexité de sociétés occidentales et non occidentales, il faut que les frontières entre les disciplines soient floues. Il s'intéresse aux sources hétérogènes de diversité : « *The view of culture as organized diversity*, mentionne Hannerz, *links culture to social structure* » (1993:19). Dans la formulation de son modèle théorique, Hannerz s'inspire de la tradition socio-anthropologique européenne du fonctionnalisme social britannique de Malinowski et de la tradition sociologique de Durkheim. Du côté de la tradition anthropologique nord-américaine, Hannerz s'associe au modèle interprétatif de l'anthropologie culturelle.

interprétative et phénoménologique qui dominent en psychiatrie transculturelle contemporaine. À cette fin, Bibeau (1995) suggère de remplacer les termes d'ethnopsychiatrie, de psychiatrie transculturelle et de psychiatrie comparative par celui de psychiatrie socioculturelle.

Selon Bibeau, le nouveau modèle présenté par Hannerz ouvre la voie à la psychiatrie culturelle. C'est aussi la raison pour laquelle il (1995) recommande un nouvel agenda de recherche qui tiendra compte des caractéristiques qui marquent cette nouvelle époque: les personnes se réfèrent de moins en moins à une seule culture monolithique; les systèmes représentatifs de signification sont insérés dans des modèles spécifiques d'organisation sociale desquels la culture ne peut être dissociée; le monde vit de plus en plus dans des sociétés dominées par des experts et des hommes d'affaires; un nombre croissant de personnes sont démunies de pouvoir et les marginaux, les exclus perdent leur pouvoir de s'exprimer; la complexité socioculturelle de plusieurs sociétés exige une reformulation de l'analyse sémiotique de manière à utiliser des modèles qui vont ouvrir des avenues aux interprétations propres aux communautés. Les univers de référence sont de plus en plus pluralistes, multiples: les individus vivent sur les frontières de plusieurs mondes. La combinaison du social et du culturel est donc indispensable dans l'étude des sociétés en voie de créolisation.

1.2 De la nécessité de distinguer le culturel et le social ¹⁵

Certains anthropologues culturalistes se préoccupent exclusivement de l'analyse des récits fermés et de leur dimension subjective. L'ommission du concept de société a été compensé par l'intérêt croissant de l'individu comme support de l'intégration culturelle. Or l'absence d'une lecture intertextuelle des récits inspirés par les théories sémiotiques et d'une perspective plus centrale de la culture est critiquable et le danger du culturalisme réside dans le risque d'évacuer toute préoccupation sociale. Le social est important dans cette étude sur la souffrance psychologique des femmes .

Pour mieux cerner la question du social dans l'élaboration théorique des problèmes de santé mentale de femmes de milieu populaire à São Paulo, je me suis inspirée du travail d'une équipe multidisciplinaire, coordonnée par A.H. Leighton en collaboration avec Dorothea C. Leighton, qui a ouvert à la psychiatrie la voie du social et du communautaire. L'articulation de l'anthropologie avec la psychiatrie était déjà présente au début de la Stirling County Study, il y a 45 ans.¹⁶ L'équipe de psychiatres et d'anthropologues dirigée par Leighton et, depuis 1975, par J.H. Murphy, a toujours été préoccupée par les relations diverses entre les taux de prévalence des problèmes de santé mentale et les modes d'organisation sociale.

¹⁵ Pour traiter cette question, je me suis inspirée principalement d'un texte de Bibeau et de Corin (1994) intitulé *Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'action en santé mentale.*

¹⁶ La « Stirling County Study » est le nom fictif donné à une étude réalisée dans un comté maritime de Nouvelle-Écosse à partir de 1948 et toujours en cours.

La réalisation des monographies de villages et de communautés en Nouvelle-Écosse a fait ressortir les dynamiques sociocommunautaires et a identifié les formes d'organisations sociales ainsi que les principes de base des systèmes normatifs. Le fait que la population du comté de Stirling était socialement et culturellement hétérogène a été considéré comme déterminant : une moitié de la population était composée d'Acadiens francophones et l'autre, d'anglophones. Le clivage socio-économique était peu significatif, l'économie étant basée sur la pêche, la coupe de bois et l'agriculture.

Inspirés par la théorie du fonctionnalisme britannique, les anthropologues qui ont participé à cette étude se sont intéressés particulièrement au processus de déstructuration de la vie sociale et des systèmes normatifs. Selon Leighton,

The fact remains that the effect of cultural differences on mental illness rates does not stand out nearly so strongly as does malfunctioning of social institutions. High rates of mental illness have been found to be markedly associated with poverty, social deprivation and social disintegration (1985:14).

La perspective étiologique retenue visait à expliquer comment des configurations sociales et culturelles particulières appelées « dispositifs pathogéniques structurels » pouvaient varier d'une communauté à l'autre du point de vue de leur intensité, de leur forme et de leur nombre.

La psychiatrie sociale appliquée par l'équipe de Leighton était influencée par le fonctionnalisme social de Talcott Parsons, ainsi que des travaux de R. Merton et de W.I. Thomas, qui combinaient à des degrés variables et selon des formes différentes le culturalisme américain, le fonctionnalisme britannique de Malinowski et le

sociologisme de Durkheim.¹⁷ Selon ce premier courant, la société est formée par des unités interreliées qui s'influencent mutuellement et les processus sociaux et culturels façonnent les comportements individuels. Pour Malinowski, la société et les institutions sont des réponses présentées par les groupes humains en vue de satisfaire les besoins de leurs membres. En suivant cette vague, les chercheurs autour de Leighton ont cherché à mesurer l'impact de l'environnement socioculturel sur les personnes ainsi que l'interrelation entre les processus collectifs et les processus individuels.

Un autre courant qui a marqué l'équipe de la *Stirling County Study* fut celui de « culture et personnalité » qui a transformé le fonctionnalisme social en un fonctionnalisme culturel. De R. Benedict, on a retenu la notion que chaque culture modèle la totalité de l'organisation sociale et présente un type dominant de personnalité spécifique à chaque société. Les recherches en psychiatrie sociale de Leighton débordaient du cadre des fonctionnalistes qui se concentraient sur la question des transferts entre les processus socioculturels et les problématiques individuelles. D'un côté, cette équipe s'intéressait à la désintégration sociale et culturelle et de l'autre, à l'étude de l'impact du désordre socioculturel sur la santé mentale des personnes.

La valorisation du rôle des variables sociales n'allait-elle pas dévaluer l'étude de l'effet des variables culturelles dans le champ psychiatrique? Quand les résultats ont

¹⁷ Durkheim définit les représentations collectives comme universelles, partagées par l'ensemble des membres d'un groupe social, objectives, impersonnelles, transmissibles et relativement fixes dans le temps.

démontré que les deux populations présentaient les mêmes difficultés à maintenir leur équilibre, Leighton a écrit:

These findings do not negate the importance of culture in mental illness and especially in mental health. It could be that our instruments and the analyses conducted so far miss subtle yet important cultural influences. It does, however, suggest that even major cultural differences do not have the significance of our other point of concern, namely socio-economic deprivation and disintegration (1985:11).

Sous l'influence du fonctionnalisme, cette étude a démontré l'importance d'étudier des communautés comme des projections de la société dans son ensemble. L'investigation des « parties de la société » comme les communautés, rencontrait une correspondance proche avec les recherches sur les sociétés primitives. C'est par les mêmes méthodes et techniques de recherche utilisée dans les études des sociétés indigènes (histoires de vie, observation participante, etc.) que les chercheurs autour de Leighton ont pu dégager une image multidimensionnelle de la vie sociale, de manière à intégrer l'étude des manifestations culturelles à l'analyse de la dimension social et économique.

L'approche fonctionnaliste de l'équipe de la *Stirling County Study* et de l'étude sur les sociétés complexes de Hannerz facilite sans doute la rencontre entre la sociologie et l'anthropologie en explorant les affinités entre la sociologie de Durkheim et l'anthropologie sociale britannique. Dans l'anthropologie sociale anglaise, le support de base dans la formation des systèmes réside dans le concept de structure sociale. Ainsi, les fondements structurants ne sont pas recherchés dans les manifestations culturelles, mais dans le système de relations sociales que la culture produit. Les concepts de société et de culture correspondent à la forme et au contenu d'une même réalité. Cette approche implique que la communauté maintient avec la société une relation de métonymie.

Au Brésil, une analyse socioanthropologique de la santé mentale des femmes de milieu populaire à São Paulo utilise la notion d'*habitus* présentée par Bourdieu. Comme l'affirme, Castro (1992 in Goldani,1993) la structure de classe conditionne les pratiques mais elle ne les détermine pas. Il existe une classification qui ne provient pas de la connaissance pure mais qui est toujours dirigée vers l'objet pratique, et sa cohérence est structurée par les relations entre le sexe, l'âge ou la classe sociale (Bourdieu, 1977). Les êtres humains dans la création de leur univers, sont contraints par les structures existant à l'extérieur jusqu'au coeur du sujet, sous la forme de ce que Bourdieu (1980) appelle l'*habitus*. En étant produit de l'histoire, l'*habitus* engendre des pratiques individuelles et collectives. Ainsi, l'ensemble des dispositions à agir, penser, percevoir et sentir est la reproduction des structures sociales externes. Comme l'explique Bourdieu, la position de la personne dans la structure des classes sociales amène la constitution d'un *habitus* de classe. Et plus que le critère sexuel ou religieux, l'inégalité économique entre les groupes est fondamentale dans la classification sociale. L'*habitus* est donc une notion d'analyse pertinente pour interrelier les pathologies sociales aux conditions structurantes de pauvreté des femmes à travers le monde.

Concernant l'opposition entre le centre et la périphérie, Bourdieu ¹⁸ souligne que de nombreuses différences associées à l'effet de l'espace géographique sont davantage liées à l'effet de la distance dans l'espace social, ce qui implique une distribution inégale des différentes espèces de capital dans l'espace géographique.

¹⁸ Selon Bourdieu, « sur la base de la connaissance de l'espace des positions, on peut découper des classes au sens logique du mot c'est-à-dire des ensembles d'agents occupant des positions semblables qui, placés dans des conditions semblables et soumis à ces conditionnements semblables, ont toutes les chances d'avoir des dispositions et des intérêts semblables, donc de produire des pratiques et des prises de position semblables » (1984:4).

Dans la discussion de la dimension intérieure et extérieure d'un être humain, Bourdieu tend à valoriser ces deux aspects, toutefois il minimise l'univers intérieur. Par exemple, dans son livre *Choses dites*, il indique que la liberté est possible seulement par une conquête collective. Cette notion de liberté est davantage dirigée vers l'action pratique et non la capacité extraordinaire des êtres humains de se libérer dans leur vaste univers intérieur.

1.3 Réélaboration d'un modèle intégrateur

Tant la notion des modèles explicatifs de Kleinman que celle du réseau sémantique de Good soulignent la dimension supranarrative du sens de la maladie. La dimension de l'action occupe un espace secondaire en relation avec les récits. Les études interprétatives de ces deux auteurs sont souvent théoriquement sans rapport avec les travaux appliqués et sont trop cliniques.

Premièrement, les modèles explicatifs de Kleinman et les réseaux sémantiques de Good accordent trop d'importance à la dimension cognitive de la culture populaire sans considérer les manières par lesquelles les systèmes d'interprétation génèrent et soutiennent les pratiques concrètes des personnes. Deuxièmement, ils ne se réfèrent pas aux aspects contextuels tels que l'organisation sociale, les contraintes économiques et l'histoire sociale dans leur construction des perceptions et représentations de la maladie.

Un autre élément important à souligner est que la dimension subjective des travaux de Kleinman et de Good occupe un espace prédominant dans la représentation de l'expérience de la maladie. L'anthropologie aux États-Unis valorise les théories dans lesquelles l'individu est l'entité centrale. Dans son discours

prononcé lors de la conférence du GIRAME en avril 1995 à Montréal, Kleinman affirme à plusieurs reprises que la culture de son pays d'origine est essentiellement individualiste et souligne combien il est plus facile aux États-Unis de travailler avec la notion de culture, celle-ci pouvant parfois camoufler la question des classes sociales.

Dans les premiers travaux de Kleinman et de Good, la référence aux groupes culturels qu'ils ont examinés semble être homogène tant du point de vue culturel qu'économique. Les plus récents travaux de ces deux auteurs font état d'associations significatives entre la pauvreté et la santé mentale de certains groupes culturels. Selon eux, les problèmes de santé mentale seraient plus accentués dans des conditions de désordre social, de récession, de migration urbaine et de chômage (Kleinman, 1986). La dimension de l'ethnicité semble être le point central pour Kleinman dans ses études subséquentes. Selon lui, le diagnostic doit refléter l'homogénéisation et la diversification du monde. De plus, Kleinman (1995) critique la tendance occidentale à médicaliser les problèmes sociaux.

Selon Kleinman (1988), le monde personnel est influencé par des forces macrosociales et la dialectique entre le macro et le monde personnel est médiatisée par le système social local (famille, travail et communauté). La description ethnographique, subjective et bibliographique offre des données valables.

Dans ses recherches, Corin démontre une grande sensibilité envers le vécu des personnes en marge de la société. Elle fait ressortir des catégories et des systèmes conceptuels qui ne correspondent pas à l'ordre épistémologique du centre. Son travail sur les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie crée une nouvelle dynamique au sein du discours de l'anthropologie médicale en ce qu'il jette un regard

sur la culture, les systèmes de signification, les relations sociales et l'expérience subjective.

En resituant la folie dans un espace de sens, l'auteure légitimise le discours de « l'autre » maintenu dans le silence. Corin présente d'une façon créative la capacité qu'ont les personnes malades de s'adapter aux divers contextes sociaux et culturels. Pourtant, il ne faut pas oublier l'aspect de la souffrance liée à la schizophrénie.

Les femmes et les personnes en marge de la société ont certainement des façons créatives de rebâtir leur « moi » individuellement ou collectivement au moment des crises. La question est de savoir comment comprendre, au moyen de l'approche phénoménologique, le fait que les femmes pauvres et les femmes migrantes aient un taux plus élevé de problèmes de santé mentale à travers le monde, et qu'elles vivent plus de violence et d'abus sexuels.

Avec la globalisation du monde et l'immigration, les sociétés contemporaines sont appelés à être de plus en plus hétérogènes. Cette réalité demande aux anthropologues d'interrelier le social et le culturel. En se référant à Hannerz, Bibeau propose d'explorer le nouveau macroterritoire de l'anthropologie en intégrant les aspects social et culturel sans déconnecter le global du local. J'adhère en particulier au travail sur l'ouverture à la multiplicité des approches en psychiatrie socio-culturelle présentée par Bibeau.

Cependant, les études de ces quatre auteurs accordent peu d'importance à la question du genre en tant qu'entité culturelle, sociale et bioculturelle. Les théories des différences de sexe n'est pas considérée par ces auteurs comme étant de nature structurés et structurants.

2. Représentations des relations de genre

Plusieurs champs d'études soulèvent des aspects culturels, sociaux et politiques faisant partie de la problématique des femmes. Le débat académique et scientifique partout dans le monde produit sans cesse des recherches qui essaieront d'expliquer que les différences des rôles sociaux entre l'homme et la femme sont définies par des modèles culturels traditionnels.

L'introduction du concept de genre dans les analyses des relations sociales apparaît principalement dans les écrits des féministes anglo-saxonnes. « L'émergence de la catégorie de genre en sciences sociales suscite dans le domaine francophone un grand débat théorique », explique Severine Rey (1994) dans son travail *La catégorie de « genre » en anthropologie. Émergence et construction discursive*.¹⁹

Le mot « genre » devient un outil théorique qui traite de l'aspect relationnel qui existe dans les rapports sociaux de sexe. Il décrit l'apprentissage des rôles sexuels et de l'identité sexuelle tout au long de la socialisation d'un individu dans une société donnée. Le genre permet d'expliquer les rapports sociaux entre les sexes sur une base sociologique plutôt que de verser dans des explications reposant sur la

¹⁹ « Genre » est la traduction du terme anglais « *gender* ». Il désigne le sexe dans ses dimensions sociales et culturelles. L'homme et la femme naissent avec des appareils biologiques sexuels différents, mais c'est à travers la socialisation que les comportements masculins et féminins vont être définis pour que l'homme occupe davantage l'espace public et la femme le privé. Rey (1994) souligne qu'en français le mot « genre » se réfère en général au genre grammatical et au genre littéraire. Il ne traduit pas la dimension globalisante et dynamique de l'analyse des rapports entre l'homme et la femme que le mot anglais peut exprimer. Les féministes de langue française utilisent plus le concept de « relations sociales de sexe ». Au Québec, un terme équivalent à « *gender* » est « catégorie sociale de sexe » ou « rapports sociaux de sexe ».

biologie. Ce n'est pas uniquement le sexe biologique qui définit les femmes, mais la façon dont elles ont été éduquées, les valeurs qu'elles ont intériorisées et la manière dont la société définit le rôle social féminin.

L'étude de la femme comme catégorie délimite des frontières à l'intérieur du champ de l'anthropologie. Le sujet empirique « femme » donne des balises pour percevoir et délimiter la singularité culturelle quant aux questions de l'oppression de la femme et de l'asymétrie de pouvoir (Ortner, 1974; Rosaldo et Lamphere, (1974). Comme le souligne Sorj (1992), « différenciation du sexe, le genre est un produit social, appris, représenté, institutionnalisé et transmis au long des générations » (p.15).

Avec le terme « genre », les féministes ont cherché à légitimer académiquement les études féministes des années 1980. En soi, le terme n'avait pas une force analytique pour changer les paradigmes existants. Les féministes ont donc utilisé différentes approches théoriques dans leur analyse afin de souligner la formation de l'identité de genre depuis les premières étapes du développement de l'enfant. Pour les structuralistes, le langage est plus que les mots, c'est un système de significations, des ordres symboliques directement liés à l'inconscient, tandis que les théories de relation de l'objet se réfèrent davantage à l'influence d'une expérience concrète de l'enfant avec très peu d'emphasis sur l'inconscient. Selon Scott (1990), ces théories traitent de façon inadéquate les inégalités existant entre les hommes et les femmes. Les théories féministes contemporaines utilisent le terme « genre » en vue de revendiquer un champ propre de définition. Ce terme émerge dans une période d'effervescence épistémologique en sciences sociales avec l'influence des paradigmes littéraires et anthropologiques.

Le « genre » façonne les formes socialement acceptées par lesquelles le corps se manifeste. Le système culturel influence également l'expression du corps sexuel. Certaines valeurs morales et idéologiques ont été élaborées historiquement à partir des comportements différents des hommes et des femmes. Muraro (1996) soutient que, dès la naissance, il se crée deux structures psychiques : celle de l'homme, qui est ancrée dans la sublimation, dans la rationalité et dans le monde public, et celle de la femme ancrée dans le domaine de l'amour, dans la relation avec l'autre, dans les services et dans la soumission.

Selon Hollanda (1994), la position théorique de la notion de « genre » est liée à l'idéologie de la différence/altérité (notion de Derrida et Foucault) et à l'idée de déconstruction propre à l'épistémologie post-structuraliste et post-moderne. La réflexion théorique post-moderne adopte une position critique face aux discours totalitaires et aux monopoles culturels des valeurs et des institutions occidentales modernes (androcentrisme). Avec le concept de « déférence » de Derrida et celui d'« imaginaire » de Lacan, les féministes françaises s'interrogent à travers la littérature sur l'existence de la subjectivité féminine.

Au-delà des signifiants culturels et politiques de genre, Chodorow (1995) cherche à souligner que chaque personne a une façon individuelle de percevoir la féminité et la masculinité qui s'est infiltrée dans ses émotions et son imaginaire:

(...) gender cannot be seen as entirely culturally, linguistically or politically constructed. Rather, there are individual psychological processes in addition to (...). I suggest that each person's sense of gender - her gender identity or gendered subjectivity - is an inextricable fusion or melting of personally created (emotionally and through unconscious fantasy) and cultural meaning (Chodorow, 1995 : 517).

D'autres auteurs, comme Haraway (1994), questionnent cette tendance du post-modernisme qui requiert une réinvention de la culture de façon à libérer l'hétérogénéité sans référence politique. « Le concept de textualisation dans la théorie post-moderne est critiqué par des auteurs marxistes et féministes socialistes, justement pour son mépris utopique par rapport aux relations de domination qui fondent le jeu de la lecture arbitraire » (Haraway, 1994:247- ma traduction). Dans son article sur les *cyborgs*, l'auteure soutient que les dominations ne s'impriment plus à travers la médicalisation et la normalisation: « elles fonctionnent à travers un système et des réseaux, d'élaboration des communications et de l'administration des tensions » (1994:248). Selon Lauretis (1994), la relation de genre est une représentation d'une relation sociale d'un individu à travers une classe, un groupe ou une catégorie. Et si les rapports entre les sexes sont construits socialement, ils peuvent donc être aussi transformés.

Avec le mouvement de revendications des femmes noires et des femmes autochtones, la catégorie « femme » ne peut plus être traitée de façon homogène : le « nous les femmes » est remis en question (Saffioti, 1992). Dans le cas du Brésil, quand on se réfère à la catégorie « femme », il faut prendre en considération les caractéristiques individuelles de race, d'ethnie, d'âge, de conditions sociales, d'état civil, de religion et de culture. Les groupes de femmes noires au Brésil conçoivent le sujet féminin comme étant multiple et non unifié comme le revendiquaient auparavant les féministes de race blanche (Carneiro, 1994).

Les théories féministes soulignent aussi l'exclusion séculaire des femmes des sphères politique et économique. Selon Said (1989), tant les études des femmes que les études ethniques ou anti-impérialistes priorisent dans leurs analyses le droit des

groupes marginaux de s'exprimer et d'être représentés dans les domaines politiques dont ils étaient exclus auparavant.

Le genre est un facteur important de différenciation dans la vie quotidienne, particulièrement en matière de maladies mentales (Villela, 1992). Une lecture de la souffrance psychologique des femmes à partir de la perspective de genre vise à cerner la manière dont les femmes s'insèrent dans une culture patriarcale. Les aspects culturels de la construction de l'identité féminine doivent être considérés : les stéréotypes sexistes, la violence et la pauvreté ont en effet un impact important sur l'équilibre psychologique des femmes.

3. *Nervoso* et vie nerveuse des travailleurs urbains – Duarte

Selon Duarte (1986), la littérature sur le *nervoso* propose une corrélation entre un mode de construction sociale de l'identité des travailleurs, un mode d'insertion dans les régimes de reproduction sociale de groupes de travailleurs urbains et un mode d'expérimentation.

La « maladie des nerfs » apparaît dans le contexte des centres urbains au Brésil, où l'hétérogénéité culturelle crée des codes de communication différents entre les individus des classes sociales (Velho, 1980). Boltansky (1979), note également que les classes populaires nomment ainsi les troubles émotionnels.

Certains symptômes liés aux problèmes du foie sont attachés au *nervoso*, de même que le mal de tête et les étourdissements. Mais la majorité des symptômes physiques du *nervoso*, de même que tous les symptômes moraux, sont en relation avec la tête. La tête est d'une certaine manière le centre des nerfs. La représentation

de la relation idée/tête peut ainsi apparaître pour expliquer la folie ou la maladie mentale. « La représentation entre la tête et le cerveau englobe la capacité morale autour des catégories comme volonté, obligation, responsabilité et honneur » (Duarte, 1986 :157).

L'utilisation de la locution « perturbations physico-morales » mise de l'avant par Duarte (1993) vise à éviter le problème des déterminations physiques, sociales ou psychiques pour privilégier le comportement ou l'intersubjectivité exprimés des phénomènes qui sont classifiés dans le corps, dans l'esprit, dans l'ordre cosmique et religieux, dans l'ordre quotidien des relations personnelles et qui sont distingués entre les catégories telles « *nervoso, aflição, maluquice, perturbação, doideira, loucura* » (maladie des nerfs, angoisse, manie, perturbation, démence, folie) (1993 : 17). Selon la stratégie anthropologique de Duarte, la détermination des langages et des codes permet que les expériences aient un sens pour les personnes de la classe ouvrière.

Selon Duarte (1986), la catégorie de nerfs, *nervoso*, nervosité et maladie des nerfs conduit à la compréhension sociale et culturelle des classes de travailleurs en relation avec le travail, la voisinage, la famille, les institutions ainsi avec une représentation de la santé, de la religion, du quotidien, de rituels, de la normativité et de la déviance.

Les perturbations liées au *nervoso* comprennent un nucléus de symptômes physiques et de symptômes moraux qui actionnent les métaphores organiques. L'étude de *nervoso*, qui est un mode ou un code pour exprimer les « perturbations physico-morales » vécues par les membres des classes de travailleurs, permet donc d'atteindre un niveau analytique privilégié pour la compréhension des caractéristiques de la culture (conception de personne) et de la manière dont

s'articule la relation avec les mécanismes sociologiques et culturalistes des classes sociales.

D'après Duarte, les classes de travailleurs urbains ont une culture axée sur des valeurs et des principes propres qui se différencient de ceux de la culture dominante. La culture des classes travailleuses se distingue notamment en ce qu'elle ne donne pas d'emphase à la valeur de l'individu.

Duarte utilise l'opposition hiérarchie-individualisme dans son travail, en accord avec les principes généraux de la « théorie de la hiérarchie » de Dumont.²⁰ Si on considère les postulats de l'universalité de l'opposition hiérarchique, l'opposition entre holisme et individualisme se présente dans les sociétés complexes. La notion de l'individu en tant qu'unité isolée a été développée en Occident, tandis que dans les sociétés hiérarchisées, la notion de personne est dominante. Contrairement à la formation protestante, au Brésil, le catholicisme détermine que l'âme est plus importante que le corps, et que la personne est plus importante que l'individu. La dialectique entre individu et personne au Brésil, se traduit ainsi par un petit groupe formé de personnes hiérarchisées, qui contrôle la vie et le destin des milliers d'individus qui doivent obéir à la loi (da Matta, 1978).²¹

²⁰ Louis Dumont (1972) effectue une étude comparative de l'idéologie moderne à partir de la découverte en Inde d'un principe hiérarchique subordonnant l'ordre des faits matériels et structurant l'organisation sociale. Son étude repose sur la mise en perspective de la modernité par rapport à la société indienne. C'est à partir de l'opposition hiérarchique de la valeur, que Dumont construit son approche comparative. Dans une société traditionnelle comme l'Inde, la valeur est ancrée dans la relation à la totalité sociale, ce qu'il nomme « orientation holiste ». La société traditionnelle valorise le groupe et subordonne l'individu aux besoins du groupe, tandis que la société moderne met en valeur l'individu et non la société.

²¹ Pour comprendre cette dynamique, da Matta présente le célèbre dicton brésilien : « à ceux qui ne sont pas bien nés, la loi, aux amis, tout ; aux individus, la loi ; aux personnes, tout » (1978 :193).

Chez Duarte (1986), la culture des classes des travailleurs urbains est hiérarchique par opposition à l'« individualisme » qui est une valeur idéale dans les segments moyens et supérieurs de la société. Dans le monde occidental, la notion de l'individu est dominante comme catégorie philosophique, juridique, sociale, économique et religieuse. Tout comme Dumont, da Matta affirme que dans la notion de l'individu est impliquée aussi la notion du social : « La notion de l'individu peut être posée en contraste avec l'idée de personne (aussi une construction sociale), qui exprime un autre aspect de la réalité humaine » (da Matta, 1978:180).

La notion de personne peut être un versant collectif de l'individualité, un masque placé sur l'individu (lignage, clan, famille, association, église, club, etc.) qui de cette manière se transforme en être social (in da Matta, 1978:182). Ces masques sont des signaux sociaux souvent marqués par une idéologie complémentaire et fondés dans la réciprocité. Au Brésil, alors que l'univers des individus est formé d'espaces impersonnels, de lois, de règlement, dans le système de personnes, tous se connaissent et se respectent. Dans ce genre de relation, les personnes supérieures ont le rôle de guider et de contrôler le peuple. Et tant le rituel *você sabe com quem está falando?* (vous savez avec qui vous parlez ?) que le célèbre *jeitinho* (une manière de faire) autorisent une forme de contournement des lois. C'est ainsi que les personnes ayant des connaissances influentes n'obéissent pas aux lois; d'ailleurs comme souligne da Matta (1978), les lois sont appliquées seulement aux individus.

Selon Duarte (1986) deux questions sont importantes dans l'analyse des perturbations physico-morales. D'abord, la question de l'ethos masculin, qui fait en sorte que les hommes sont moins affectés par la maladie mentale et les perturbations physico-morales en général que la femme. La deuxième, c'est que l'homme faible est perçu comme structurellement proche du côté féminin, qui est plus sensible aux

maladies et aux perturbations physico-morales et recherche plus d'aide thérapeutique.

Certaines oppositions structurantes sont importantes pour l'observation des jeux de perturbations physico-morales dans la construction différentielle par genre, classe et âge : extériorité (interpersonnel) – homme, haut (supérieur), tête, corps, force, physique, sang ; intériorité (intrapersonnel) – femme, bas (inférieur), tête, sensibilité, moralité, nerfs. La qualification différentielle de la personne se précise aussi en termes de classe et d'âge.

Du point de vue intérieur, les nerfs occupent une place plus prédominante que le sang. La sensibilité nerveuse est vue comme plus féminine, la femme souffrant de manière plus indirecte et privée, et elle se manifeste plus dans la crise de nerfs à partir de l'intérieur vers l'extérieur.

Dans les qualités d'extériorité, l'élément homme s'associe à son obligation face au travail. Le travail idéal doit respecter l'ordre physique et moral. L'objectif principal de l'exécution du travail repose sur la responsabilité morale de la reproduction du nucléus familial. Le devoir masculin propose les tâches idéales qui composent l'identité masculine : maintenir le respect et nourrir la famille. Le travail associe l'homme à la vie de la rue.

L'élément de la femme de classe populaire est interne et privé, et caractérisé par un rapport privilégié avec la maison. Pour la femme, le monde de la rue est restreint à certaines situations de promenade, des fêtes et la fréquentation des espaces religieux. Il n'y a pas d'emphasis sur les capacités physiques et mentales de la femme. L'exécution des tâches domestiques et la gérance des recours familiaux

exigent des qualités jugées inhérentes à la condition féminine. La carence de ces qualités est localisée au niveau de la capacité morale traduite par les valeurs d'honneur et d'honnêteté qui constituent l'axe de base de l'identité féminine. Pour la femme, la morale est très stricte : elle doit incarner l'idéal prescrit par la morale, être le parangon de la vertu et une source d'influence bénéfique pour la maison.

La distinction qualitative associant l'homme à la responsabilité de la reproduction physique de la famille et la femme à la promotion de la moralité, souligne le caractère intrinsèquement complémentaire de l'opposition homme/femme dans la constitution totalisatrice de la famille. Mais plus encore, la rencontre de ces deux extrêmes crée une dynamique interpersonnelle telle que les relations entre l'homme et la femme sont nécessairement hiérarchiques, ce qui présuppose réciprocité et complémentarité.

Ce modèle idéal de plan relationnel de base peut produire des tensions et des perturbations dans son exécution. Dans la logique de complémentarité, l'homme est associé à la rue, il est expulsé de la maison. L'homme doit avoir la capacité d'assumer la responsabilité de la maison et du travail. L'espace de socialisation de l'homme en dehors de la maison a un rapport avec son propre espace de travail. Chez l'homme, le travail est la source de perturbations majeures. La consommation de l'alcool par les hommes est vue par les femmes comme un élément de danger. Les femmes des classes ouvrières perçoivent l'alcool comme déclencheur des perturbations masculines de type *nervoso*.

Pour ce qui est de la femme, le drame de la trajectoire de l'affirmation ou de la négation de la famille est très intense et structurellement divers. Et, à la base, les

perturbations des femmes sont en lien direct avec les pertes relationnelles et sont imbriquées dans les relations familiales.

La vie urbaine interfère dans les conditions physico-morales des sujets, pouvant devenir en soi un facteur de perturbations nerveuses. En effet, alors que la vie à la campagne est intérieure et que ce caractère intérieur est associé à une certaine lenteur, les représentations positives de la ville sont surtout associées au travail. Le travail urbain, étant plus moderne et plus ample, offre en principe plus de liberté, plus de services de santé et de meilleures possibilités d'études. Par contre, ses caractéristiques négatives sont liées aux difficultés de trouver un emploi, au manque de nourriture, aux difficultés causées par le bruit, la pollution, l'exposition à une vie marginale et à la violence.

Ces perturbations nerveuses sont encore plus susceptibles d'atteindre les domestiques qui habitent chez leur employeur. Ceci s'explique d'une part du fait que la maison du patron n'est pas vraiment un chez soi pour les domestiques. D'autre part, la condition de travailleur domestique est caractérisé par l'isolement de la femme de son espace social et sa réclusion dans une situation ambiguë.

Le *nervoso* est à la frontière de la folie. Il se qualifie par une démonstration publique de la perturbation, avec des attaques, des crises d'agression. Mais, chez les classes ouvrières, son mode de représentation dans le domaine psychologique demeure confus et contradictoire.

4. Éléments d'un modèle socio-anthropologique pluriel

Le présent cadre théorique sert à procéder à une lecture approfondie des multiples facteurs qui conduisent à l'émergence et au maintien des problèmes de santé mentale. Or nous l'avons vu, la matrice culturelle et le système social sont des facteurs déterminants qui interagissent continuellement dans la souffrance psychologique des femmes. C'est pourquoi le modèle d'analyse retenu ici vise à souligner l'expérience individuelle des femmes face aux problèmes de santé mentale en prenant en considération le contexte global de vie qui rend cette expérience significative. Pour traduire les relations et la dynamique d'échange, une approche socio-anthropologique plurielle permettra d'évaluer la manière dont les femmes donnent du sens à leur souffrance psychologique, et le lien qui se forme entre les difficultés émotionnelles qu'elles vivent et le contexte socioculturel plus large.

La complexité du contexte urbain d'une ville comme São Paulo en voie de transformations culturelles profondes, fait éclater toute notion de culture homogène. Cette complexité culturelle est d'autant plus significative dans la périphérie de São Paulo où se concentre la population originaire du nord-est et de l'état de Minas Gerais. Cette composante est donc fondamentale à mon analyse puisque c'est dans un mouvement de recours à des valeurs et des croyances d'origines diversifiées que les femmes construisent et évaluent leurs propres histoires (Bibeau, 1994)

En plus d'utiliser la reconstruction de cas individuels (biographies, suivi) j'accéderai à la dimension culturelle relativement aux problèmes de santé mentale des femmes par deux voies dont l'une est la voie cognitive de Kleinman et l'autre, la voie expérientielle de Good (le monde subjectif des femmes).

Dans la lignée de Kleinman, je pense qu'il est important d'utiliser un cadre conceptuel basé sur des systèmes d'interprétation et d'explication des problèmes de santé. Le modèle de la négociation entre représentations contribue à la compréhension de la façon dont les femmes entrevoient la nature et l'origine de leurs problèmes et indique dans quelle mesure ces modèles apportent un soutien aux négociations entre patiente et praticien quant au traitement adéquat. Toutefois, vu l'hétérogénéité et le métissage des populations à São Paulo, le système cognitif de Kleinman semble être trop fragmenté pour rendre compte des réalités diverses liées aux problèmes globaux d'actualité.

Quant à l'approche de Good, elle me permet d'appréhender les discours par la dimension des réseaux sémantiques. Si les femmes avouent plus facilement que les hommes leurs problèmes psychologiques et leur dépression, c'est qu'elles ont appris culturellement à verbaliser davantage leurs émotions que les hommes. L'analyse des discours par le modèle de construction du récit de la maladie de Good est essentielle si l'on veut comprendre les problèmes psychologiques des femmes.

J'étudierai aussi les rapports entre la marge et le centre puisque la majorité des femmes vivent en marge de la société, espace où je rejoins Corin. Les femmes de milieu populaire qui ont des problèmes de santé mentale sont doublement en marge de la société urbaine de São Paulo. La dynamique de la marge permet de mieux comprendre les faits sociaux et culturels plus centraux de la société brésilienne.

La complexité des formes que prennent les problèmes de santé mentale des femmes de milieu populaire à São Paulo exige une ouverture à une multiplicité d'approches, comme le propose Bibeau (1994).

D'abord il est nécessaire d'observer l'impact des variables sociales sur les codes symboliques et la manière dont ces codes sont actualisés dans des situations spécifiques vécues par des femmes de milieu populaire qui sont exposées à des conditions de vie précaires, dues aux contraintes externes, soit sociales, politiques et économiques.

De plus, l'approche socio-anthropologique adoptée ici combine les perspectives du fonctionnalisme social. Il est essentiel de démontrer les dynamiques sociocommunautaires, d'identifier les formes d'organisation sociale ainsi que les principes de base des systèmes normatifs. J'essaie d'évaluer l'impact de l'environnement socioculturel spécifique à la périphérie sur les femmes ainsi que l'interrelation entre processus collectifs et processus individuels. À São Paulo, une analyse socioanthropologique de la santé mentale des femmes de milieu populaire utilise avantagement la notion d'habitus de classe présentée par Bourdieu. J'essaie d'évaluer si l'ensemble des « dispositions » des femmes à agir, penser, percevoir et sentir reflète la reproduction des structures sociales externes. L'inégalité économique entre les groupes est fondamentale dans la classification sociale.

Le concept de genre, ce qui représente être femme et épouse dans un milieu de vie précaire où la structure familiale est patriarcale, aide aussi à comprendre les difficultés et les problèmes qui marquent la vie des femmes. L'important est de savoir comment ces femmes intègrent leur microsociété et leur histoire locale et comment elles conçoivent leur condition de genre.

L'idiome de souffrance psychologique utilisé par les femmes de milieu populaire, le *nervoso*, me servira à accéder à un niveau analytique de compréhension de la construction de la notion de personne et de ses perturbations physico-morales.

Enfin, l'interaction entre les niveaux phénoménologique, contextuel et sémiotique est saisie dans les situations concrètes vécues par les femmes. Le modèle théorique se fonde sur une approche comportant des aspects socioculturels pouvant être décomposés en dimensions et indicateurs qui se prêtent plutôt à l'analyse qualitative.

Conclusion

Dans ce travail, la référence à l'anthropologie médicale et l'ethnopsychiatrie est importante pour tenir compte de l'expérience personnelle et de la réalité sociale et culturelle à l'intérieur de la complexité de l'espace urbain de São Paulo.

Tant les variables collectives que subjectives sont fondamentales pour mieux comprendre le développement des problèmes de santé. Notamment, dans un contexte mondial, il importe de tenir compte des différences socio-économiques entre les pays ainsi qu'entre les classes sociales dans un même pays, car le manque de ressources financières dans certaines régions du monde influence considérablement la qualité de vie de la population en région défavorisée. Les inégalités sociales et économiques entre l'homme et la femme à travers le monde sont aussi des facteurs fondamentaux et structurants dans l'analyse.

Le modèle utilisé ici vise à fournir des éléments susceptibles de permettre une lecture adéquate des multiples facteurs qui interviennent dans la genèse des

problèmes de santé mentale des femmes de milieu populaire à São Paulo. L'approche par les dimensions socioculturelles permet d'identifier les caractéristiques du contexte entourant les problèmes, et d'étudier de quelle manière les variables sociales et culturelles influencent ce contexte et orientent les comportements des individus.

Le développement des problèmes de santé mentale au sein d'une population est le résultat d'une conjonction de multiples facteurs. Ceci est d'autant plus vrai dans un contexte aussi complexe que celui de São Paulo. L'analyse de cette problématique requiert donc une approche globale souple qui prendra en considération l'ensemble des facteurs et leurs dynamiques afin d'en arriver à mettre en place des stratégies d'intervention adéquates.

CHAPITRE IV – DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Introduction

Je me suis longuement questionnée sur la relation entre le chercheur et le groupe étudié. Pendant toute la durée de la recherche, j'ai essayé de démontrer que la connaissance ne peut pas se libérer de l'idéologie. C'est dans la description des faits quotidiens que j'ai pu reconstruire des réseaux de signification importants. La familiarité avec la culture brésilienne s'est même avérée un atout en ce qu'elle m'a permis de me rapprocher davantage des signifiés plus profonds. Cette proximité ne m'a pas toutefois pas empêchée d'enregistrer les incohérences et les informations contradictoires qui se manifestent parfois dans les systèmes d'explication présentés par les personnes au cours de la recherche. Mon statut social différent des femmes rencontrées a permis de créer un certain éloignement nécessaire à la compréhension de l'autre.

C'est par les techniques de recherche comme l'observation participante et les histoires de vie que je cherche d'abord à dégager une image multidimensionnelle de la vie sociale et culturelle des femmes de milieu populaire de São Paulo. À travers leur expérience subjective, je vise à cerner le lien qui existe entre la place que la femme occupe dans la structure familiale patriarcale au Brésil et l'émergence de sa souffrance psychologique. L'observation participante s'est avérée l'approche la plus appropriée pour cerner les faits à décrire dans les chapitres de ce travail. Quant à l'histoire de vie, cette technique demande moins d'interférence de la part du chercheur et permet que les femmes rencontrées énumèrent de manière spontanée les événements les plus significatifs de leur vie. Enfin, le guide d'entretien vise à souligner des données sur l'origine socio-économique, des renseignements sur la

famille, les souvenirs de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte ainsi que les rêves d'avenir.

1. Instruments de recherche et cueillette des données

1.1 Observation participante

J'ai commencé ma recherche de terrain en septembre 1995. J'ai demeuré pendant un an dans le quartier de Pinheiros dans la région sud de la ville de São Paulo. Pendant mes longs déplacements du centre à la périphérie de São Paulo, j'ai pu prendre plusieurs notes sur le vécu quotidien des *Paulistanos* dans les transports collectifs. J'ai aussi cherché des éléments pour révéler le lien entre le discours des informatrices et leur comportement devant des situations concrètes. Sans être incorporée totalement à la situation locale observée, j'ai cherché à m'intégrer suffisamment pour mieux réaliser la tâche d'ethnologue, soit de transformer le familier en exotique, comme le propose Da Matta (1978). J'étais consciente de devoir maintenir cette objectivation tout au long de la recherche. Le matériel ethnographique m'a permis de faire ce que Geertz (1978) a nommé une description « dense ».

Afin d'établir un premier contact informel avec les usagères du Centre d'assistance psychosociale (CAPS), il s'est avéré important pour moi de participer à une telle activité, par exemple, une assemblée des usagers des fêtes, des rencontres d'information, etc. Le but était de réduire la distance entre le sujet et l'objet, d'établir un climat de confiance. Cette démarche a été plus longue que prévue. Mais, sans pourtant faire partie de l'institution, j'ai réussi à être acceptée comme participante aux rencontres avec les femmes.

Par le travail d'observation directe, j'ai cherché à faire un lien entre le récit des femmes sur leur vie émotionnelle et leur monde social et subjectif. Les techniques d'observation participante et des registres des cahiers de terrain ont aidé substantiellement à recueillir l'information ethnographique. J'ai participé à la vie quotidienne du CAPS pendant six mois.

Treize rencontres ont eu lieu à l'Association des femmes de la zone est (AMZOL). Environ 10 à 12 femmes ont participé au cours sur la santé mentale des femmes. J'ai des notes exhaustives sur ce dont ces femmes ont discuté pendant les 13 sessions.

1.2 Guide d'entretien

J'ai utilisé l'approche biographique qui fait appel à la technique de récits de vie.¹ Cette technique a été favorisée parce qu'elle correspondait aux objectifs de la recherche, c'est-à-dire de réduire le plus possible l'interférence de la chercheuse, afin de laisser les femmes libres de parler de leur vie dans un espace et dans un temps qui leur était propre.

Le guide de rencontre a été construit en fonction du modèle théorique qui visait d'abord à cerner les histoires de vie des femmes de milieu populaire. L'entrevue ne comportait que peu de questions préétablies. Avec des thèmes plus au moins précis au départ, j'ai cherché à dégager des données sur l'origine socio-économique, la famille, les souvenirs de la petite enfance à l'âge adulte.

¹ « L'utilisation de l'approche biographique fait appel à différentes techniques utilisant des appellations plus ou moins distinctes : les récits de vie, les récits de pratique, les histoires de vie, l'autobiographie » Desmarais et Pilon 1996 :12)

Pour la deuxième partie de l'entretien, j'ai essayé d'aborder l'expérience personnelle de vie des femmes liée à la fois à l'AMZOL et au CAPS. Par des questions ouvertes, j'ai voulu cerner la manière dont les femmes s'insèrent à l'intérieur de ces deux institutions (voir en annexe I).

1.3 Déroulement de l'entretien

Au départ, j'ai voulu rencontrer des femmes dans la périphérie qui présentaient des problèmes de santé mentale mais qui ne fréquentaient pas nécessairement, au moment de la rencontre, une institution psychiatrique traditionnelle. À cause de la confidentialité des dossiers, il a fallu obtenir une permission de la direction pour recruter des femmes dans les centres hospitaliers. L'objectif étant de pouvoir rencontrer les femmes d'une manière informelle, la procédure administrative et bureaucratique a été écartée.

Les associations de femmes de la périphérie de la zone est de São Paulo ont été recensées afin de connaître les services offerts aux femmes qui vivent des problèmes socio-affectifs ou qui éprouvent des difficultés à s'intégrer au nouveau contexte socioculturel. L'aide des associations locales a été importante pour l'identification des femmes qui vivent ou qui ont déjà vécu des problèmes de santé mentale.

Toutes les femmes d'AMZOL participaient activement aux activités de l'église catholique du quartier. Tout comme pour Sarti (1989), dont le premier contact avec la périphérie s'était fait à travers les représentantes de l'église catholique, mon univers de recherche dans la périphérie s'est limité, comme le sien, au monde des femmes qui vivaient dans les familles soumises au modèle prédominant. D'ailleurs, le but de trouver une catégorie universelle qui corresponde à un modèle type de la femme de la périphérie ne fait que voiler l'hétérogénéité

existante. Certains auteurs, comme Scheper-Hughes (1997), critiquent à cet effet les théories féministes occidentales de Nancy Chodorow (1978) et de Carol Gilligan (1982) sur la question de « *womanly ethos* » qui établissent certaines normes culturelles comme étant universelles, en écartant ainsi les expériences des femmes pauvres, des travailleuses et des femmes du tiers-monde.

En prenant en considération le fait que les femmes de milieu populaire ont l'obligation de se déplacer au centre-ville pour obtenir des services publics adéquats en santé mentale puisque ceux offerts dans la périphérie sont très précaires, le CAPS (un service communautaire en santé mentale dans la ville de São Paulo) a été contacté. C'est grâce à cet hôpital psychiatrique de jour ouvert au début des années 1980 et situé au coeur de la ville de São Paulo, que j'ai pu entrer en contact avec des femmes qui ont un vécu psychiatrique institutionnel.

Les deux premières femmes rencontrées ont joué un rôle déterminant en ce qui concerne le recrutement des autres participantes. Ces deux femmes très présentes dans la maison ont d'abord parlé de mon travail de recherche aux autres. Puis, elles m'ont non seulement indiqué certaines candidates potentielles, mais elles ont pris l'initiative d'aller solliciter personnellement leur collaboration. Un climat de confiance s'établissait plus facilement lorsqu'une cliente du CAPS servait d'intermédiaire. Cette façon de procéder est courante au Brésil où les contacts avec l'extérieur s'établissent à travers des liens d'amitié.

Par exemple, Carla pensait que c'était bien pour les femmes de parler de leur vie à quelqu'un qui pouvait les écouter. Elle a affirmé qu'il y avait plus d'hommes qui fréquentaient le CAPS que de femmes. Carla m'a présenté Elsa. Au début, cette femme se disait incapable de parler de son vécu mais, sur l'insistance de Carla, elle a

accepté de m'accorder un entretien dans une salle fermée au rez-de-chaussée de la maison.

À São Paulo, plusieurs organismes communautaires se penchent sur la santé des femmes. Premièrement, une recherche téléphonique a été faite sur les centres de femmes de la ville de São Paulo pour connaître ceux qui travaillaient plus directement sur les problèmes émotionnels des femmes. Après une longue enquête, j'ai su qu'il existait une association de femmes dans la zone est de la ville (AMZOL) qui abordait les questions de santé mentale avec les femmes-membres dans des rencontres hebdomadaires.

Après un bref contact téléphonique avec Onoris, une des coordonnatrices de l'association a proposé une rencontre chez elle. Comme visiteuse, j'ai pu participer à une section du cours sur la santé mentale organisé par l'Association des femmes de la zone est. Dès le début, cette coordonnatrice s'est montrée très favorable à la recherche.

Les femmes étaient invitées à parler de leur vie en respectant une certaine chronologie qui allait de l'enfance jusqu'au moment de la rencontre. Il me fallait être attentive à leur discours : en cela, mon expérience comme intervenante et mon statut de femme m'ont facilité la création d'un espace d'interaction favorable avec les informatrices. Un rapport souple entre le chercheur et les narrateurs est fondamental pour le bon déroulement de l'entretien.

Les rencontres se sont effectuées à São Paulo pendant l'année 1996. Chaque entrevue individuelle a duré en moyenne une heure et demie. Le lieu de la rencontre a été déterminé par les femmes : celles d'AMZOL ont préféré parler dans leur

résidence. Les rencontres avec les femmes ayant un vécu psychiatrique ont eu lieu au CAPS, où la direction a mis une salle vide à notre disposition pour les entrevues.

Dès la première rencontre avec les femmes qui ont participé à ce travail, j'ai tenté d'établir un rapport de confiance avec elles. Je suis partie de la prémisse que ce que ces femmes me racontent est leur vision du monde. Leur manière de vivre leur souffrance psychologique donne du sens à leur vie. Quand les femmes éprouvaient de la difficulté à enchaîner leurs idées, un guide de thèmes était suivi. À la fin de la rencontre, elles pouvaient ajouter des commentaires sur leur entrevue. Tout renseignement a été signalé comme confidentiel, ce qui a permis à certaines d'aborder globalement et aisément leur vécu, de l'enfance à l'âge adulte. D'autres ont trouvé l'expérience plus douloureuse. La spontanéité avec laquelle elles ont raconté leurs expériences a été fortement appréciée. En général, elles ont accepté d'aborder les thèmes dans le guide et les rencontres se sont déroulées dans un climat de collaboration. Notamment, il n'y a pas eu de résistance lorsque dans un cas, j'ai demandé à une femme de refaire l'entrevue à cause de problèmes techniques.

Il faut mentionner que la rencontre de femmes ayant un vécu psychiatrique est une opération particulièrement délicate. La complexité du vécu psychiatrique, l'enfermement non désiré, de nombreuses hospitalisations antérieures, des expériences négatives souvent traumatisantes, conduisent les femmes à être méfiantes envers les inconnus. De plus, cette clientèle se trouve souvent lésée dans ses droits. Et parfois, la surmédication peut empêcher une bonne expression orale.

D'autres obstacles se sont présentés. D'abord, la participation à des rencontres n'intéressait pas toutes les femmes. En outre, les clientes du CAPS avaient déjà été pressées par de multiples demandes de recherche. Ajoutons que certaines femmes se sentaient inhibées ou refusaient simplement de dévoiler leur vécu

émotionnel devant un magnétophone. Ainsi quelques entretiens n'ont pas été enregistrés, à la demande des informatrices. Dans certains cas, les informations ont été notées par écrit au fur et à mesure que les femmes parlaient. Et quelques informations significatives ont parfois été formulées avant ou après l'enregistrement. Cependant, sans l'enregistrement, il était inévitable que certaines données importantes soient perdues.

Tous les entretiens enregistrés ont été retranscrits intégralement. Les noms des femmes interrogées ont été changés pour préserver leur anonymat et celui de leurs proches.

2. Analyse de récits de vie

Comme de Villers l'indique :

« La notion de "récit", comme énoncé d'une intrigue, réfère au narrateur. C'est lui qui a la maîtrise du récit. Sujet, de l'acte d'énonciation, le narrateur décide de l'orientation du questionnement qui motive et finalise la narration. C'est lui qui sélectionne, dans la complexité des faits vécus, ceux qui lui paraissent les plus significatifs de son expérience singulière. Il y a donc une véritable construction visant à saisir la cohérence et/ou les contradictions du vécu subjectif articulé au contexte social» (1996 :113).

Au Brésil, l'histoire de la folie des femmes a été longtemps méconnue, principalement celle de la femme de milieu populaire qui vit abandonnée dans la périphérie urbaine. Les récits des femmes interrogées révèlent un vécu riche en expériences humaines parfois très différentes de l'interprétation que les professionnels en psychiatrie émettent sur le sujet.

L'objet de la présente recherche était de donner la parole aux femmes qui n'avaient pas la chance de s'exprimer publiquement. L'application de la technique de l'histoire de vie a donc été privilégiée. Cette technique représentait un avantage

certain, vu qu'elle nécessitait un engagement moindre de la part de l'investigateur, ce qui permettait aux femmes en entrevue de présenter plus librement l'espace social et les thèmes auxquels elles s'identifiaient davantage. Leurs histoires ont fourni un matériel plein de sens. Lorsque considérées comme des êtres humains avec leurs émotions, leurs expériences, leur vision du monde et leurs problèmes propres, les femmes décrivaient leur univers et la façon dont elles s'y inséraient, elles fournissaient des éléments du portrait de leur identité sociale.

C'est à partir du modèle de structure discursive de communication de l'anthropologie structurale de Lévi-Strauss (1974), basé sur un système d'opposition et de corrélations entre plusieurs éléments, que se développe un champ des considérations conceptuelles sur les discours. Dans cette étude, le discours est considéré comme un moyen d'organiser l'expérience émotionnelle des femmes.

Le discours des femmes sur leur vie constitue une voie d'accès à la connaissance de leurs valeurs, de leur mode de vie et de leur manière de penser. Leurs discours réorganisent non seulement l'expérience individuelle mais aussi le contexte social : biographie et conditions sociales s'entrelacent. Ainsi, les récits sont des formes spécifiques à travers lesquelles la culture médiatise l'expérience (Good, 1977).

C'est à travers des événements d'existence, de condition de vie, d'amitié et de système d'aide que les femmes représentent leur univers. Le récit est un phénomène commun à tous les individus, il permet de nommer un monde social et intersubjectif (Good, 1997). Le langage est plus qu'une communication verbale, c'est l'expression d'un sujet sur le mode particulier d'un individu en relation avec le monde extérieur.

Le discours contient un fait, une situation. Il raconte aussi le sentiment de dignité de la classe populaire. Les petits événements de tous les jours deviennent significatifs. Ils reflètent les caractéristiques du quotidien ainsi que les sentiments profonds qui y sont rattachés. C'est un moyen de communication qui se convertit dans la possibilité de découverte de l'individualité de chaque femme.

La vision du monde des femmes (biographie, opinions, espoirs, conditions de travail et de résidence) apparaît à travers leurs discours qui gardent la richesse pratique de la connaissance des femmes des classes populaires. Le signifié de certains discours a aussi un sens collectif dû au fait que ces femmes partagent des vécus communs.

L'application de la phénoménologie aux sciences sociales fait émerger un intérêt pour les processus de base de l'interaction quotidienne. Elle met de l'avant que l'ordre social est continuellement produit à partir des conflits et de la négociation entre les agents. L'appréhension de la réalité est médiatisée par les catégories du discours scientifique et l'intermédiation de la subjectivité tant dans la collecte et la production des données que dans la construction des concepts qu'organise la représentation du réel. Dans cette perspective, l'objectivité est toujours relative. La critique de la rationalité et la découverte du quotidien comme thèmes dans les sciences sociales ou humaines partent d'une multiplicité de versants critiques rénovateurs de la connaissance qui cherchent à circonscrire le signifié que l'acteur attribue à ses actions.

Parmi les femmes rencontrées, j'ai choisi de présenter l'histoire de vie de six femmes. Trois de ces femmes ont un diagnostic psychiatrique. En raison de problèmes de santé, une femme d'AMZOL n'a pas pu me rencontrer pour l'entrevue. Je présenterai des extraits de son discours hors des rencontres

hebdomadaires sur la santé mentale des femmes. J'ai privilégié la présentation de l'histoire de vie de certaines femmes parce qu'elles montrent plus en profondeur le problème existant entre l'expérience des femmes et le contexte socioculturel de São Paulo.

Après une lecture exhaustive du matériel recueilli, j'ai procédé à une analyse thématique (verticale) de chaque entretien pour arriver à une synthèse des thèmes et de sous-thèmes abordés. À cet étape, je fus agréablement surprise de voir le niveau de compréhension et d'analyse que les femmes avaient de leur vécu. Les thèmes qui ont prédominé ont été incorporés dans l'analyse. Ensuite, comme les entrevues ont été faites en portugais, j'ai traduit seulement les passages traitant des thèmes préselectionnés. Comme Geertz (1978) le souligne, c'est l'interprétation des interprétations. Mais l'analyse des discours n'épuise pas la richesse du contenu de l'entretien, comme le regard, les choses non-dites, les expressions corporelles, le geste ainsi que la réciprocité entre le chercheur et l'interviewée.

3. Présentation des répondantes

En tout, dix entrevues ont été réalisées auprès de femmes qui fréquentaient le CAPS. Les entrevues se sont effectuées comme prévu au début de l'année 1996. Des 10 récits de vie recueillis, quatre ont été enregistrés à l'aide d'un magnétophone. C'est par l'entrevue semi-directive que j'ai voulu cerner la souffrance des femmes de milieu populaire et la manière dont elles lui donnent un sens. L'entretien devait aussi permettre au chercheur de faire émerger des informations, révélatrices de la sous-culture propre aux femmes ayant un vécu psychiatrique. J'ai des notes sur les activités de ces femmes au CAPS. J'ai aussi pu puiser des informations pertinentes dans les dossiers, qui m'ont permis de comprendre la trajectoire psychiatrique de ces dix femmes avant mon arrivée à la maison. Ces renseignements, je les ai obtenus à la

fin de mon séjour à la maison. Des entretiens avec une infirmière (Ana Luiza), une technicienne (Odette) et une stagiaire en psychologie (Marcia) ont aussi eu lieu au CAPS. Ces femmes ont parlé de leur travail comme intervenantes ainsi que du vécu quotidien des femmes fréquentant le CAPS.

Le profil socio-économique des dix informatrices du CAPS est le suivant: elles avaient toutes un long vécu psychiatrique et certaines fréquentaient le CAPS depuis plusieurs années. Une femme avait des enfants placés dans un centre d'accueil, une autre n'avait pas la garde de ses enfants et une troisième vivait avec son enfant dans la maison de ses parents. Les autres étaient célibataires. L'âge des femmes variait entre 25 et 50 ans. Leur scolarité se présente ainsi : plusieurs femmes avaient fini l'école secondaire, une femme seulement était à l'université et une autre était analphabète. La majorité des femmes rencontrées recevaient une pension d'invalidité du INPS. Toutes les femmes vivaient à São Paulo. Deux vivaient avec leur conjoint, les autres habitaient avec un membre de leur famille.

À l'AMZOL, toutes les membres qui participaient aux rencontres hebdomadaires sur la santé mentale des femmes venaient d'ailleurs. En général les femmes venaient en général soit de Minas Gerais ou du nord-est du Brésil. Au plan académique, deux femmes avaient étudié 10 ans, quatre étaient analphabètes et les autres avaient complété le niveau primaire. J'ai passé toute une journée avec trois femmes qui ont suivi des cours sur la santé mentale à AMZOL. Ces femmes étaient intéressées par la recherche. Dans ces entrevues, les trois femmes ont raconté leur histoire de vie (enfance, immigration à São Paulo, travail, vie familiale, problèmes économiques et environnementaux, etc.) et leurs expériences plus subjectives. Les entrevues ont eu lieu dans la résidence des interviewées. Une femme venait du nord de Minas Gerais, deux autres venaient du Nordeste, plus précisément de l'état de Paraíba et Bahia.

Conclusion

J'ai tenu compte des perspectives et de la méthode recommandée par Bibeau (1994) : les personnes, signale-t-il, se réfèrent de moins en moins à une seule culture; les systèmes représentatifs de signification sont insérés dans des modèles spécifiques d'organisation sociale (type de famille par exemple); les gens vivent de plus en plus dans des sociétés dominées par des experts et des professionnels; un nombre croissant de personnes sont privées de pouvoir et les marginaux, les exclus perdent leur pouvoir de s'exprimer et de briser le silence qui leur est imposé.

PARTIE II

CHAPITRE V – LES ENJEUX DE LA SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE AU BRÉSIL

Introduction

La problématique de la santé mentale en milieu populaire à Sao Paulo ne peut être vraiment cernée sans tenir compte des services auxquels la population peut recourir. En effet, au Brésil, les politiques gouvernementales appliquent un mode particulier de développement économique qui crée des conditions peu favorables à l'établissement et au développement de programmes adéquats en santé mentale. Ces politiques ont un impact sur les niveaux de santé dans la population car le style de développement prédominant, qui détermine la forme des institutions dans le pays, est planifié de manière à satisfaire une minorité privilégiée. Face à cette situation, la population en quête de soins socio-médicaux arrive dans certains cas à s'opposer aux services existants en fondant des institutions communautaires parallèles aux institutions étatiques. C'est cette quête de solutions que nous allons examiner ici.

Il est d'abord important de signaler l'interrelation entre le système psychiatrique et la société d'où il émerge, la question de la santé mentale étant directement liée à la question de la citoyenneté. De plus, l'observation des groupes et des institutions à ancrage communautaire de São Paulo révèle leurs racines dans les événements de l'histoire de l'urbanisation de cette ville. Ceci est en lien avec un concept développé par Kleinman (1986) à l'effet que les systèmes médicaux, quelle que soit leur nature, sont des systèmes sociaux et culturels. Il est enfin important de savoir la façon dont les femmes en particulier comprennent la nature de leurs

problèmes, l'origine, les conséquences ainsi que les traitements qu'elles se procurent dans la communauté pour soulager leur souffrance psychologique.

Mais avant d'aborder ces pistes d'exploration, l'énoncé de quelques paramètres s'impose. D'abord, il faut savoir que le système de santé mentale publique au Brésil est très chaotique : dans la périphérie de São Paulo, il n'y a pas assez de professionnels ni d'aide auxquels peuvent avoir recours les personnes qui ont des problèmes de santé mentale.

D'autre part, en 1990, la Conférence de Caracas s'est révélée une référence fondamentale pour les transformations en santé mentale nécessaires au pays. Le mouvement des travailleurs en santé mentale a été déterminant pour la réalisation de changements dans la psychiatrie brésilienne. Ces associations défendent les droits et les intérêts des patients psychiatriques et demandent une meilleure qualité de soins choisis par les usagers avec l'aide des techniciens en santé mentale.

Enfin, le mouvement des femmes a contribué à la lutte pour la démocratie au Brésil. La formulation déclarée par les féministes à l'effet que le « personnel est politique » indique un lien étroit entre le culturel et le politique. Ce faisant, on ne peut passer sous silence leur rôle dans la recherche de solutions aux problèmes de santé.

1. Contexte historique

Pour mieux se faire une idée de la condition de vie des patients des hôpitaux psychiatriques au Brésil, je citerai un texte du livre *Canto dos malditos* dans lequel l'écrivain Austregesilo Carrano Bueno (1993), un ex-patient psychiatrique, présente ouvertement les années de souffrance qu'il a vécues dans les hôpitaux psychiatriques au Brésil :

Nous, les patients, sommes traités encore aujourd'hui comme des animaux en rage, à l'intérieur des porcheries des hôpitaux psychiatriques brésiliens. Les électrochocs peuvent provoquer des fractures au fémur, à la clavicule, au maxillaire, etc., peuvent causer des lésions cérébrales, des arrêts cardiaques, brûler les neurones et entraîner jusqu'à la mort (page couverture).

À São Paulo, l'asile psychiatrique apparaît en 1852 dans une période où la ville vit une phase importante d'industrialisation. Cette croissance industrielle rapide attire de nouveaux habitants comme les immigrants, les Noirs et les anciens esclaves.

À cette période, la médecine brésilienne incorpore à ses pratiques les théories et les pratiques organicistes du psychisme européen. Au début du XIX^e siècle, les textes brésiliens sur l'aliénation mentale réfèrent aux écrits du psychiatre français Esquirol. Les discours de la médecine hygiénique, s'appuyant sur des traités scientifiques, aborderont des instances de la vie privée et des relations personnelles afin de les moduler selon des propos d'ordre et de discipline urbaine (Cunha, 1986). La médecine n'essaie pas seulement de traiter la santé des gens mais aussi celle de la ville qui est menacée par les épidémies et par les personnes soi-disant dangereuses qui y habitent: les Noirs, les prostituées, les enfants abandonnés, les voleurs, etc.

Le thème de la folie est abordé à l'intérieur d'un discours politique qui vise à exclure et maintenir dans les asiles les personnes susceptibles de perturber l'ordre public. La référence aux théories européennes de dégénérescence permettra la

médicalisation des comportements personnels et sociaux qui s'éloignent des normes morales. Si, d'une part, le déterminisme scientifique fait ressortir la nature héréditaire et les caractéristiques organiques de la maladie mentale, d'autre part, les comportements moraux sont toujours présents dans les élaborations de la médecine mentale. L'aliénisme se munira de la théorie de la dégénérescence pour sensibiliser les villes face aux problèmes criminels, moraux, de discipline au travail, d'hygiène sociale. Vu que les criminels, les délinquants, les prostitués, les vagabonds, les joueurs, les alcooliques, les Noirs, les anarchistes, les immigrants résistent à la discipline, à la normalisation et aux bonnes coutumes, ces « demi-fous » doivent être exclus dans des espaces médicaux asilaires.

L'internement psychiatrique dans les hôpitaux publics est essentiellement un phénomène lié plus étroitement à la classe pauvre. Les classes plus favorisées utilisent d'autres recours comme l'internement à la maison, le traitement dans les centres ambulatoires et les consultations dans les cliniques privées. Les riches ne sont pas obligés par la loi d'hospitaliser un membre de la famille qui est fou; par contre, pour les familles pauvres, pour le fou qui se promène dans les rues, l'isolement est jugé indispensable (Machado *et al.*, 1978).

Cunha (1986) signale dans son livre *O espelho do mundo. Juquery, a historia de um asilo* que, jusqu'au milieu du XIX^e siècle, les fous font partie intégrante de la vie quotidienne de la ville de São Paulo. Le contrôle de la folie s'effectue alors par la détention des personnes considérées socialement dangereuses ou furieuses. Ainsi la psychiatrie brésilienne se développe à l'intérieur d'un modèle institutionnel « pré-thérapeutique ». Le savoir psychiatrique va permettre de combattre le désordre social avec la création d'un lieu propre à la folie, de manière à exclure le fou et à le cacher dans les hospices. Comme les hospices situés en ville troublent la quiétude de la population du centre-ville, ils seront déplacés dans des endroits très éloignés. L'asile

devient alors surtout un espace d'assistance et d'incurabilité des êtres dégénérés.¹ Dans le livre *Danação da norma*, Machado *et al.*, (1978) démontrent que le rôle de la médecine, comme instrument technico-scientifique dans la société moderne, est de servir l'État.

La médecine aliéniste est proche de la religion, de la morale et de la police. Elle se fait responsable de l'ordre de la bourgeoisie. L'asile devient le seul univers qui convienne aux fous pour être soignés. L'action psychiatrique est donc souvent moralisatrice. La moindre atteinte à la tranquillité publique achemine les hommes en prison, les femmes à l'asile. Et l'agressivité d'une femme est considérée comme un acte de folie : elle est très critiquée chez elle parce que cette attitude est perçue comme faisant partie des traits de caractère masculins.

C'est avec Franco da Rocha que l'assistance psychiatrique au Brésil prend une forme plus scientifique : dorénavant, la folie relève du domaine médical (Cunha, 1986). Tant le traitement thérapeutique que la responsabilité des hospices deviennent la compétence exclusive des médecins. L'État incorpore le discours scientifique de Franco da Rocha qui devient le premier médecin à administrer un hôpital psychiatrique à São Paulo : le Juquery.²

¹ L'approche historique de Cunha dépeint l'asile par l'histoire des malades.

² La description plus en détail du traitement médical pour les femmes dans l'hospice Juquery par Cunha (1986) sert de témoignage d'un type de traitement psychiatrique ancré dans la trajectoire des institutions psychiatriques brésiliennes durant le XX^e siècle. Les points principaux de ce traitement sont : les thérapies chimiques et mécaniques de la médecine mentale, le traitement plus individuel, la lobothérapie sans abandonner le traitement moral de la période aliéniste. Le Juquery ouvre ses portes à la fin du XIX^e siècle.

Sous l'influence de spécialistes comme Pinel, Tuke, O'Neill, Kraepelin et Kovalevsky, le traitement par le travail devient un important instrument thérapeutique qui vise la réintégration sociale, surtout pour les hommes noirs et les immigrants démunis. Par le travail, les spécialistes cherchent à développer chez les patients une discipline et une moralité, en plus d'apporter une contribution économique à l'asile. Pour les femmes, plutôt que la productivité, la réclusion du travail domestique est généralement recommandée. Au Brésil, l'intérêt scientifique ne vise pas la définition des maladies par la régularité des études de cas comme en Europe : l'intérêt est plutôt orienté vers des formes particulières de maladies associées à certains groupes génétiques comme les Noirs, les immigrants et les esclaves. L'hospice cherche à contenir la transgression des personnes de la bourgeoisie contre le travail, la morale, la famille et l'ordre social. Pendant la période de disciplinarisation de la ville, le Juguary accueille des milliers de prostituées. La violence est très présente dans les coutumes de la vie asilaire. Le contact des patients avec les médecins est très limité. Les gardiens et les infirmiers forment le corps des travailleurs de l'hospice et y sont responsables du maintien de l'ordre. Cunha expose « l'hospice comme étant le "miroir du monde", car il ressemble par sa propre logique à un établissement pénal avec des policiers et des geôliers, violents, brusques, autoritaires, corrupteurs, abrutissants, indifférents » (1986 : 96).

Edith Seligman (1987) a effectué une analyse qui s'avère essentielle à la compréhension des articulations entre les processus de production, le travail et la pathologie mentale. Selon cet auteur (1987), l'idéologie bourgeoise glorifie le travail et les inadaptés à l'ordre et à la discipline du monde du travail seront durement réprimés. Les traitements psychiatriques ont alors comme but de guérir les personnes et de les rendre aptes au travail.

Dès la colonisation, la soi-disant paresse du Brésilien est considérée par les aliénistes comme une caractéristique typique des moeurs de certains groupes sociaux et ethniques. Cette idéologie, historiquement et sociologiquement déterminée, contamine la psychiatrie et le droit. L'État introduit des politiques sociales (santé, éducation et nutrition) visant à préserver la force du travail et amoindrir les problèmes provenant du développement capitaliste. Le travail n'est plus seulement une technique de récupération des fous mais devient aussi le centre autour duquel la société doit s'organiser.

Le discours médical se distancie de la pratique des agents thérapeutiques à l'intérieur des hospices. Aux indisciplinés est destiné l'appareil répressif de l'hôpital avec ses chemises de force, ses espaces solitaires, ses cellules humides sans éclairage et ventilation. Les femmes sont très réprimées en relation avec leurs comportements sexuels. Il leur est interdit, en toutes circonstances, de se masturber, de se promener nues et d'offrir des spectacles indécents. Aux patientes plus insoumises, les thérapies de torture vont être appliquées comme, par exemple, l'alternance de bains chauds et froids (Cunha, 1986). Ces dernières font partie intégrante d'un ensemble thérapeutique de la médecine mentale au début du siècle. Et les injections de morphine et de certains sédatifs constituent les thérapies médicamenteuses.

Encerclées, contraintes à suivre des thérapies afin d'améliorer leur moralité et leurs bonnes manières, certaines personnes refusent ces traitements disciplinaires. Plusieurs dénonciations sont envoyées du Juquery, le présentant comme un lieu de prison, d'enfer et de mort. Un grand vide existe alors entre le discours scientifique des médecins créateurs de l'hospice comme espace thérapeutique et le haut degré d'insanité et d'insalubrité de cet espace.

Sans se référer aux aspects sociaux et culturels de la folie, le savoir médical a toujours cherché à traiter la folie uniquement à partir d'un point de vue objectif et scientifique. Comme le souligne Cunha (1986) dans son étude sur le Juquery, l'hospice constitue un espace médical pour les individus incapables de s'adapter aux normes de la vie familiale et au travail urbain.

Au Juquery, il existe une différenciation de traitement selon les classes sociales et selon l'ethnie. Les femmes noires font l'objet d'une double discrimination, car elles portent des traits dégénératifs reliés à leur race et elles sont plus atteintes par des problèmes de démence que les hommes noirs.

Phyllis Chesler (1971) déclare que les institutions psychiatriques ont servi et servent encore de dépotoir pour les femmes qui, dans le cheminement de leur vie, se soumettent toujours à des traitements psychiatriques. Car, tant dans le monde familial que dans l'hôpital, elles sont infantilisées. Les asiles fonctionnent donc comme des familles bureaucratées où les familles envoient les femmes pour les maintenir dans un état de dépendance.

Cunha (1986) observe qu'au Juquery, différents paramètres orientent la construction de la folie et de la normalité selon le sexe de l'individu. Pour la société, l'homme idéal devrait être un bon pourvoyeur, responsable de la survie financière de ses enfants et de sa famille. La femme, elle, devrait assumer la responsabilité de la reproduction familiale et de l'éducation des enfants. Par la définition de son rôle sexuel, la femme est donc considérée inférieure et, biologiquement, elle est plus proche de la nature que l'homme.

Les femmes mariées hystériques internées au Juquery ont une trajectoire de vie souvent associée aux questions de sexualité. Un autre groupe de femmes est

formé de célibataires sans espace et sans fonction sociale qui étaient souvent dépendantes de la famille. Être femme célibataire à 30 ans est vu, encore aujourd'hui, comme une indication claire de problèmes. Les données recueillies par Garcia (1995) dans sa recherche auprès de 68 femmes hospitalisées en psychiatrie indiquent que 48,5% d'entre elles sont célibataires sans enfant et que l'âge où il y a un plus grand pourcentage d'hospitalisation se situe entre 21 et 30 ans. Selon l'auteur, à cette période de leur vie, les normes sociales traditionnelles imposent aux femmes le mariage, la maternité et le soin de la maison. La femme qui n'est pas en mesure d'assumer ce rôle idéal n'arrive pas à trouver d'autres alternatives normales pour s'exprimer. Les femmes plus rebelles ayant des comportements qui ne correspondent pas au modèle féminin sont moins tolérées par la famille et par le personnel de l'hospice. Garcia (1995) a d'ailleurs constaté que la femme qui boit est considérée comme agressive, dangereuse et inadaptée.

La question de la sexualité est très liée aux problèmes qui conduisent les femmes à l'hôpital psychiatrique. L'hospice accueille les personnes qui pratiquent des formes de sexualité autres que celles relatives à la procréation et à l'organisation familiale.

Pour les femmes, les espaces de rencontres sociales sont réduits, les frontières entre les normes et les pathologies plus rigides. Les folles sont plus souvent abandonnées dans les hospices par la famille que les hommes responsables du maintien financier des familles.

Dans l'hospice, la psychiatrie théorise sur les différences de classes sociales comme les différences raciales et sexuelles. Les femmes de bonnes familles reçoivent à l'intérieur du Juquery un traitement privilégié : elles ne sont pas obligées de travailler et restent dans un espace plus privé que les femmes des classes pauvres.

Les diagnostics diffèrent selon les classes sociales; les femmes pauvres sont vues comme des dégénérées, des faibles d'esprit, peu intelligentes, tandis que celles des classes bourgeoises sont souvent qualifiées de folles morales et d'hystériques. Les discours et les pratiques de la psychiatrie sur les femmes renforcent les rôles et les stéréotypes sociaux.

À partir de cette conjecture, l'État accorde aux psychiatres tout le pouvoir et la compétence pour rétablir l'ordre et la stabilité. Durant cette période, la théorie organiciste de la folie englobe certains éléments sociaux comme figurant parmi les causes des pathologies mentales. D'après Birman (1978), c'est l'époque de la psychiatrie morale. La folie peut être transférée aux générations suivantes par les mécanismes d'hérédité, mais aussi par les fléaux sociaux comme l'alcoolisme, la pauvreté, l'ignorance et les mauvaises conditions de vie. Dorénavant, le milieu social, les conditions de vie, les pratiques culturelles et sociales deviennent une préoccupation de la psychiatrie hygiénique qui va opérer avec la représentation symbolique de l'ordre et du désordre, en relation avec les comportements normaux et anormaux de la classe ouvrière.

L'asile, au nom de Dieu, a pour mission d'exclure et d'enfermer les fous, considérés comme dérangeants pour la société. Cependant, au nom de la science, l'enfermement continue à être un moyen thérapeutique pour les malades mentaux. Dans son ouvrage, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Foucault (1972) voit dans la séparation naissant au XVII^e siècle entre la raison (ordre) et la folie (désordre) la preuve qu'il existe pour toute culture la nécessité de cerner ce qui la différencie. Pour cet auteur, la privation de liberté n'est qu'une conséquence de la nécessité sociale de projeter hors de soi la déraison. La création d'un espace médical de la folie n'a pas pour objet de permettre à la folie de s'exprimer, mais au contraire de l'épuiser.

1.1 État et politique de santé mentale

Le paradigme de la psychiatrie classique envisage la folie comme une maladie à guérir, qui doit être assistée par l'appareil médico-hospitalier. La dimension sociale de la folie est complètement abandonnée pour faire place à l'aspect physique de la maladie. Le savoir médical admet que la séparation spatiale du fou comme forme de traitement peut être une façon discriminatoire de voir la souffrance et la différence.

Au Brésil, la question de la santé mentale est directement liée à la question de la citoyenneté. L'État a créé une politique providentialiste basée sur le modèle de la sécurité sociale. Dans une société où les classes sociales sont très distinctes, l'État, avec ses politiques sociales, n'est pas neutre, il agit en faveur de la concentration des revenus : « Le malade s'est transformé en marchandise et sa maladie s'est transformée en source de profit » (de Moura Neto, 1990 : 59).

Selon Birman (1992), la condition de la citoyenneté du malade mental est marquée par son exclusion sociale pour des raisons d'ordre structurel. Le fou est considéré comme un être aliéné de sa raison, un non-sujet souvent identifié aux pouvoirs de la mort sans possibilité de vérité dans son expérience.

Bezerra (1992) situe la question de la notion de la citoyenneté (autonomie, liberté, égalité et rationalité) et de la folie (différence, dépendance, irrationalité, contrainte) dans une relation paradoxale. Pour mieux concilier citoyenneté et folie et construire une société plus tolérante, il est nécessaire de produire de nouveaux vocabulaires, inventer de nouvelles pratiques plus subjectives qui peuvent dépasser les théories essentialistes et mentalistes.

Au Brésil, le code civil dépend de la Constitution qui est le document de base de l'organisation publique. À l'article 196 de la Constitution, il est dit que « La santé est un droit pour tous et un devoir de l'État ». Pourtant les politiques publiques au Brésil délaissent les exclus de la société. Depuis les années 1980, le Brésil vit une crise qui se manifeste par une grande violence, une détérioration de la qualité de vie et une fragmentation sociale. Le modèle économique mondial engage la destruction des traditions, la normalisation des conditions de vie, selon un modèle occidental (Escobar, 1992).

Presque trois millions de personnes ont besoin de services en santé mentale dans l'état de São Paulo. La moitié de ces personnes est concentrée dans la région métropolitaine de São Paulo.³

Au Brésil, l'oppression de la dictature a fait en sorte que les citoyens ont perdu le sens de la responsabilité sociale (Freire, 1990). Avec la torture, les assassinats, les séquestrations et la persécution des militants des années 1970, la société brésilienne est plongée dans un état de terreur. Après le mouvement militaire de 1964, l'assistance psychiatrique qui, auparavant, était destinée aux dépourvus de la société, est dirigée vers les travailleurs (Seligman, 1987). C'est durant la dictature que le gouvernement établit des contrats avec les hôpitaux psychiatriques privés dans le but de soigner la classe ouvrière. L'augmentation des hôpitaux privés dans les années 1970 sous le régime militaire, n'a fait qu'accentuer le processus de psychiatisation du pays.

³ 75% des lits psychiatriques se retrouvent à Sao Paulo, ce qui représente 20% des lits hospitaliers. La population de la région métropolitaine occupe les 5200 lits psychiatriques de la capitale en plus des 33 000 lits distribués dans l'état de São Paulo (Politique de Santé Mentale Démocratique et Populaire. Secrétairerie Municipale de Santé, 1990).

Les malades mentaux au Brésil sont pris dans un système déshumanisé. Comme décrit Jurandir Freire Costa (1990), cette situation de misère extrême est encore plus dramatique pour les Brésiliens qui sont pauvres, psychotiques et noirs. Ils reçoivent beaucoup de neuroleptiques, une médication à haut risque.

Le système de santé mentale publique au Brésil est très chaotique, selon Firmina du MSZL, qui explique :

La femme arrive à l'urgence en crise, les infirmiers lui donnent une injection forte et lui mettent une chemise de force. Après, elle reste dans les couloirs avec des patients qui n'ont rien à voir avec son problème de santé mentale. Quand la crise diminue, les infirmiers enlèvent la chemise de force et la patiente continue seule dans les couloirs parfois avec les vêtements sales. Avant ils mettaient les fous dans une cage. La situation de la femme en psychiatrie est une chose triste.

Dans la périphérie de São Paulo, il n'y a pas assez de professionnels ni d'aide auxquels peuvent avoir recours les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Les unités de santé de base (UBS) traitent seulement les maladies d'ordre corporel, sans prendre en considération les difficultés affectives des femmes.

1.2 Réforme psychiatrique

Dans les années 1960 apparaissent les premiers mouvements européens de contestation vis-à-vis la psychiatrie traditionnelle. Certains écrivains, comme Basaglia, Cooper, Laing et Szasz, décrivent la violence, l'oppression et le caractère aliéniste des institutions psychiatriques.

L'influence des pratiques de Basaglia et la participation militante du mouvement *anti-manicomial* ont collaboré intensément aux transformations dans les politiques de santé mentale du pays. Les coûts élevés des soins de santé et les dénonciations quant à la qualité de vie des patients dans les hôpitaux psychiatriques

ont suscité un grand mouvement de protestation dans le pays. Ce dernier a été influencé par les mouvements de contre-culture existant en Europe et aux États-Unis à la fin des années 1960.

Parallèlement à ce mouvement de réforme psychiatrique apparaît, dans le champ de l'épistémologie et de la phénoménologie, le mouvement antipsychiatrique qui vise la rupture avec la psychiatrie classique. Foucault (1972) relativise le concept de la folie et démontre qu'il est davantage culturel et historique que médical. C'est à partir des expériences théoriques et pratiques de Basaglia que ce mouvement plus politique revendique les droits de citoyenneté des patients institutionnalisés et questionne le savoir médico-psychiatrique.⁴ Dans cette période surgissent différents modèles et expériences thérapeutiques en Europe. Comme l'expose Basaglia, « le malade n'est pas seulement un malade, mais un homme avec tous ses besoins » (1979 : 17). Au Brésil, en 1970, le Service National de Maladies Mentales changera son nom pour Division Nationale de Santé Mentale (DINSAM).

L'objectif de la psychiatrie classique se déplace vers la promotion de la santé mentale et questionne la perspective de traitement de la maladie mentale. Selon Birman et Costa (1994), la première phase de la réforme du modèle psychiatrique constitue la phase critique du système asilaire en lieu de chronicité. L'objectif de la deuxième phase est de promouvoir la santé mentale dans la communauté. C'est durant cette période que la psychiatrie atteint l'espace public avec des approches thérapeutiques qui mettent en valeur la prévention plutôt que l'assistance. La diversité est mise en valeur dans un nouveau concept d'évolution non-unidirectionnelle.

Dès 1982, les professionnels du ministère de la Providence et d'Assistance Sociale cherchent à suivre les directives de l'Organisation pan-américaine de santé. Pour eux, le bien-être et la participation des individus dans la communauté constituent l'essence de la santé mentale. Dans les pays en voie de développement comme le Brésil, des facteurs sociaux (la pauvreté, l'isolement et le manque d'opportunités) influent négativement sur l'équilibre psychique du citoyen. Le thème de la campagne de Montoro, gouverneur de l'État de São Paulo, était : « *É Hora de Mudar* » (C'est l'heure de changer) (*A Batalha da Saude no Governo de Montoro*, SP, PW, 1987 : 88).⁵

Le mouvement des travailleurs de la santé mentale a joué un rôle très important pour la réalisation de changements dans la psychiatrie brésilienne. Une tangente de ce mouvement plus politique et social a été la lutte pour la fin des hôpitaux psychiatriques.

En 1990, la Conférence de Caracas a posé un jalon important en vue des transformations en santé mentale au pays. La déclaration de Caracas a souligné la nécessité d'une révision du rôle hégémonique de l'hôpital psychiatrique à partir de l'incorporation de la psychiatrie dans le réseau de santé en général suivant un modèle d'attention communautaire, intégrale, continue, décentralisée et participative. La

⁴ « L'asile est construit pour contrôler et réprimer les travailleurs qui ont perdu la capacité de répondre aux intérêts capitalistes de production » affirme Basaglia (1979 : page couverture).

⁵ Les données du ministère de la Providence et Assistance Sociale de 1982 démontraient que 95% des ressources dans le domaine de la psychiatrie étaient destinées au maintien des lits psychiatriques et seulement 4% aux services ambulatoires. Les diagnostics de maladie mentale justifiaient 15% du total des demandes d'incapacité temporaire et étaient la première cause pour des licences demandées auprès de l'INPS.

déclaration a exposé le besoin urgent d'accorder et de garantir le respect des droits individuels, civils et politiques des personnes ayant des problèmes de santé mentale.⁶

La présence importante des associations des familles, des patients et des professionnels dans les congrès nationaux de la santé mentale, qui ont eu lieu à Brasilia en 1992, a démontré un certain changement dans les pratiques en psychiatrie. Ces associations ont défendu les droits et les intérêts des patients psychiatriques et ont demandé une meilleure qualité de soins choisis par les usagers avec l'aide des techniciens en santé mentale.

Un des objectifs de base du programme de la santé mentale du gouvernement Montoro était la désinstitutionnalisation, qui visait la réinsertion du patient dans la communauté. Au Brésil, certaines mesures à cette fin ont été instaurées telles les prises en charge par le service ambulatoire, la création d'équipes de santé mentale en unité de base de santé, la diminution des périodes de permanence hospitalière et la baisse du nombre de lits disponibles.

En 1992, le Secrétariat de Santé de l'état de São Paulo prenait comme directive la réduction de l'hospitalisation des patients qui présentaient un diagnostic de psychose, d'alcoolisme et de toxicomanie afin de favoriser les actions extra-hospitalières. Les services ambulatoires offraient des programmes multi-professionnels en groupe ou individuels pour les patients à risque d'internement. Ces services visaient à accompagner les familles après les internements à court terme ou à diriger les patients vers d'autres services du système. Les équipes multi-professionnelles dans les services d'urgence psychiatrique des hôpitaux généraux étaient responsables du cheminement des hospitalisations à court ou à long terme

⁶ Rapport final du « *Encontro de Parlamentares Estaduais sobre Legislação Psiquiátrica no Brasil* » organisé par OPAS Coördination de la Santé Mentale du Ministère de Santé, 8-9/11/93.

dans le réseau de santé. Les foyers et les centres d'attention psychosociale avaient comme objectif la prévention et le maintien du patient dans son contexte social et familial. Les ateliers thérapeutiques développaient des activités en groupe qui visaient la socialisation, l'expression, l'insertion sociale et l'habilitation professionnelle des participants.

L'émergence des hôpitaux de jour offrait un service alternatif à l'hospitalisation des cas référés par les réseaux extra-hospitaliers. L'objectif principal était d'offrir un traitement partiel aux personnes vivant une crise aiguë émotionnelle sans les couper du lien avec la famille, le travail et la communauté. L'hospitalisation se faisait initialement dans les hôpitaux généraux afin d'éviter l'isolement des patients dans les hôpitaux psychiatriques. Les patients chroniques étaient acheminés dans les programmes de réinsertion sociale dans les espaces communautaires, tels les *Lares Abridados*, *Pensoes Protegidas*, *Centros de Reabilitação Profissional*, *Centros de Atenção Psicossocial* (CAPS), NAPS (Noyaux d'Attention Psycho-sociale) et hôpitaux de jour dans plusieurs états et *Hospitais-Dia*. L'intégration de l'équipe spécialisée en psychiatrie à l'équipe de santé générale dans les urgences permettait la formulation d'un diagnostic moins discriminatoire et moins stigmatisant.⁷

Comme en Italie, le mouvement de désinstitutionnalisation au Brésil s'est constitué comme un mouvement politique avec le projet de loi Delgado, qui est

⁷ « Ces unités qui traitent un nombre considérable de patients avec des problèmes sévères en santé mentale suivent quelques normes techniques de fonctionnement par lesquels un nombre fixe de patients par unité est établi, la formation des intervenants est multidisciplinaire. Du point de vue clinique, il n'y a pas de règles officiellement préétablies quant à l'aspect d'accueil du patient » (Goldberg, 1997 : 78). « L'accueil personnalisé remplace l'accueil en masse, le respect de l'individualité remplace l'exclusion et l'internement, les activités artistiques et les travaux remplacent l'oisiveté, la préoccupation sociale remplace au manque de continuité des traitements » (Goldberg, 1997 : 79).

depuis plusieurs années débattus au Congrès, dans le but de créer des bases sociales pour rendre la réforme psychiatrique possible sur tout le territoire brésilien.⁸

Tant le député Paulo Delgado que son frère le Dr Pedro Gabriel Delgado, président de l'institut Franco Basaglia, ont lancé le débat sur l'assistance psychiatrique. Cette discussion, qui a atteint les médias, les journaux et la télévision, visait à dénoncer certains traitements médicaux et à lancer un débat sur les droits des malades mentaux.

Les années passant, cette discussion d'intérêt social et politique a connu ses limites. La FHP, qui représente en majorité les hôpitaux psychiatriques privés, critique sévèrement les pratiques qui visent à éliminer l'hôpital en tant que recours d'assistance psychiatrique. Aussi, les factions plus conservatrices de la médecine, les représentants de certains partis politiques (PPR, PFL et PMDB du nord et Nord-est) et les familles résistent farouchement au mouvement *anti-manicomial* (anti-hospitalisation). Selon cette ligne conservatrice, la désinstitutionnalisation jette sans scrupule les fous dans les rues. En 1995, les hospitalisations dans les 270 hôpitaux psychiatriques du pays ont réclamé environ 80 % du budget de 300 millions de dollars accordés au secteur de la santé mentale par le ministère de la Santé. Des intérêts financiers sont en jeu, les hôpitaux privés représentant les trois quarts des hôpitaux psychiatriques du pays.

⁸ Le projet de loi n.3.657, de 1989 de Paulo Delgado, membre du PT-M.G., visait l'élimination progressive des hospices, par leur remplacement par d'autres recours d'assistance et par la réglementation des hospitalisations psychiatriques obligatoires. La loi 08/91 C a été approuvée par la Chambre des députés en 1989 et a été arrêtée au Sénat dans les années suivantes. Dans le congrès, l'appui politique au projet de Delgado vient des groupes progressistes comme le PT, PSB, des secteurs du PMDB et PSDB. C'est à partir de ce projet que se sont créés d'autres espaces alternatifs de thérapie ainsi que plusieurs associations de malades mentaux.

Pitta (1984) affirme que la croissance des hospitalisations au Brésil durant les années 1980 a été un phénomène typiquement brésilien. Les propriétaires des hôpitaux psychiatriques ont été responsables de plusieurs décrets qui ont privilégié le maintien des personnes en institution. Dans toutes les instances de changements politiques et culturels de la psychiatrie brésilienne, les propriétaires des hôpitaux psychiatriques, de concert avec la Fédération brésilienne des hôpitaux, ont longuement protesté contre la réforme de la cogestion interministérielle entre le ministère de la Santé et celui de la Providence et d'Assistance sociale, parce qu'ils voyaient leurs profits et leur pouvoir menacés (Amarante, 1995).

En outre, la tendance des conférences mondiales en psychiatrie est de renforcer les thérapies biologiques. L'industrie pharmaceutique travaille systématiquement auprès des médecins, surtout dans les congrès qu'elle finance. Aujourd'hui, les politiques de santé sont très influencées par les politiques du marché industriel. C'est à travers l'Association brésilienne de psychiatrie que l'industrie pharmaceutique légitimise ses produits et démontre que les médicaments sont les meilleurs recours pour le traitement des problèmes de santé mentale (Amarante, 1995).

Les médicaments sont sans doute essentiels dans les traitements de problèmes de santé mentale, mais ils ne sont pas en mesure de remplacer les thérapies qui privilégient les interactions humaines (Pitta, 1984). En effet, l'usage exclusif de médicaments comme thérapeutique favorise le soulagement transitoire sans faire pour autant disparaître les causes des problèmes.

Selon Cavalcanti *et al.*, (1996), les modèles d'assistance psychiatrique ont suivi deux mouvements. Au XIX^e siècle, les malades mentaux entrent en institution pour être soignés et quittent la communauté et, vers la fin du XX^e siècle, sous l'influence

du mouvement de désinstitutionnalisation, les patients doivent quitter les hôpitaux et retourner dans la communauté avec le soutien des professionnels qui proposent des programmes de réhabilitation.

Mais une des difficultés de la désinstitutionnalisation est le manque d'argent dans les services offerts à la communauté. Une planification adéquate de programmes de réhabilitation bien structurés est pourtant nécessaire à l'intégration des patients psychiatriques dans la communauté, sinon les personnes souffrant de problèmes de santé mentale se retrouvent abandonnées ou exploitées dans la communauté. Le débat politique sur l'extinction des asiles ne fait que causer de l'insécurité dans les familles dont les parents quittent l'hôpital, parce que l'argent requis pour l'implantation des programmes alternatifs est encore dirigé vers l'hospitalisation.

Une recherche réalisée par Bandeira (1993) au Brésil sur la réinsertion des malades mentaux dans la communauté, constate, pour la prévention de la réhospitalisation des patients psychiatriques, l'importance de certains facteurs de protection comme l'acceptation des médicaments psychiatriques, le soutien social et la non-consommation d'alcool et de drogues. Ces résultats confirment les expériences des autres pays dans le monde occidental qui ont implanté des programmes de désinstitutionnalisation. Les données de la recherche de Bandeira démontrent une tendance contraire à la normalisation par le travail, pour le maintien des patients dans la communauté. Ceci confirme les questionnements de Corin (1987) à propos de la tendance des professionnels en santé mentale à valoriser la normalisation des patients par le biais du travail ou d'une activité occupationnelle.

Morgado et Lima (1994) présentent les cinq conséquences négatives les plus importantes du traitement des problèmes mentaux dans la communauté : 1- le manque de soutien social et familial pour les patients graves; 2- le phénomène de « porte tournante »; 3- le coût non-matériel pour la maladie mentale; 4- les

problèmes avec la justice/police; 5- la politisation du mouvement de désinstitutionnalisation.

La désorganisation de l'État et la non-confiance de la société vis-à-vis des structures du pouvoir politique se reflètent dans les services chaotiques de santé. Les politiques de santé renforcent davantage au Brésil le concept de « Troisième Secteur » (*Terceiro Setor*) : ce ne sont pas les entreprises et le gouvernement mais des citoyens qui participent de manière spontanée et volontaire aux actions d'intérêt commun.

Certaines manifestations humaines qui sont classées comme maladies sont des réactions aux difficultés de la vie. Pourtant, l'assistance psychiatrique brésilienne continue à assumer un rôle historiquement défini qui est de recueillir les indésirables de la société, les femmes et les hommes libres, les immigrants et ceux qui sont jugés différents (Tundis et Costa, 1987). Et, en dépit des mouvements et des critiques contre l'hospitalisation psychiatrique, l'asile au Brésil continue à être le plus important centre de référence du modèle assistanciel psychiatrique.

2. Mouvements sociaux

Le comportement humain reflète des valeurs socioculturelles et c'est à travers le développement des signifiés liés à des expériences singulières que les individus vont agir pour transformer ou maintenir la réalité sociale. Il faut mentionner que la construction de la réalité sociale se fait à partir de conditions préexistantes et que le processus de transformation n'est jamais complet (Sahlins, 1989).

Comme l'État au Brésil est un acteur omniprésent pour régler les problèmes qui touchent directement les conditions de vie de la population pauvre du pays, la

société civile est appelée à intervenir en faveur des dépossédés. Le pouvoir politico-économique au Brésil se concentre chez un petit groupe de personnes. Par conséquent, la majorité de la population n'est pas en mesure d'influencer la gestion de la ville. Face aux innombrables contradictions sociales entre les riches et les pauvres, des mouvements populaires en sont venus à revendiquer des mesures pour améliorer les conditions de vie des plus vulnérables.

Plusieurs études ont analysé le quartier comme un espace urbain où les relations de parenté et de voisinage entre les résidents créent un lieu de reconnaissance devant l'anonymat de la ville (Caldeira, 1984; Magnani, 1984; Durham, 1986; Sarti, 1994; Telles, 1994).

Selon Durham (1986), la ségrégation et l'immobilisation de la population tendent à favoriser le développement d'une sociabilité locale centrée dans le quartier et dans le voisinage. Le quartier est devenu le lieu d'actions politiques où citoyens et citoyennes se constituent en forces politiques pour défendre leurs droits (Telles, 1994).

C'est dans le « carré », souligne Magnani (1992), que « se tisse la trame du quotidien : la vie de tous les jours, la pratique de la dévotion, l'échange d'informations et des petits services, les inévitables conflits, la participation à des activités entre voisins » (p.193). Le carré est un intermédiaire entre la rue et la maison (da Matta, 1974), entre le public et le privé.

D'après Sarti (1994), le quartier périphérique est un espace féminin de reproduction où les femmes organisent tout ce qui concerne les besoins de la vie, de la maison, des aliments, des vêtements, du repos et du loisir. Les hommes, eux, étant donné leur travail, vont vers le centre de la ville, un espace de production où les relations sont impersonnelles.

Duarte (1986) et Sarti (1994) présentent l'idée du quartier comme une communauté morale. Selon Sarti (1994), les résidents de la périphérie ont un sens de la vie de groupe qui n'est pas dessiné seulement par des conditions de vie semblables, mais surtout par des codes et des habitudes qu'ils partagent. Le contact quotidien engage l'individu dans une adhésion à un système de valeurs et de règles. Le respect de certains codes définit le langage, les gestes ainsi que la manière de s'habiller, d'agir et d'organiser la maison.

2.1 Débat analytique

L'émergence des mouvements sociaux au Brésil et l'importance politique de ce phénomène a suscité plusieurs débats et études dans l'académie brésilienne depuis les années 1980.⁹

Au Brésil, le fait que les secteurs populaires soient très éloignés des participations politiques effectives a été attribué à un caractère de résignation. Aujourd'hui, ce regard est indéfendable, vu la dynamique des luttes sociales brésiliennes. Souto (1979) souligne qu'en fait, les formes de revendications des résidents des quartiers périphériques sont directement liées au processus de formation d'une conscience sociale. Les mouvements sociaux ont d'ailleurs contribué aux processus de consolidation de la démocratisation de la société brésilienne (Cardoso, 1992). Les nouveaux acteurs sociaux qui ont émergé dans les années 1970

⁹ Durham (1984) souligne que les mouvements sociaux sont analysés de deux manières distinctes : une sociologique et politique et l'autre plus anthropologique. La vision sociologique et politique cherche à établir un lien significatif entre les mouvements sociaux et leur relation avec l'État ainsi qu'avec leur importance possible comme instrument de contestation du système. La vision anthropologique recherche une interprétation de l'intérieur, soit de ceux qui y participent. « Le potentiel transformateur des nouveaux mouvements sociaux n'est pas le politique mais le socio-culturel » (Tilman 1984 : 14).

au Brésil contre l'État répressif ont créé de nouveaux espaces ainsi que de nouveaux formats de participation et de relations sociales. Plus que l'analyse globalisante des théories marxistes, les études de cas dans les recherches de terrain ont permis de comprendre le comportement de ces nouveaux acteurs.¹⁰

Les revendications populaires sont centrées sur des questions d'infrastructures de base liées à la consommation collective telles que le transport, la santé, l'éducation, l'habitation, les transports et l'assainissement. La pression sur les instances gouvernementales pour obtenir des services collectifs de consommation est une forme de lutte qui mobilise les citoyens et les citoyennes des centres urbains périphériques.

Durham (1984) souligne que les individus dans un centre urbain au Brésil sont reconnus exclusivement comme sujets dans la famille, avec les parents, les amis ou les voisins. La valorisation de la participation active et communautaire de la population dans les mouvements sociaux fait partie d'un processus nouveau qui est celui de la constitution des personnes dans la sphère publique. Le passage du privé au public est très significatif : les participants le vivent comme un enrichissement personnel.

Les mouvements sociaux s'organisent autour des luttes sur les nécessités de base ainsi que des luttes culturelles sur la production de signification et sur la forme collective de production culturelle (Escobar et Alvarez, 1992). Tilman (1984) note le

¹⁰ Ces nouvelles luttes ont produit une crise du paradigme traditionnel quant à la question d'unité qui caractérise les agents sociaux et les formes de conflits existant entre elles. La critique du paradigme classique scientifique de la connaissance et de la représentation de la vie sociale est faite à l'intérieur d'une crise de la culture contemporaine. Les anciens instruments analytiques ne sont plus en mesure d'aborder la question de la subjectivité, de l'identité, avec la notion de conflits sociaux, comme le souligne Touraine (1990).

caractère social de ces mouvements: un nombre relativement petit de personnes se rencontrent, amplifient leur sociabilité, apprennent à communiquer leurs idées et à formuler des questions sur leurs différentes expériences de vie.

Au niveau politique, certains auteurs comme Kowarick (1993) signalent que la participation aux associations volontaires est très basse au Brésil, en comparaison avec les pays développés. Malgré la force des mouvements sociaux, les classes travailleuses continuent d'être exclues des bénéfices socio-économiques de base. Selon Singer (1980), les mouvements sociaux n'influencent pas l'appareil de l'État et d'après Kowarick (1983), ils sont incapables de produire un espace collectif de transformation. De plus, selon Saffioti (1988), les mouvements sociaux doivent être considérés comme des expressions de lutte, de résistance et de revendication malgré le fait qu'ils ne réalisent que de manière fragmentaire la lutte des classes.

Pourtant Laclau (1986) déclare que les mouvements sociaux rompent avec l'idéologie traditionnelle qui identifie le politique comme étant un espace uniforme et fermé.¹¹ L'étude de Cardoso (1984) démontre qu'à l'intérieur des mouvements sociaux s'organise un modèle communautaire qui établit avec le pouvoir une nouvelle forme de participation politique non hiérarchisée. Dans le cas des mouvements sociaux, ce sont les agents sociaux qui altèrent la corrélation des forces politiques.

Les mouvements sociaux jouent un rôle important de médiation entre la communauté et les partis politiques, qui renforce l'interaction entre la société civile et les institutions politiques. Au Brésil, les mouvements sont en train de créer de nouvelles modalités d'unité dans la diversité, en supportant surtout les partis de

¹¹ Les féministes ont toujours souligné que le fait personnel est un fait politique. L'agent social n'est plus une entité unifiée et homogène. La psychanalyse a pu démontrer que la structure de la personnalité se forme (sur plusieurs niveaux) à l'extérieur de la conscience et du rationnel des agents. L'agent social est représenté à travers une pluralité des discours fragmentaires et instables.

travailleurs (PT). Certaines agences de l'État sont donc obligées de considérer les politiciens locaux comme des médiateurs du secteur populaire. Et les politiciens qui veulent maintenir un support local doivent répondre aux demandes des associations populaires par les chefs plus représentatifs du mouvement social.

Les caractéristiques des mouvements sociaux viennent confirmer l'hypothèse selon laquelle l'identité de ces mouvements constitue la clef pour comprendre l'action collective (Melucci, 1980).

L'Église a joué un rôle important dans l'articulation des mouvements sociaux à São Paulo. Dès le début des années 1960, l'Église catholique se préoccupe des problèmes concrets quotidiens des centres urbains. Au Brésil, l'apparition des Communautés Ecclésiastiques de Base (CEBs) a changé la façon d'être de l'Église et a exercé un rôle essentiel dans la genèse et dans le fonctionnement participatif et démocratique des mouvements populaires urbains.

Dans les années 1970 et 1980, l'Église a développé une politique de promotion humaine, manifestée par la pastorale populaire, qui comportait des actions de défense, de résistance, de soutien, de solidarité, de collaboration et d'organisation des secteurs populaires. Dans les locaux des églises se sont discutées les conditions de vie de la population du quartier, le manque d'infrastructures et de services urbains et d'autres sujets relatifs aux difficultés de la vie dans les centres urbains. Elle a contribué ainsi à la formation d'une conscience sociale structurée à partir d'une expérience de vie communautaire.

2.2 Mouvement des femmes

Le dynamisme du mouvement des femmes a joué un rôle essentiel dans la transition politique d'un régime militaire autoritaire, avec le coup d'état de 1964, jusqu'à l'installation de la nouvelle République, en 1985.

Les premiers groupes féministes au Brésil sont apparus dans le début des années 1970. Ces groupes critiquaient sévèrement la violence des institutions autoritaires militaires et l'oppression et l'exploitation sociale, économique et politique du pays. À la même période, les partis politiques cherchaient à cerner les déterminants socio-politico-économiques du système militaire sans se référer à l'autoritarisme des relations patriarcales au niveau de la vie privée. Selon Alvarez (1989), la praxis du féminisme latino-américain diffère de celle du féminisme d'ailleurs quant à la répression étatique et à la lutte des classes. En effet, au début du mouvement féministe, plusieurs femmes étaient militantes dans les partis de gauche, de telle sorte que leur action a privilégié les questions de classe au lieu des questions typiquement féministes comme la sexualité, la reproduction ou la violence envers la femme. Les féministes ont aussi participé activement dans les organisations populaires des femmes dans les quartiers les plus pauvres des villes.

Le mouvement des femmes a contribué activement à la lutte pour la démocratie au Brésil. Dans un congrès en 1979, les femmes ont exigé que les relations de pouvoir dans la vie quotidienne soient démocratisées (Alvarez, 1989). C'est suite à ce congrès que s'est formée la Coordination des groupes des femmes de São Paulo.

Le plus grand soutien des associations de femmes des classes populaires à São Paulo vient de ce que Schmink (1981) appelle le mouvement des femmes d'entre-classes (*Interclass Women's Movement*). Selon cet auteur, l'identification avec des objectifs concrets, l'orientation de gauche des groupes féministes de même que

l'engagement à la cause des femmes des classes populaires ont forgé le développement de la Coordination.¹²

Comme présenté par Souza-Lobo (1991), la relation entre les mouvements populaires des femmes et le mouvement féministe est encore problématique et polémique. Les points de vue des deux groupes divergent; l'un est plus spécifique, l'autre plus généraliste. La religion et les classes sociales sont des aspects sur lesquels les femmes des mouvements populaires, les féministes du « centre », ne s'accordent pas.

Cependant, le mouvement des femmes démontre bien que les « mouvements contemporains produisent la modernisation, stimulent des innovations et donnent un élan à la réforme » (Melucci, 1984 : 830).

Depuis 1983, les femmes noires participent activement au mouvement féministe : leurs revendications concernent essentiellement les problèmes d'oppression raciale et de genre. Elles veulent qu'un droit à l'identité différenciée leur soit reconnu pour construire une société pluraliste, démocratique et solidaire. Elles invitent toutes les femmes des mouvements sociaux à lutter contre le racisme qui empêche le développement social et économique de la population noire dans le monde entier. Elles demandent l'implantation des moyens assurant aux femmes

¹² Certains auteurs différencient les mouvements des femmes et les mouvements féministes. Singer (1980) présente les distinctions entre les groupes féminins (constitués des femmes qui étaient appelées par l'Église catholique et par les partis de gauche à participer dans les Clubs des mères ou dans les CEB et aux mouvements pour la lutte contre les mauvaises conditions de vie) et les groupes féministes (groupes formés par les femmes des classes moyennes et professionnelles qui remettaient en cause les conditions spécifiques de la femme liées à l'avortement, à l'égalité au travail, à la violence, à l'identité féministe et au travail domestique). Les femmes dans la périphérie reconnaissent positivement les revendications féministes mais certaines ont de la difficulté à s'affirmer comme féministes (Alvarez, 1989).

noires l'accès à la terre, à de meilleures conditions de travail et d'habitation, à la santé comme droit universel et à l'éducation.

L'implication de la femme dans les mouvements sociaux n'a pas amorcé une rupture avec les rôles de genre dans la famille, mais a plutôt obligé à redéfinir la relation entre publique et le privée (Caldeira, 1987). En Amérique latine, tant dans la zone rurale que dans la zone urbaine, les femmes ont participé très activement aux mouvements populaires de défense des droits de la personne (Alvarez, 1988; Chinchilla, 1990). Souza-Lobo (1991) explique que les Brésiliennes ont lutté en tant que mères et épouses pour la démocratie, pour l'amnistie et contre la discrimination faite aux femmes dans la société.

Conclusion

La conception idéaliste, qui voulait que les mouvements sociaux en tant que projet renouvellent les modèles politiques du pays dans un projet plus socialiste et égalitaire, continue à être critiquée et cache parfois la dimension plus significative et intrinsèque du mouvement. Divers débats visent uniquement à comprendre la construction théorique du mouvement social comme une totalité. Or, la totalité n'inclut pas la subjectivité comme partie constitutive essentielle de la réalité objective des relations sociales (Castoriadis, 1982).

J'ai voulu souligner ici l'importance du rôle de la société civile dans la communauté, face au manque de soutien politique et économique de la part des instances gouvernementales pour aider à développer des services adéquats de santé publique dans la ville de São Paulo.

L'action des groupes communautaires a été analysée par rapport à leur position dans la structure, à leur insertion dans l'ordre social, local et global, ainsi qu'aux transformations qu'ils génèrent dans l'organisation sociale. La participation des femmes en particulier dans les mouvements sociaux, a fait émerger une nouvelle forme de sociabilité et de changement qui se reflète dans la sphère privée (Caldeira, 1987).

Cette mise en place des acteurs m'amène à amorcer l'analyse de l'impact des services communautaires sur l'évolution des problèmes de santé mentale chez les femmes de la périphérie de São Paulo.

CHAPITRE VI - MONOGRAPHIES ET RÉCITS DE VIE – AMZOL ET CAPS

Introduction

Le présent chapitre traite des ressources communautaires en santé mentale disponibles pour les femmes de milieu populaire. Quelques organismes communautaires offrent des services alternatifs aux personnes qui vivent des problèmes émotionnels. Il m'apparaît important de cerner l'impact de ces services sur l'évolution des problèmes de souffrance psychologique identifiés par les femmes ainsi que l'intégration de ces femmes au sein de ces entités. Je me suis intéressée en particulier à deux organismes qui ont une vision moins institutionnelle et formelle de la santé mentale. Le premier est le CAPS, un hôpital psychiatrique du réseau public de santé mentale qui offre aux personnes souffrant de psychose un traitement psychiatrique alternatif dans la communauté à São Paulo. L'autre est AMZOL, le seul organisme non gouvernemental situé dans la zone est de la ville, qui propose à ses membres des ateliers sur la santé mentale des femmes. Je présente les résultats d'une monographie de ces deux institutions, ainsi que les récits de vie de trois clientes du CAPS et de trois autres femmes membres de l'association AMZOL. Ma participation à la vie quotidienne de ces deux centres s'est avérée d'une grande importance pour faciliter mon approche auprès des clientes.

L'association des femmes de la zone est (AMZOL) est importante pour cette recherche, car c'est la seule association des femmes à São Paulo qui organise des rencontres avec les membres pour discuter tout particulièrement de la santé mentale des femmes. L'implication politique des femmes dans cet organisme communautaire reflète leur désir de lutter pour leurs droits et pour atteindre une meilleure qualité de vie et un mieux-être émotionnel.

Pour mieux saisir le contexte de vie des usagères du CAPS et des membres d'AMZOL, je présenterai une « traduction » du discours de ces femmes sur leur souffrance psychologique.

Cette étape plus descriptive a pu être possible à travers la collecte de données biographiques. Premièrement, je présente une reconstruction de l'histoire personnelle et de l'histoire de la souffrance psychologique de chaque femme. J'ai inscrit les différentes informations qui concernent l'insertion personnelle dans le contexte social. J'ai pris note des différentes interprétations données par chaque femme. Les voix des femmes de milieu populaire sont mises en évidence par la présentation d'extraits de leurs discours. J'ai fait ressortir les particularités, les moyens singuliers qu'emploie chaque femme pour construire, élaborer et donner un sens à son histoire en relation avec le contexte où elle vit. J'ai cherché à être d'abord à l'écoute du discours de chaque femme, afin de m'en servir comme source première. Valoriser leur parole, c'est aussi respecter leur différence.

1. Présentation d'AMZOL

La trajectoire de développement de l'AMZOL, en tant qu'association des femmes, est directement liée au processus de transformations sociales et politiques du Brésil, dans la période qui correspond de la fin du régime autoritaire militaire et au début de la re-démocratisation, avec une ouverture des partis politiques et des organismes populaires. AMZOL a commencé son travail à la fin des années 1970 sous l'égide de l'Église catholique.

L'implication d'AMZOL dans les mouvements de santé de la zone est vise à améliorer la santé de la famille ainsi que de la population du quartier. Quelques membres d'AMZOL participent directement à plusieurs dossiers de pression politique, soit des campagnes de signature de pétitions, des manifestations sur les places publiques, l'organisation de campagnes électorales et de conférences de presse. Ces actions dénoncent les conditions précaires des femmes et de leur famille, la violence faite aux femmes et aux enfants et le manque de sécurité dans la région. AMZOL milite en faveur du droit à la garderie et de l'égalité sur le marché du travail.

L'Association a un statut légal; elle organise une assemblée annuelle où un procès-verbal est produit. Ce procès-verbal est nécessaire à l'obtention d'aide financière auprès des organismes de financement. La direction est élue pendant l'assemblée annuelle. Elle fonctionne sans aucune aide financière fixe. L'argent reçu par des organismes charitables aide à réaliser des séminaires ou des sorties annuelles. Quand l'Association organise un séminaire de trois jours à l'extérieur de São Paulo, la location du local et les frais de transports sont assurés par certains bailleurs de fonds sympathiques à l'Association.

Les coordonnatrices de l'association invitent les femmes membres à participer aux structures internes, aux assemblées générales, au conseil d'administration, aux journées de formation, d'orientation, aux comités de lutte, d'action et de travail. Les femmes y collaborent à titre de militantes et de bénévoles. Les membres qui siègent au conseil d'administration sont en général les femmes qui sont les plus impliquées dans les activités et dans le travail du Centre.

L'AMZOL se dit ouverte à toutes les femmes de la zone est, pourtant seulement les catholiques pratiquantes ou non-pratiquantes participent aux

rencontres de l'Association. Il y a environ 90 femmes membres. Elles sont en majorité des femmes au foyer. Quelques femmes travaillent comme ménagères au centre-ville. Presque toutes les femmes à la direction du groupe sont sur le marché du travail. La plupart des membres sont nées à l'extérieur de la ville de São Paulo, soit au Nordeste ou dans l'état de Minas Gerais.

Le recrutement des membres se fait d'abord dans l'Église ou par le contact quotidien avec des femmes du quartier. Pour atteindre un plus grand nombre de femmes de la zone est, l'Association a formé des groupes dans plusieurs quartiers de la région : Janette, Silvia Teles, São Luiz et Ermelino Mattarazzo.

L'Association organise plusieurs sorties et fêtes durant l'année pour le plaisir et pour la détente. C'est le moment de vivre plus joyeusement, d'approfondir les liens et de rencontrer les femmes des autres quartiers de la zone est. Normalement, les sorties sont gratuites et souvent les femmes doivent apporter leur nourriture. Les femmes participent aux fêtes du quartier dont les « kermesses » de la Saint-Jean et les fêtes de Noël. Les sorties culturelles comprennent le cinéma, les pièces de théâtre et des expositions. Pour souligner le pouvoir féminin, une fois par année, les femmes préparent un rituel sur le thème de Femme et Sorcière, avec danse et repas. Les activités socioculturelles aident les femmes à se ressourcer et à prendre un moment de répit vis-à-vis leurs problèmes. Le partage avec d'autres femmes leur donne un sentiment de solidarité entre femmes et une sorte d'appartenance plus directe avec le milieu de vie.

C'est à travers les rencontres d'information sur la santé mentale que l'association vise à engager les participantes dans un processus de reprise de leur pouvoir et de conscientisation sur leurs droits de citoyennes. L'estime de soi se

développe parallèlement avec la capacité de communiquer la souffrance. Les coordonnatrices invitent les femmes à participer à une série d'activités politiques. C'est ainsi que les femmes prennent conscience de la force qu'elles représentent politiquement. Les femmes participent aux manifestations pour défendre leurs droits à la santé, à l'avortement, à de meilleures conditions de vie. « Les rencontres en santé mentale sont importantes pour aborder des sujets qu'on ne pourrait discuter ouvertement dans l'Église », affirme la coordonnatrice.

Les femmes éprouvent beaucoup de difficultés à quitter leurs responsabilités domestiques pour suivre les activités d'AMZOL. Leur participation entre souvent en conflit avec le temps consacré aux tâches domestiques. Ces tâches répétitives ne peuvent être remises au lendemain sans compromettre le bien-être de la famille, ce qui cause de la fatigue et de la souffrance.

Les leaders du quartier sont également impliqués dans les activités de l'Église. Les femmes organisent, par l'entremise de l'Église, des activités caritatives telles que des ateliers de confection de vêtements pour les pauvres, des visites à domicile pour les personnes malades, etc.

Les femmes de milieu populaire qui participent aux mouvements sociaux se sont questionnées sur leur rôle sexuel traditionnel dans la famille. C'est au contact des groupes féministes que les femmes d'AMZOL ont pu définir leur condition sociale et individuelle. Pour pouvoir se libérer de l'Église, elles ont travaillé parallèlement pendant plusieurs années avec Rede Mulher, un organisme féministe à but non lucratif du centre de São Paulo dont l'organisatrice, Moema Viezzer, qui a publié des documents sur la lutte des femmes au Brésil, participe activement aux

rencontres féministes sur le plan international. L'Association AMZOL est pratiquement née de ces rencontres.

La rupture avec l'Église a été une étape difficile car les femmes toutes seules n'arrivaient pas à organiser formellement l'association. Il leur a fallu quatre ans avant qu'elles soient capables de travailler de façon autonome. La structure actuelle d'AMZOL est indépendante de l'église Catholique. La présence de l'Église se fait tout de même sentir vu qu'elles utilisent les locaux de l'Église pour les rencontres et les fêtes de quartier.

La dirigeante d'AMZOL est consciente de la différence de perspective philosophique entre les féministes du centre et celles de la périphérie. Le contexte de vie influence la manière de s'afficher comme féministe. Celles du centre sont blanches, scolarisées, plus intellectuelles et bourgeoises tandis que les féministes de la périphérie appartiennent à la classe populaire, avec un faible niveau d'éducation.

Comme AMZOL, plusieurs groupes de femmes de milieu populaire ne se sont pas institutionnalisés. Par contre, l'Association a des représentants dans le Parti des Travailleurs qui servent de lien avec l'État. Par exemple, Ilda, la dirigeante, travaille comme assesseur à l'Assemblée législative pour un député du Parti des Travailleurs élu dans le quartier.

Les femmes de l'Association, surtout les dirigeantes, sont invitées à prendre part à d'autres séminaires féministes au niveau local, national (Goiania, Brasilia) et même international (Argentine, El Salvador, Canada). Elles participent aussi aux activités des « Femmes Catholiques avec le droit de décider », de TECLA (femmes théologiennes), du SOF et de la Rede Mulher. Comme l'explique Ilda :

Les femmes sont éduquées à servir, nous avons toujours travaillé à la maison sans rien gagner. Dans l'Association c'est bien différent, parce que là, nous sommes en train de faire un travail sans que personne ne nous l'ordonne, on fait un travail qui nous appartient. Les choses que nous faisons, comme un cours, une rencontre, une réunion, nous font grandir, nous posons chaque fois une brique sur l'ensemble. La brique que nous posons dans l'Association ressemble à celle qui a construit nos maisons. Je pense qu'AMZOL, c'est moi, et que moi, c'est AMZOL. AMZOL, c'est une femme, je suis une femme et je ne pourrai pas me séparer d'AMZOL. C'est pour cela que mon travail est gratifiant. On arrive toujours à arranger les choses.

1.1 AMZOL et la santé mentale

AMZOL est le seul organisme communautaire des femmes à São Paulo qui organise des cours spécifiques sur la santé mentale. Le but principal de ces rencontres est de prévenir des problèmes plus sérieux de santé mentale chez les femmes participantes. Les rencontres sur la santé mentale suivent une démarche d'affirmation de soi. Ces rencontres, ainsi que les autres activités de l'association, visent à améliorer les conditions sociales, émotionnelles, économiques et politiques des femmes.

Certaines femmes membres d'AMZOL ont entrepris un cours sur la santé mentale avec des religieuses américaines qui habitent dans la Paraíba au nord-est du Brésil. Cette formation permet maintenant à AMZOL de donner le cours à ses membres.

Le guide du cours, qui a été écrit par Carolyn Lehmann, Peggy Moran et Monica Hingston, se nomme *Femme, corps et âme. Un programme de santé mentale populaire pour les femmes, par les femmes*. Ce document a été traduit en plusieurs

langues. Au Brésil, le livre a été publié en portugais par les éditions Paulines, une maison d'édition catholique.¹

Le recrutement des femmes pour les cours s'est fait à l'intérieur de l'Église. Parfois le conseil de l'Église offre un local pour les rencontres. Le cours est donné par des femmes qui ont la force et le dévouement de faire ce travail gratuitement. Les discussions se concentrent sur la vie affective des femmes et le rôle des femmes dans leur famille. Les thèmes sont les suivants: peur, événements difficiles, histoire de vie, être femme, motivation de vie, quotidien, patriarcat, spiritualité, communication non-verbale, image de femme, attentes, culpabilité, enfance. Les femmes discutent aussi sur la vie nerveuse (dépression, tension, maux de tête, etc.).

Le cours d'AMZOL se donne une fois par semaine. Il est basé sur des questions du « Corps, Âme et Esprit ». Les 13 rencontres durent environ trois heures chacune. Au début de chaque cours, une des monitrices fait des exercices physiques avec les femmes. Cette partie est très importante, parce que les femmes ont l'occasion de se toucher, de bouger leur corps. L'atmosphère est très détendue et les femmes prennent beaucoup de plaisir à s'étirer. Les monitrices exposent brièvement chaque thème de discussion et demandent à chaque participante de

¹ Le contenu du manuel du cours est divisé en quatre parties. Les thèmes discutés dans la première section comprennent : comment je suis, mes attentes, le groupe, la peur, la colère positive et négative, l'histoire de ma vie, notre vie intégrée, ce que j'aime faire, communication non verbale, être femme, les motivations de notre vie, ma vie aujourd'hui, mon image de femme, les personnes dans ma vie, ce que nous espérons, les messages d'enfance, la tendresse envers nous-mêmes, et le sentiment de culpabilité. La deuxième partie porte sur la personne nerveuse. La dépression est discutée comme un sous-thème. Les sujets sont la tension et le mal de tête ainsi que la détente des nerfs. La troisième section est sur la sexualité et les thèmes discutés sont : la société patriarcale, la connaissance de la sexualité et le corps et son fonctionnement, la menstruation, les relations sexuelles, la grossesse et aussi de quelle façon empêcher la grossesse et l'avortement. La quatrième partie du cours se compose d'exercices de relaxation avec de la musique et des images qui diminuent la tension.

discourir sur le sujet. À la fin de chaque rencontre, les femmes font un cercle avec les mains enlacées pour faire circuler l'énergie, puis elles chantent ensemble : courage-tendresse-folie-femmes-nous-camarades-guerrières-femmes.

À leur première rencontre, les femmes se présentent pour discuter de leurs attentes face au cours. Les questions d'horaire et de garderie pour les femmes qui ne peuvent pas venir seules vont être des thèmes importants de cette discussion. Du côté des femmes membres, les attentes sont très variées : rajeunir, améliorer la santé, avoir plus de patience, obtenir l'appui du groupe, échanger des idées pour améliorer la tension au quotidien, guérir l'esprit et le corps, sortir un peu de la maison et fortifier le groupe. Les attentes des organisatrices d'AMZOL sont : apprendre ensemble ce qu'est la « santé mentale », connaître mieux les femmes du groupe, créer un espace de confiance, chercher de nouvelles manières de faire face à la réalité, prendre conscience de sa valeur en tant que femme, fortifier le groupe. Les organisatrices soulignent l'importance d'établir un climat de confiance : les secrets racontés ne doivent pas être discutés en dehors du groupe. Ilza affirme :

Nous devons raconter nos problèmes, pleurer en gardant l'espoir. Nous sommes un groupe de support pour nous rendre plus fortes et pour nous aider à créer la force pour faire face aux problèmes de la vie. C'est difficile d'être consolées, j'espère que nous pourrons le faire dans le groupe. Le groupe vise à casser l'individualisme et la peur dans notre société.

Une autre organisatrice affirme :

C'est important de partager, d'ouvrir les portes. Ce n'est pas bien de fermer nos portes. Comme personnes, nous, les monitrices, nous avons aussi des problèmes, des sentiments. Nous sommes aussi des mères, des femmes au foyer. Garder les choses à l'intérieur de nous est nuisible. On peut perdre la tête. Les problèmes doivent être discutés avec des gens avec qui nous sommes en confiance.

Les femmes sont invitées à parler de leur situation ouvertement, à exprimer leurs émotions sans être jugées par les autres participantes du groupe. Elles apprennent à développer une confiance en leurs idées, en leurs actions, en leurs perceptions. Elles abordent même des questions par rapport à leur sexualité. Au fur et à mesure que les sessions avancent, les femmes parlent plus librement des questions délicates qui ont été longuement refoulées comme le désenchantement par rapport à leur vie sexuelle, les problèmes de harcèlement sexuel dans la famille et l'orientation de la vie sexuelle des enfants. Plus les femmes se libèrent de leurs peurs, plus elles s'impliquent dans les activités de la communauté. C'est en brisant leur isolement que les femmes voient différemment leurs problèmes et leur réalité.

À la dernière rencontre, après trois mois, les femmes font une évaluation du cours par rapport aux attentes qu'elles avaient établies au début.

1.2 Récits des membres d'AMZOL

Selma - Solitude et dépendance

Selma, qui vient à la rencontre D'AMZOL avec sa belle-fille Tina, est née à Muriaé, une ville dans l'état de Minas Gerais. Elle nous informe :

Quand j'avais 13 ans, ma famille a déménagé à Caratinga. Là bas, je me suis mariée à l'âge de 16 ans. J'ai vécu sept ans avec mon mari. J'ai eu mon premier garçon avec lui. Après la naissance, le mariage ne marchait plus. Je me suis séparée quand mon garçon avait deux ans.

Selma résume sa trajectoire migratoire :

De Caratinga, je suis partie à Belo Horizonte qui est la capitale de Minas Gerais. À Belo Horizonte, je suis restée deux ans toute seule. Ensuite j'ai rencontré un militaire avec qui j'ai vécu un certain temps. Avec lui, j'ai eu deux autres garçons. Nous nous sommes séparés car il avait des problèmes. Je me suis organisée toute seule. Nous sommes restés amis. On communiquait bien ensemble. En 1963, j'ai décidé de partir à São Paulo avec mes trois jeunes enfants en vue d'un meilleur salaire et pour donner de meilleures conditions de vie à mes enfants. Je suis venue seule, j'ai laissé les deux derniers garçons avec ma belle-mère et ma mère a pris l'aîné. J'ai trouvé un travail comme aide domestique dans une maison où les patrons m'ont beaucoup aidée.

Les doubles journées de travail sont pénibles pour les femmes. Selma raconte ce qu'implique travailler en étant mère seule :

En 1964, j'ai amené les enfants chez moi à São Paulo. Pour cela, j'ai loué une maison à Osasco. Toute la semaine, je travaillais chez ma patronne. Les fins de semaine, j'allais voir mes garçons qui étaient restés seuls toute la semaine. J'ai beaucoup souffert. J'ai eu beaucoup de difficultés parce que je ne pouvais pas aller à la maison voir mes jeunes enfants. J'ai laissé souvent les enfants seuls. Quand j'arrivais à la maison, ils avaient faim. Je leur donnais un pain et, moi, je prenais un verre d'eau avec du sucre pour dormir parce que le lendemain je devais quitter la maison tôt pour aller travailler de l'autre côté de la ville. Quand ils ont grandi, j'ai commencé à travailler le jour. Aujourd'hui, ils sont grands et ils se sont mariés. J'ai lutté beaucoup jusqu'à maintenant. Mon plus vieux garçon m'a donné sa fille aînée pour l'élever.

Aujourd'hui, Selma, séparée, n'a pas d'argent à elle. À cause de sa santé elle ne peut plus travailler. Elle décrit :

J'ai travaillé de l'âge de 22 ans jusqu'à 55 ans. Je ne peux pas avoir la pension du INPS parce que j'ai seulement cotisé pendant sept ans. Ma première patronne à São Paulo m'a renvoyée quand elle a su que j'allais demander le carnet de travail professionnel. [...] Ma patronne disait que j'étais une bonne travailleuse, mais que j'étais trop intelligente pour le travail. Elle affirmait que les domestiques qui demandaient le carnet professionnel avaient de mauvaises intentions [...] parce que le carnet est préjudiciable pour les patrons. J'ai arrêté de travailler à cause des douleurs à ma colonne vertébrale. De temps à autre, je fais un peu de service de traiteur avec ma belle-fille. [...] C'est horrible de ne pas pouvoir travailler et de devoir dépendre de ses enfants. C'est très bon quand une femme peut prendre quelques heures en dehors du foyer et des enfants.

Grâce aux revendications du mouvement des femmes, une grande majorité des femmes de ménage ont un travail enregistré avec un carnet professionnel. Quand Selma a fait ce travail, plusieurs familles n'accordaient pas ce droit aux femmes. À cette époque, les domestiques n'avaient aucun recours légal.

Quant à sa famille, vivant à Minas Gerais, Selma dit tristement :

Je n'ai jamais eu de support de la famille. Comme j'ai travaillé comme domestique toute ma vie, ce sont quelques patrons qui m'ont aidée. Parfois j'ai passé deux, quatre, cinq et même dix ans sans aller visiter mes frères. J'ai souvent des nouvelles de la famille, ils m'écrivent mais personne ne m'offre de l'aide.

Dans la périphérie, la maisonnée s'agrandit quand un nouveau membre de la famille arrive en ville. La maison de Selma a été construite par son fils :

Mon fils a construit une partie de sa maison pour moi. Aujourd'hui un fils qui habitait à Mato Grosso est venu habiter avec moi. Il paie les factures de la maison, et l'autre fils m'aide à payer les autres dépenses. Ils ne veulent pas que je manque de rien.

Selma explique ainsi la violence de la ville :

Le problème majeur de São Paulo c'est la drogue. La drogue engendre la violence. Quand je suis arrivée en 1963, et en 1964, avec les enfants, mes fils restaient seuls dans la maison. Je dormais chez l'employeur. Je venais à la maison seulement les fins de semaine. Je partais le lundi à 4 heures du matin, pour arriver au travail à 6 heures. Quand j'arrivais à la maison, je nettoysais la maison, je faisais le ménage, je prenais soin des enfants. Heureusement il ne s'est pas produit d'ennuis avec les enfants. Aujourd'hui quand ma belle-fille sort, je reste avec les enfants parce que je n'ai plus le courage de les laisser seuls. Aujourd'hui j'ai peur, la violence me fait peur. [...] Un bon gouvernement doit combattre la violence dans les périphéries. L'armée a fait un nettoyage dans la ville de Rio de Janeiro mais les trafiquants de drogues de là-bas se sont tous installés dans la périphérie de São Paulo, avec nous.

Aux prises avec la maladie, Selma s'inquiète de son avenir :

J'ai des problèmes sérieux de santé. J'ai le diabète et je fais de la haute pression. Ma pression artérielle est celle de quelqu'un qui souffre des nerfs. J'ai aussi un problème de colonne vertébrale. J'ai peur de perdre mon autonomie et de dépendre des autres, au lit. Je ressens des douleurs terribles. Je ne suis pas capable de faire beaucoup d'efforts, souvent des crampes bloquent mon corps entier.

Les rêves de Selma sont liés au désir de meilleures conditions de vie,

d'avoir ici à São Paulo, une maison avec plus de confort, un peu mieux arrangée pour pouvoir mieux recevoir mes enfants, mes belles-filles et mes petits-enfants. J'aimerais que mes garçons aussi aient plus de confort. J'aimerais que mon fils aîné arrête de boire. La boisson est terrible. Si mon fils laissait la boisson, il serait un vrai homme. Il est beau, avec les yeux bleus, les cheveux blonds, mais la boisson le tue. Si j'étais pour recommencer ma vie, je travaillerais et j'achèterais quelque chose de confortable pour l'avenir de mes enfants.

Elle aurait aimé avoir plus d'éducation pour travailler comme enseignante, conseillère. Selma questionne le rôle du mariage qui fait partie des événements tristes de sa vie :

À partir du moment où les femmes se marient et deviennent des femmes au foyer, l'angoisse est chronique. J'ai eu beaucoup de tristesse en me mariant. Les femmes sont trop sentimentales. Je suis restée 15 jours dans le coma. J'ai eu une douleur terrible au ventre. Je ne voulais pas me marier avec

l'homme que mes parents avaient choisi. J'ai vécu sept ans avec lui. Après la naissance de mon fils, il m'a frappée fort et je suis partie de la maison. Je suis disparue et je n'ai plus voulu le revoir. [...] Plusieurs années, j'ai vécu sans mari. Pour les hommes, les femmes n'ont pas de limite de travail. J'ai élevé mes enfants tout seule.

Selma a des sentiments partagés par rapport au mariage. Elle raconte : « Il faut être esclave de soi-même et pas du mari. C'est mauvais d'être avec lui, c'est pire d'être sans lui. La solitude, c'est difficile ».

Parfois, cette femme a envie de partir de la maison, mais c'est un choix difficile. Elle déclare :

J'ai pensé que, lorsque mes enfants allaient grandir, je ferais tout ce que je voudrais. Mais aujourd'hui je suis prisonnière de la maison, enfants et petits-enfants. J'ai 60 ans et je suis prisonnière de la famille. Avant j'étais libre, je n'avais pas d'argent. Aujourd'hui je suis seule, j'ai peur de sortir seule. J'ai peur des voleurs. Je suis prisonnière à l'intérieur de moi. Je suis contente seulement quand je vais à l'église et quand je me promène avec les femmes de l'association des femmes.

Comme le souligne Guberman et coll. (1993), les femmes plus âgées qui ont questionné les rôles féminins traditionnels sans les outils nécessaires pour affronter ces changements se voient enfermées à l'intérieur du modèle patriarcal, où les rôles de mère et d'épouse sont privilégiés.

Edna - Le *nervoso* comme réalité quotidienne

Edna est une femme de Bahia qui vit à São Paulo depuis plusieurs années. « Je viens de la campagne à Bahia. Très jeune, j'ai perdu ma mère. J'avais personne à qui raconter mes problèmes. Ma grand-mère était toujours occupée ».

Quant au travail, Edna raconte : « J'ai travaillé beaucoup pour mon père. Mon père m'a donné tout ce qu'il pouvait. J'ai travaillé comme femme de ménage toute ma vie. Servir les autres a été positif pour moi ».

Le mariage n'est pas source de bonheur pour certaines femmes. Edna explique :

Mon mariage a été décidé par mon père et ma mère. La vie a été difficile. Le mariage aussi. Mon mari travaillait dans les champs d'agriculture. On habitait avec sa famille. J'ai vécu dix ans de souffrance à Bahia, parce que mon mari était paresseux, il ne voulait pas travailler beaucoup. J'ai souffert pour garder mes enfants.

L'identité masculine est associée à la vie de la rue; l'homme doit maintenir le respect et nourrir la famille. Quand l'homme n'est pas capable d'être un bon pourvoyeur, comme c'était le cas pour son mari au chômage, la femme doit travailler à l'extérieur en plus de s'occuper des enfants, ce qui implique une surcharge de travail pour elle. Une fois de plus, la relation de complémentarité hiérarchique entre le mari et la femme sous l'axe de la valeur-famille est source de conflit.

Après plusieurs années d'insatisfaction avec son mari, elle n'a pas eu d'autre choix que de se séparer : « Il y a 20 ans je me suis séparée. Maintenant je peux faire ce que je veux, mais je n'ai plus de force physique. Même quand j'étais mariée, je faisais ce que je voulais; mon mari n'avait pas une personnalité forte ».

Au moment de questionner leurs difficultés émotionnelles en relation avec le mariage et d'entreprendre une séparation, certaines femmes font face à une grande solitude. Edna raconte : « J'aimerais ne pas être seule. J'aimerais vivre à côté de quelqu'un. Quand j'ai des problèmes, j'ai personne pour dialoguer. J'ai eu quelqu'un dans ma vie, mais je l'ai perdu. C'est triste de vivre seule. C'est la pire chose au monde ».

Quant à ses projets d'avenir, Edna sent qu'elle vieillit très vite à cause de sa mauvaise santé. Elle aimerait être plus jeune pour faire ce que les femmes d'AMZOL font. Aujourd'hui, elle souffre de douleurs dans tout le corps. Elle a la volonté de faire des choses, mais ce n'est plus possible. Elle décrit ainsi sa peur : « J'ai peur de tomber malade et de rester au lit. Peur de devenir dépendante, de me sentir incapable de faire ma propre soupe ».

Edna explique comment elle est devenue nerveuse :

J'ai beaucoup de problèmes. Il y a 15 ans, ma fille s'est fiancée et s'est mariée. Cet homme a essayé que je couche avec lui. J'ai refusé; il faisait du chantage avec moi. Il a mis ma fille contre moi et contre tout le monde. Il a essayé, il y a trois ans quand j'ai dit non, mais le *nervoso* m'a attaquée. Finalement j'ai accepté de rester avec lui. Maintenant il me possède; la rage et le *nervoso* sont terribles. Il est devenu mon ennemi, il a tout fait contre moi. C'est pour ça que je suis inutile, je ne peux plus travailler. La rage m'a donné de l'angoisse. J'ai déjà demandé pardon à ma fille, mais ça n'aide pas. Depuis que je suis tombée malade, j'ai tout raconté à ma fille. Ma fille me dit qu'elle ne peut pas se séparer du père de ses enfants, elle dépend de lui. Le pire c'est que maintenant, je dépends aussi de lui à cause de mes nerfs : je ne peux plus travailler. Il demeure dans ma maison. La rage est grande, je vis des moments de *nervoso* tout le temps. [...] Ma vie est marquée par le travail; j'ai servi d'autres personnes et j'ai souffert en silence.

Le discours d'identité de Selma est appuyé par les idées de *nervoso*, de souffrance. Au moment de raconter sa trajectoire de vie, Selma se sert de la catégorie de *nervoso* pour décrire son existence, qui est ponctuée par la souffrance due aux relations personnelles difficiles, à la vie affective et à la situation économique.

Tina - Responsabilité et ambiguïté de la vie familiale

Tina raconte:

Je suis venue à São Paulo du Nordeste, d'une ville nommée Sapé près de João Pessoa dans l'état de Paraíba, pour améliorer ma situation de vie. Ma famille était modeste. Mon père était agriculteur, il gagnait peu. L'argent qu'il gagnait suffisait à peine pour manger. Mais, un jour, il a planté de tout et on a récolté. La récolte nous a donné de quoi manger et son salaire aidait à subvenir aux autres besoins. À 13 ans, j'ai vu qu'on gagnait peu. Ce n'était pas de l'ambition, c'est ce que j'ai toujours voulu, améliorer notre situation. [...] Ma famille était modeste, mais mon père a bien su nous éduquer avec beaucoup de respect. [...] Mon père m'a toujours enseigné à servir. Cet enseignement a été positif pour moi.

La trajectoire migratoire va exercer une influence dans le quotidien des femmes. Souvent, les femmes migrantes du nord de Minas et du Nordeste venues à São Paulo se voient cantonnées dans le travail de domestique. Tina raconte :

Quand je suis arrivée à São Paulo, j'ai travaillé pendant deux ans dans la maison où travaillait aussi ma cousine. J'ai dû quitter parce les enfants racontaient des mensonges à la mère qui les croyait. Le garçon que je gardais disait à la mère, que je le frappais, et moi, j'adore les enfants. C'est difficile pour moi de frapper mes enfants aujourd'hui que je suis mère. Ma patronne me disait qu'elle allait me renvoyer chez nous. Je lui disais qu'elle ne pouvait pas parce que j'avais 18 ans et que j'étais majeure. Auparavant, j'ai demandé à mon père d'ajouter deux ans à mon âge sur mon extrait de naissance parce qu'à São Paulo les patronnes ne voulaient pas engager des femmes mineures.

Quand Tina est arrivée à São Paulo, elle n'a pas pu continuer à étudier :

Au Nordeste, je suis allée à l'école jusqu'à la sixième année. Je ne sais si j'ai réussi parce que, avant la fin de l'année scolaire, je suis partie. Quand je suis arrivée à São Paulo, j'ai continué mes études, mais c'est difficile d'étudier pendant qu'on doit travailler dans les maisons des autres personnes. Quand on travaille, on n'a pas beaucoup de temps pour étudier, pour lire des livres. On n'arrive pas à bien comprendre le professeur qui enseigne.

Dans le cas de Tina, son mari est un bon pourvoyeur et elle a la responsabilité de gérer l'argent. Le fait de bien gérer l'argent du mari donne à la femme plus d'autorité dans la maison (Zaluar, 1985). L'identité féminine est basée sur l'axe de l'honneur et de l'honnêteté. Les codes de moralité pour la femme sont très stricts vu

qu'elle deviendra l'exemple moral de la maison (Duarte, 1986). Elle décrit la charge de son travail à la maison :

J'ai toute la responsabilité de la maison. Je fais ce que je veux avec l'argent que mon mari me donne. J'ai un carnet de chèques pour acheter ce dont la famille a besoin. Les femmes travaillent beaucoup dans la maison. Parfois, elles travaillent même plus que leurs maris. Les femmes ont beaucoup de difficultés, le travail domestique finit par user les femmes. C'est un travail très dur. Une femme doit toujours courir. Moi, je n'arrête pas une minute pendant toute la journée. Je travaille toute la journée pour les enfants, pour la maison. Je dois tout résoudre. Je reste à la maison toute seule parce que mon mari est toujours parti en voyage. C'est difficile.

Étant donné que son mari est capable de travailler et de subvenir aux besoins de la famille, Tina, comme d'autres femmes de milieu populaire, reste au foyer : de toute façon, elle n'aurait pas beaucoup de possibilité de trouver un travail bien rémunéré (Sarti, 1994). En plus, il est très difficile de combiner le travail à l'extérieur avec sa responsabilité à la maison. Après la naissance de son premier enfant, Tina a arrêté de travailler. Elle raconte :

Depuis 12 ans, après la naissance de mon fils, je ne travaille plus à l'extérieur. Si j'avais continué à travailler, notre situation financière serait meilleure. J'aurais pu aider mon mari à atteindre notre rêve et acheter un plus grand terrain pour construire une plus grande maison pour donner plus de confort à nous et à nos enfants. Mon mari me donne tout ce dont j'ai besoin. Tôt ou tard, il me donne tout ce que je veux. Je suis patiente et je peux attendre. Mon mari ne dit jamais non à ce que je lui demande. Après la naissance de mon fils, j'ai voulu continuer à travailler, mais mon mari n'a pas voulu. À cause des enfants, mon mari disait que je ne pouvais plus sortir pour aller travailler, d'autant plus que nous n'avions personne pour nous aider à garder le petit. Ma belle-mère à l'époque travaillait aussi. Il disait que c'était à lui de travailler. C'était sa décision. Mon mari n'a jamais arrêté de travailler. Il y a eu des moments où il avait trois emplois. On n'a jamais manqué de rien dans la maison ni pour moi, ni pour nos enfants. Il fait tout pour offrir ce dont sa famille a besoin.

La réalisation du rêve de devenir propriétaire est un projet important dans l'existence de Tina et de son mari (comme l'ont déjà souligné Durham, 1978; Caldeira, 1984 et Sarti, 1985) :

J'ai travaillé après mon mariage comme aide-auxiliaire dans une garderie jusqu'à ce que j'aie eu mon premier enfant. À ce moment-là, nous habitons dans une maison à loyer. Comme le prix a augmenté considérablement et que mon mari ne gagnait pas beaucoup, mon oncle nous a offert d'acheter une partie en arrière du terrain en Itaim où il avait construit sa maison. C'est ainsi que mon mari et moi, nous avons construit notre maison. D'abord, nous avons construit la partie d'en bas et, ensuite, nous avons ajouté la partie du haut pour que ma belle-mère y demeure. Quand je suis venue habiter à Itaim, il n'y avait presque rien aux alentours de la maison. Aujourd'hui tu peux trouver tout ce que tu veux : le supermarché, la boulangerie, l'école pour les enfants.

Qu'est-ce que représente, pour Tina, la vie dans la périphérie? Elle décrit :

La périphérie n'a pas d'hygiène ou de propreté. Partout c'est sale. Les déchets sont éparpillés dans les rues et les égouts sont bouchés. Les rues sentent mauvais. Les gens dans la périphérie se lient facilement d'amitié avec les autres parce qu'ils vivent tous dans les mêmes conditions de vie. Personne n'a plus que l'autre.

Comme explique Sarti (1994), la migration s'appuie sur un réseau de relations basées sur la famille et sur le voisinage. L'entraide des migrants est expliquée par Tina :

Je suis venue à São Paulo avec ma cousine. Après, deux autres cousins sont venus nous rejoindre. Plus tard, ma cousine a fait venir toute sa famille. J'ai eu beaucoup d'aide de la famille de ma cousine. Chaque fois que j'avais un congé, j'allais chez mon oncle. Ils m'ont aidée beaucoup jusqu'à mon mariage. Avant de me marier, je suis retournée au Nord pour en parler avec mon père qui m'a dit que, même s'il ne connaissait pas mon fiancé, il me faisait confiance. Mon fiancé est allé demander ma main à mon oncle qui était d'accord parce qu'il aimait beaucoup mon mari.

L'enfance de Tina est marquée par son désir d'étudier et sa maladie. Elle nous dit :

À sept ans, j'ai insisté pour aller à l'école. Mon père pensait que ses enfants ne devaient pas étudier parce que l'important à apprendre se montrait à la maison. Mais j'ai insisté pour aller à l'école parce que mes voisins, les enfants des fermiers, allaient tous à l'école. J'ai dû pleurer pour aller à l'école. Ma mère a fini par convaincre mon père de me laisser y aller. Ma mère est allée m'enregistrer. Étudier, pour moi, c'était comme être au ciel. J'ai passé un an à l'école. L'année suivante, je devais quitter parce que je devais

prendre soin de mes frères. Je n'aimais pas ça parce que je sentais que cela allait nuire à mes études. Quand ma mère est tombée enceinte, je suis restée trois ans à la maison sans aller à l'école. Quand j'ai insisté pour retourner à l'école, mon père a dit que ce n'était pas nécessaire. Mon père ne comprenait pas que les études étaient notre avenir. Mes frères et soeurs n'attachaient pas d'importance aux études. L'école n'était pas loin, mais mon père ne me laissait pas y aller seule. Ma mère devait m'accompagner. Je me levais à sept heures, pour arriver à l'école à huit heures. Mon père se plaignait du temps que ma mère perdait pour me reconduire et pour aller me chercher à l'école. Ma mère travaillait aussi à la campagne. J'étais la seule enfant de la famille qui n'a jamais travaillé à la campagne, je ne sais pas pourquoi. Je souffrais de rhumatisme. Mes soeurs plus jeunes allaient ensemercer. Un jour j'ai insisté pour y aller. Mon père m'a donné la houe et un morceau de terrain pour planter. À la fin de la journée, il est venu surveiller le travail et m'a dit que mon côté n'était pas bien cultivé. Mon père m'a dit qu'il comprenait que je n'avais pas de talent pour cultiver.

La condition de malade va permettre à Tina d'entreprendre des études. Dès sa jeunesse, Tina veut quitter le Nordeste. Elle raconte :

Quand j'ai quitté l'école, ça a été une épreuve pour moi. À l'âge de 13 ans, j'ai dit à la maison que j'allais quitter le foyer. D'abord, je suis allée dans la maison d'une marraine de ma mère, dont le mari était fermier et il voyageait beaucoup. Pour cela, elle a demandé qu'une de ses filles puisse dormir dans la maison avec elle. Je restais toute la semaine seule dans cette maison et j'allais chez nous seulement les fins de semaine. Cette dame me laissait aller à l'école. Un jour je suis sortie de chez elle parce qu'elle a déménagé à Belo Horizonte et qu'elle ne pouvait pas m'amener parce que je n'étais pas majeure et que mon père ne voulait pas me donner l'autorisation d'y aller. [...] À l'âge de 14 ans, j'ai décidé de quitter la maison parce que je voulais avoir de meilleures chances. Pour trouver un emploi, je suis allée à João Pessoa, une ville plus grande. Un monsieur est venu à la maison pour demander à ma soeur aînée d'aller garder ses enfants chez lui. Ma soeur, qui était très attachée à ma mère, n'a pas voulu y aller, mais moi, j'y suis allée à sa place. Je n'avais jamais gardé d'enfant. J'avais gardé mes frères, mais, avec les enfants de riches, c'est différent. Le mari de la patronne trouvait que j'étais moi-même un enfant pour garder un autre enfant. Ces gens ne me traitaient pas comme bonne de maison. Avec eux, j'ai tout visité à João Pessoa. Le patron disait que j'étais sa fille aînée. D'ailleurs, je ressemblais à eux, parce qu'en général, les *Paraibanos* se ressemblent.

À l'âge adulte, Tina a immigré à São Paulo :

J'ai voulu venir à São Paulo, parce que les gens parlaient tellement en bien de cette ville. Et mon destin, c'était d'aller toujours plus loin. À l'époque, la

fille de ma tante était déjà allée à São Paulo avec des gens du Nordeste. Je suis arrivée pour prendre soin d'un garçon de trois ans. Mon père m'a dit que São Paulo était très loin, que j'allais me perdre dans la grande ville et que je ne m'y habituerai pas. Je ne voulais pas vivre à São Paulo, je voulais la connaître. Ma cousine a parlé à mon père en disant qu'elle allait prendre soin de moi et c'était vrai pendant que j'ai travaillé avec elle. Elle était comme une mère pour moi. Elle me surveillait aussi avec mes amoureux. Je suis restée surprise du froid. Au Nordeste, c'est chaud. Au début, j'ai souffert beaucoup à cause du froid.

Tina aimerait combiner ses rêves personnels avec son rôle de mère :

J'avais le rêve d'étudier et de devenir ingénieure. Je rêvais d'avoir une carrière. Ce n'est pas juste un rêve. Je pense que c'est encore possible parce que j'ai encore de l'espoir. Seulement, maintenant, je dois prendre soin de mes enfants et de mon mari. [...] J'aimerais aussi pouvoir sortir une fois par semaine avec ma famille pour aller manger dans un restaurant. Avec mon mari, je ne sors pas beaucoup parce qu'il travaille tout le temps. Il est commis voyageur. Il n'est jamais là. [...] Je rêve aussi d'aider mon mari à acheter un plus grand terrain pour construire une plus grande maison pour donner plus de confort à nous et à nos enfants.

Être un bon pourvoyeur exempte l'homme de sa présence à la maison et du support aux tâches domestiques. Dans les rencontres avec les femmes de milieu populaire, Tina soulignait sa solitude et l'absence de son mari pour elle et ses enfants. Pendant le cours, quelques femmes associent la non-présence constante du mari à la maison à de possibles comportements d'infidélité. Si Tina avait des doutes par rapport à son mari, elle ne me les a jamais exprimés ouvertement pendant ma rencontre avec elle.

Pour Tina, ses projets sont liés aussi à la famille : « J'aimerais que mes enfants puissent avoir la chance d'étudier pour avoir un meilleur avenir. J'ai la foi en Dieu que je vais faire un effort et leur père aussi pour qu'ils deviennent quelqu'un, pas un *Zé ninguém* (bon à rien) ».

Pendant une discussion avec les membres d'AMZOL sur la question de la liberté dans le mariage, Tina dévoile :

J'aimerais faire tout ce que je faisais quand j'étais célibataire. Avant j'allais danser; aujourd'hui, je suis mariée avec trois enfants et je n'ai pas le temps de sortir. Je suis mariée, je me sens prisonnière. Mon mari n'aime pas sortir. Quand je sors j'ai l'impression de le trahir. Je ne suis pas libre.

Au sujet de son mariage, Tina déclare : « Je me sens satisfaite avec mon mariage bien que je n'aie jamais pensé à me marier. Avant, je voulais devenir soeur religieuse parce que n'avais pas encore rencontré un homme comme mon mari ».

Ce qui rend Tina heureuse, c'est de voir ses enfants et son mari en santé. Elle dit :

Ma grande tristesse est de les voir malades. [...] Je suis une personne très sentimentale. Si quelqu'un me dit quelque chose, je pleure. Quand je vois quelqu'un en train de souffrir, je pleure. Quand je vois les personnes abandonnées dans la rue, je pleure. Dans le quartier, on voit beaucoup de monde sans abris. C'est très douloureux. [...] J'ai aussi honte. Dans l'église, quand les gens posent une question, je veux parler, mais je n'y arrive pas.

Quant à la violence de la périphérie, Tina souligne :

La violence du quartier est terrible. Pendant la nuit, j'entends des coups de fusil. La nuit passée, j'ai entendu un coup de fusil et, quand nous sommes sortis, il y avait un homme mort sur le coin de la rue. Personne n'a vu qui a été tué. Je pense qu'il y a beaucoup de violence parce qu'il y a beaucoup de pères de famille sans emploi. Pour protéger les enfants, je les conduis à l'école tous les jours. Je ne les laisse pas aller à l'école tout seuls.

Tina compare le système de santé de la périphérie à celui du centre de la ville :

Quand tu arrives avec un enfant malade, dans un centre de santé à la périphérie, le médecin le regarde de loin pour donner un médicament. Les soins de santé dans la périphérie sont très mauvais. À Itaim, j'emmène mes enfants au centre de santé seulement pour la vaccination.

2. Présentation du CAPS

Le centre d'assistance psychosociale Pr. Luiz Cerqueira a ouvert en mars 1987 dans un contexte de réforme du Secrétariat de Santé de l'état de São Paulo. Ce dernier proposait la création des Unités de Santé mentale pour la prise en charge de la psychose. Le nom du CAPS est un hommage au professeur Luis da Rocha Cerqueira, qui a beaucoup contribué à l'implantation, au Brésil, des services de santé mentale en dehors des centres hospitaliers.

Selon Goldberg (1997), un des psychiatres du CAPS, c'est dans un moment de transition qu'un groupe du personnel technique issu de la couche moyenne, touché directement par l'implantation des politiques du nouveau régime, s'est mobilisé afin de faire part de nouvelles expériences accumulées dans la pratique institutionnelle. Ces professionnels du réseau de la santé mentale ont pu constater que le caractère administratif et fonctionnel des nouveaux programmes n'arrivait pas à avoir de l'impact sur le groupe des patients psychotiques considérés agressifs et mésadaptés aux structures existantes. C'est dans un climat d'insatisfaction par rapport au manque d'infrastructures pour recevoir ces patients qu'ont émergé des projets alternatifs de santé mentale comme le CAPS.

Le centre offre un traitement intensif et personnalisé aux personnes de 15 à 60 ans. Il fonctionne comme les hôpitaux de jour, soit du lundi au vendredi, de 8h à 17h. Le traitement se fait sans que la personne soit éloignée de la famille ou de la communauté. La continuité des services est assurée par une équipe disponible 24 heures par jour, sept jours par semaine. Le suivi se fait durant le traitement de chaque usager, avec des interventions cliniques ponctuelles. La plupart des clients sont référés par les hôpitaux psychiatriques, les services ambulatoires et les

infirmiers psychiatriques. Quelques clients arrivent de manière spontanée ou sont amenés par la famille. Le CAPS peut admettre jusqu'à 60 personnes.

Le projet CAPS a été implanté dans une ancienne demeure située dans le quartier Bela Vista, à un coin de rue de l'avenue Paulista. Cette maison, qui compte environ 30 pièces, appartient au gouvernement de l'état de São Paulo.

Dans un premier temps, la personne souffrant de problèmes psychiatriques est admise par deux professionnels de niveau universitaire qui la reçoivent. La rencontre initiale se fait généralement en présence d'un membre de la famille. Si une rencontre est insuffisante pour déterminer un traitement, l'équipe peut accueillir le patient temporairement pour mieux évaluer sa problématique. Pendant la période d'évaluation, l'équipe observe le patient dans ses activités au centre. Dans le cas où celui-ci refuse de rester dans l'institution, deux techniciens l'acheminent vers un autre service plus adéquat dans le réseau public de la santé mentale de la ville de São Paulo.

Les personnes ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues ne sont pas acceptées. Dans le cas où les usagers n'ont pas les moyens financiers de se déplacer, le centre fournit des titres de transport. Un patient qui a déjà été traité au centre peut y retourner sans avoir à se soumettre à nouveau aux procédures de triage.

Une fois admis, un contrat est établi par un membre ou deux membres de l'équipe selon les difficultés et les nécessités de chaque usager. Le professionnel qui établit le contrat demeure le lien de référence pour l'usager et pour sa famille pendant tout le traitement. Il n'est pas responsable de la prise en charge du cas. Par contre, ce professionnel devient une figure importante et c'est avec lui que le patient établit

généralement des contacts privilégiés. Le contrat stipule combien de fois par semaine l'utilisateur viendra au centre et s'il fréquentera ou non un atelier ou un projet de travail. Le contrat varie en fonction du cheminement particulier de chaque client.

L'encadrement d'un nouveau patient au CAPS est fait par les usagers déjà en traitement et par les stagiaires. Pendant la période d'adaptation, le suivi est continu afin de prévenir une possible régression.

2.1 Travail thérapeutique

Le travail thérapeutique du CAPS a été inspiré par la psychothérapie institutionnelle formulée par le psychiatre français Jean Oury, directeur de la clinique de la Borde. Dans un premier temps, la nature de la difficulté doit être cernée selon l'état particulier de chaque patient pour arriver ensuite au choix d'une intervention plus adéquate dans le domaine de la psychopharmacologie, de la psychanalyse ou de la thérapie occupationnelle.

D'après l'observation de Cavalcanti et Serpa Junior (1994), la grande contribution de la psychothérapie institutionnelle n'est pas d'essayer de présenter des modèles d'assistance psychosociale standardisés appuyés par des décrets du gouvernement. L'objectif du mouvement consiste à se libérer de la bureaucratie pour enfin laisser place à un espace créatif de pratique quotidienne. La psychothérapie institutionnelle ne cherche pas à résoudre les contradictions de base qui entourent la

folie. L'important est de fournir aux psychotiques un lieu qui rend possible une expérience de vie moins déplorable (Verztman *et al.*,1992).¹

D'après les propos de Jurandir Freire dans la préface du livre *Clinica da Psicose : Um Projeto na Rede Publica* de Jairo Goldberg (1994), la clinique du CAPS questionne les approches essentialistes dans la mesure où elle ne cherche pas la « vraie nature de la psychose » ni « les débats sur la causalité », mais est plus intéressée aux diverses réponses.

Le CAPS se définit par une qualité clinique centrée sur l'individu.² Le traitement y est différent de celui des services psychiatriques traditionnels au Brésil. Le modèle traditionnel de la psychiatrie se base sur la figure du médecin qui a le devoir d'établir un diagnostic, de prescrire un traitement et de constituer un pronostic afin de contrôler les symptômes, sans faire de lien avec l'histoire personnelle des patients. Le CAPS considère que chaque usager est un individu avec une subjectivité qui lui est propre et qu'au moment où il arrive au Centre, il présente des difficultés émotionnelles ou des difficultés de communication avec son entourage.

¹ Verztman *et al.* (1992) font une révision de la psychothérapie institutionnelle. Le début du mouvement est lié à la figure de François Tosquelles qui a travaillé dans l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban en France. Dans l'élaboration théorique de la psychothérapie institutionnelle, Oury se réfère aux travaux de Marx (concept d'aliénation), de Moreno (sociométrie), de Kurt Lewin (notion de champs sociaux) et à l'élaboration théorique de Lacan sur la psychose. La psychothérapie institutionnelle se sert d'un grand nombre de références théoriques pour arriver à cerner la complexité de la psychose, ce que Tosquelles a nommé l'écoute polyphonique de l'institution. Une autre influence importante dans le traitement psychothérapeutique est le travail de Gisela Pankow à propos de la question du corps dissocié dans la psychose.

² Selon Goldberg (1997), la psychiatrie centrée sur l'individu met l'accent sur le patient avec ses besoins. C'est à partir du processus de « *Clinical Case Management* » pour le traitement dans les services publics des personnes atteintes de problèmes de santé mentale sévères, que le CAPS développe sa spécificité clinique.

Sandra, une psychiatre du centre, souligne que

le traitement est un long processus dont l'objectif n'est pas de transformer la personne folle en normale. Chaque cas est traité comme étant unique. Cette approche demande des attitudes particulières ainsi qu'un temps non limité, ce qui occasionne parfois de l'angoisse au sein de l'équipe de travail. Les constructions théoriques et l'ensemble des conduites thérapeutiques laissent souvent place à l'expérience relationnelle de vie de chaque personne. Le processus dynamique de se remettre en question fait partie de la capacité de l'équipe du CAPS d'oser et de créer de nouvelles propositions.

La psychose se caractérise par des vécus fragmentaires et son expression se traduit par la difficulté de se mettre en relation avec l'autre. Dans ce contexte, Goldberg (1992) indique que les interventions thérapeutiques ont une préoccupation re-structurante qui oriente le patient vers une relation avec l'autre dans les lieux propices à l'établissement de ces relations. Ce processus, qui peut parfois être lent, présente des progressions et des reculs nécessaires pour préparer l'usager à atteindre d'autres étapes dans l'évolution de sa psychose.³

Les activités fermées comprennent la psychothérapie individuelle où le patient est suivi par un psychologue et un psychiatre, la thérapie occupationnelle, la pharmacothérapie et la thérapie familiale qui se donne en groupe ou individuellement toutes les semaines ou tous les 15 jours. Par les thérapies, les professionnels du centre visent d'abord à soulager la souffrance individuelle. D'autre part, par la compréhension de leurs problèmes, ils veulent former les usagers à résoudre des conflits et les appuyer dans leur démarche de croissance personnelle. Selon les

³ Selon Bezerra (1992), la discussion technique à propos du traitement est aussi une réflexion politique; « toute intention thérapeutique suppose, ainsi, une perspective éthique (...) cela implique une prise de position quant aux valeurs qui doivent régir l'organisation sociale, et la relation entre les personnes » (p.114).

difficultés de chaque personne, l'équipe technique propose la participation à une des thérapies offertes au centre.

L'arrêt du traitement est discuté avec les professionnels du CAPS, le patient et sa famille. Le processus de décharge survient quand des symptômes de souffrance psychologique sont résorbés.

Pour le CAPS, la rencontre avec la famille, l'entourage immédiat des clients est un autre aspect fondamental du traitement. Ces rencontres visent principalement un échange d'informations sur le traitement avec les membres de la famille et des discussions sur les difficultés dans les relations familiales.

Ana Luiza, une infirmière du CAPS, affirme dans une entrevue

qu'au CAPS, on n'a pas de processus avec objectif très précis et rapide. [...] C'est la dimension relationnelle, c'est la manière d'être disponible, [...] au moment de faire une intervention, quand je vois la personne. [...] C'est une pratique professionnelle plus humaine que technique.

2.2 Activités et Association Franco Basaglia

Le CAPS cherche à promouvoir une série d'activités afin que les personnes atteintes de psychose et sans contacts sociaux extérieurs puissent partager leurs expériences.

Les usagers prennent part aux activités liées à l'administration du centre. Ce travail, effectué sous la responsabilité d'un administrateur, englobe la réception des patients, la réglementation de la sphère bureaucratique des professionnels qui

travaillent au CAPS, ainsi que le maintien de la partie administrative de l'institution, comme le contrat de logements et les demandes de sécurité sociale pour les usagers.

Les usagers ont souligné l'importance d'un soutien institutionnel pour faciliter leur réinsertion dans la vie productive de la société. À cause des crises, certains usagers sont restés longtemps en dehors du marché du travail compétitif. C'est à partir des demandes des clients, pendant une réunion générale, que l'idée a germé d'organiser des projets de travail dans la maison du CAPS. Aujourd'hui, trois secteurs fonctionnent en système de coopérative pour garantir la continuité de conditions productives offertes aux usagers : un centre d'imprimerie et de photocopie, une menuiserie et un projet culinaire. Le CAPS devient ainsi une instance de médiation sociale dans le processus d'émancipation de ses patients (Goldberg, 1997).

Avant de recevoir des fonds publics de l'État pour commencer ces projets de coopérative, l'Association Franco Basaglia (AFB) a été créée. Cet organisme non-gouvernemental (ONG) est formé de patients, de fonctionnaires et d'universitaires intéressés à la construction d'une nouvelle culture qui revendique l'exercice du plein droit de l'homme dans la diversité, sans aucune discrimination. Comme alternative à la bureaucratie de l'État, l'association a développé des projets de coopératives et de résidences et a fondé un centre culturel et social. De plus, elle a formulé un projet de réhabilitation psychosociale. Les recours financiers de l'AFB proviennent de la contribution des membres, des dons et des profits réalisés grâce aux projets de travail.

L'Association aide le CAPS pour la gestion des projets spéciaux dans un nouveau champ d'action thérapeutique. Le centre thérapeutique intensif comporte

des activités ouvertes dont l'objectif est de stimuler l'expression individuelle, la socialisation en groupe, le travail et les loisirs. Parmi ces activités coordonnées par des artistes embauchés par le centre figurent la peinture, la promenade, les fêtes, l'ébénisterie, le théâtre et la musique. Les activités sont ouvertes et les usagers sont fortement invités à y participer.

Ces secteurs coordonnés par les techniciens du CAPS aident les usagers à réintégrer le marché du travail en les poussant à être plus autonomes financièrement, surtout envers la famille. Pour le CAPS, le travail a une fonction structurante pour les patients. Les usagers reçoivent une rémunération en fonction des heures travaillées et du profit généré par la vente des produits. Dans une première étape, le « Noyau Thérapeutique » invite certains usagers à participer au projet de travail, puis l'AFB fait une sélection.

Le CAPS a collaboré étroitement avec l'Association Franco Basaglia pour la mise sur pied du « Club du Basaglia », inauguré par une grande kermesse lors de la fête de la St-Jean, le 24 juin 1996. Les professionnels, les usagers, les membres des familles ainsi que toutes les personnes sensibilisées à la problématique de la santé mentale étaient invités. Tous les usagers des services de santé mentale de la ville de São Paulo sont invités à participer aux activités socioculturelles pendant la semaine ou le samedi. Les ateliers de radio, de journal, de danse folklorique, etc. sont coordonnés par des professionnels.

La continuité de certains services offerts au CAPS dépend du financement des organismes publics. Par exemple, la coupure des contrats temporaires par le Secrétariat de la Santé, à la fin de 1991, a eu un impact sur la continuité des services offerts par le centre et sur la disponibilité d'écoute du personnel.

2.3 Vie quotidienne

À partir de l'observation participante, j'essaierai ici de décrire comment les nouvelles pratiques thérapeutiques développées au CAPS se traduisent dans le quotidien du centre.

L'accueil des usagers débute vers 8h00 du matin. J'arrive vers 8h30 au CAPS : il y a déjà plusieurs personnes dans le salon et dans le jardin. Quand les personnes arrivent, ils se dirigent vers des connaissances pour entamer une conversation. Les usagers sont encouragés à venir seuls au centre mais, en cas de nécessité, une personne de la famille peut accompagner. Les portes extérieures du CAPS sont toujours ouvertes afin de permettre la libre circulation des personnes en tout temps et partout dans la maison.

Le centre est situé dans un endroit privilégié à São Paulo : une station de métro, le Musée d'art de São Paulo et le parc Trianon sont à proximité. Ce bâtiment appartient au secrétariat de l'état de São Paulo. L'accès est très facile par métro ou par autobus. La maison se trouve à un coin de rue de l'avenue Paulista, qui est la plus grande avenue commerciale du Brésil. Devant la maison, il y a un grand jardin avec des bancs et de la verdure. Quand il fait beau, les clients y passent beaucoup de temps.

Le regard de la folie est bouleversant, mais son allure peut être allégée par un espace architectural approprié. Après avoir visité plusieurs centres en santé mentale, je me suis rendue compte de l'importance de l'espace physique du bâtiment dans le traitement des patients.

Les usagers prennent le petit-déjeuner à 8h30. À cause des compressions budgétaires, la maison est en mesure d'offrir seulement un bol de café et quelques tranches de pain. Plusieurs clientes arrivent vers 9h00. Après le petit-déjeuner, certaines personnes demeurent au salon, d'autres circulent au premier étage. Les règlements existent au CAPS, mais ils sont appliqués avec réserve. L'atmosphère décontractée ainsi créée permet aux usagers de s'exprimer plus librement sur leur vécu.

Le premier contact matinal aide à opérer un réajustement de la médication nocturne si nécessaire. Dans le cas de personnes en crise, l'équipe se réunit pour discuter des attitudes à adopter pendant la journée. Parfois, le personnel du CAPS dirige des patients vers un hôpital psychiatrique à proximité.

À 9h45, une psychiatre vient appeler certaines personnes pour la rencontre de « fin de semaine ». Assise dans le salon, occupée à observer les usagers circuler dans la maison, je me questionnais sur les frontières existant entre la normalité et la folie. La richesse du CAPS est d'avoir créé un espace de santé mentale public. C'est une approche alternative à l'intérieur du système institutionnel psychiatrique. La folie est respectée au CAPS.

À 10h30, la session du groupe de « fin de semaine » s'achève. À 11h05, la psychiatre Regina vient chercher participants pour le « groupe verbal » du matin. Les rencontres thérapeutiques fermées se font dans une salle au premier étage de la maison, et certaines rencontres individuelles peuvent aussi y avoir lieu. Pendant ce temps, des aides ménagères nettoient la maison.

Le matin, quelques usagers participent, sur une base volontaire, aux ateliers ouverts organisés par des stagiaires, des moniteurs ou d'autres professionnels de la maison. Les usagers sont invités constamment à participer aux activités. L'Association Basaglia, qui fonctionne au sous-sol de la maison, offre un programme d'habilitation au travail, conjointement avec le CAPS, qui vise à aider les personnes souffrant de problèmes de santé mentale à acquérir des habilités professionnelles. Pour ce faire, le programme de formation comprend un kiosque de hot-dog en face du CAPS, un atelier d'ébénisterie, une cuisine et une photocopieuse. Les activités durent environ 3 heures par jour. Les hommes s'intéressent en particulier aux travaux d'ébénisterie et au centre de photocopie tandis que les femmes se concentrent davantage sur les activités liées à la cuisine et au kiosque alimentaire.

Dora passe un certain temps dans la salle de jeu, en compagnie de sa soeur qui reste généralement assise seule dans un coin toute la journée. Puis, vers 10h30, Dora va travailler quelques heures à la bibliothèque. Son psychiatre essaie de la faire participer aux activités de travail de la maison dans le but de la réinsérer peu à peu au marché de l'emploi.

L'homme qui lit le journal à côté de moi veut retrouver un emploi. Il raconte : « Maintenant ça va mieux pour moi, mais je commence à m'ennuyer de rester au CAPS sans rien faire. Les thérapies m'aident, mais je veux faire d'autre chose, rencontrer du vrai monde ». Odette souligne que « la majorité des clientes veulent acquérir des compétences et avoir un emploi. [...] Même ceux qui participent au Projet/travail, attendent un autre emploi, mieux rémunéré en dehors du CAPS ».

Vers 11h45, tous se dirigent vers la cuisine. Le repas du midi, offert par une firme engagée par le CAPS, est servi : du riz, des fèves, des légumes, du poulet, de la

salade, du jus et du dessert. Toutes les activités de la maison cessent à l'heure du dîner. Une fonctionnaire d'entretien surveille plus ou moins la distribution du repas. Aujourd'hui, à la demande d'Irma, la responsable de la cuisine m'a autorisée à prendre le repas avec eux. Au début du repas, tout le monde semble se tenir tranquille. Un psychiatre mange aussi dans la cuisine avec tout le monde. Il est souvent entouré par des clients qui lui posent des questions et qui veulent lui raconter leurs problèmes. Pendant le repas, les gens se parlent, l'atmosphère est souvent très animée. Le café et le thé sont servis dans le salon, pendant que plusieurs personnes vont s'asseoir dans le jardin.

Assise dans le hall d'entrée, j'observe un psychiatre qui parle avec une cliente. En dehors des heures de rencontres thérapeutiques individuelles, les clients essaient de parler avec les psychiatres. Quand ces derniers arrivent, plusieurs personnes se dirigent vers eux pour les saluer. Le contact est très chaleureux.

Chaque fois que je m'assois dans le salon, une personne vient bavarder avec moi. Irma raconte qu'elle n'en peut plus de souffrir. Tous les jours sont pareils : la dépression, l'angoisse, les difficultés. « C'est assez. La vie est très dure à supporter. Si ça continue comme ça, je vais rentrer à l'hôpital psychiatrique. Mon psychiatre ne m'aide pas assez ». Irma est très exigeante envers son psychiatre qui doit souvent lui répéter qu'il faut attendre sa journée de rendez-vous pour lui parler. La psychologue de la maison ajoute à ce sujet :

Ce n'est pas dans le groupe verbal qu'Irma va pouvoir parler de ses problèmes actuels. De plus elle s'attache beaucoup à son thérapeute de sorte qu'il ne peut pas l'aider. Son psychiatre a passé tout le temps à essayer d'établir des limites thérapeutiques avec elle.

Plus tard, Carla vient vers moi très agitée. Elle explique qu'elle a un problème difficile de personnalité « *borderline* ». Avant, elle était maniaque, maintenant elle ne sait plus :

J'ai des problèmes d'humeur. Le matin, je suis contente, après je suis déprimée, après je suis euphorique. Aujourd'hui, je commence à dire n'importe quoi, dire des gros mots. Excusez-moi. Je suis une personne difficile, ce n'est pas facile de me suivre. Seul mon mari peut me suivre, il le fait parce qu'il n'a pas d'argent. S'il en avait, il me laisserait. J'en suis sûre. Je suis un enfant impossible et, plus que ça, je suis vagabonde.

Carla pleure et continue à me raconter : « Je suis très triste. Hier c'était l'anniversaire de mes enfants jumeaux et je n'ai pas pu fêter avec eux parce qu'ils sont placés dans un centre d'accueil ». Elle poursuit :

La vie est très dure, mes enfants me manquent beaucoup. Ce n'est pas facile d'être mère et de rester loin des enfants. Avant, pour leur fête, je leur faisais simplement un gâteau avec une bougie. Ils aimaient ça. La vie est très dure. Mon mari n'a pas d'emploi. Ça fait longtemps qu'il cherche, il faut faire quelque chose. On a tout perdu, maintenant c'est difficile de refaire la vie. Mon mari fait plusieurs demandes d'emploi. Les enfants lui manquent beaucoup. Je ne vais pas pouvoir continuer comme ça, je suis fatiguée. Mon mari n'a pas de scolarité, ni d'expérience de travail, il ne connaît personne.

Mada la rejoint et lui dit : « Il faut que tu cherches de l'eau parfumée pour mettre dans tes cheveux ». Elle est triste de voir Carla malheureuse. Carla continue : « J'aimerais bien devenir plus stable pour pouvoir trouver un emploi, moi aussi. Je ferais n'importe quoi. Ici au CAPS, c'est ma béquille. C'est bien, ça m'aide, mais j'ai besoin de faire plus pour avoir mes enfants ». Quelqu'un la questionne sur le centre d'accueil où sont placés ses enfants. Elle explique que « c'est très bien où ils sont : ils vont à l'école, ils font du *capoeira*, de la natation ». Mais elle sait que la place des enfants est avec leurs parents.

Quand Odette, l'aide infirmière, vient voir Carla, elle déclare « les femmes en général qui fréquentent le CAPS ont un faible revenu; quelques-unes reçoivent une pension de retraite du INPS. [...] Avec une situation financière délicate, en plus d'être seule, c'est facile de devenir un cas problème ».

Une autre cliente apporte aux femmes qui pleurent un verre de thé. Quand un usager ne va pas bien, les autres viennent souvent le réconforter. Une autre femme vient me demander si ma famille me protégeait. Elle souligne :

C'est très difficile quand la famille ne te protège pas, ne t'appuie pas. C'est terrible quand la famille te rejette. Toi, sûrement ta famille te comprend, te protège? Mais au Brésil, c'est un problème difficile, les familles ne protègent pas les personnes, ne les comprennent pas, les rejettent, les maltraitent. Au CAPS, les gens peuvent nous donner du support, mais ce n'est pas la même chose. Parfois une personne a besoin que ce soit la famille qui donne du support.

Dans le salon, tout le monde reste pensif pendant que cette femme raconte comment elle se sent rejetée par la famille.

Odette m'informe que « la plupart des clientes vivent sans les parents, habitent souvent seules et demeurent dans une pension ou avec une tante ou un oncle. Elles changent souvent de quartier de sorte qu'elles ne créent pas de liens d'amitiés solides ». Elle explique :

Ce que j'observe ici, c'est qu'il y a plusieurs patients qui ont une famille non structurée. [...] Je pense que la famille est ainsi une base fondamentale pour ce type de maladie. Dans la fantaisie des gens, la famille devrait être un soutien mais, en réalité, ce n'est pas du tout le cas. [...] Je pense que peu de familles offrent du soutien; la majorité délaissent leurs membres. [...] Parfois la famille ne voit pas la nécessité de prendre soin de ses membres.

Pendant la période de repos, des usagers dorment sur le sofa, regardent la télévision, lisent le journal ou font une promenade à l'extérieur de la maison. Au

CAPS, durant les heures libres, les femmes et les hommes occupent des espaces différents. Les hommes bavardent entre eux, souvent dans le jardin, alors que les femmes restent à l'intérieur pour balayer et nettoyer la place. J'ai pu observer les contacts entre les clients s'établir autour de l'échange de cigarettes. À un moment, un client vient me demander si je voudrais faire un travail sur le « troc des cigarettes au CAPS ». Les gens me semblent agités, Marcos danse et s'amuse tout seul en faisant sa performance. L'échange des cigarettes continue.

Pendant que je parle avec Irma, une autre femme vient vers moi. Elle s'assoit, nerveuse, et dit à un homme dans le salon :

Arrête de m'emmerder, je vais appeler mon mari pour te frapper. Arrête de niaiser avec moi. J'ai beaucoup de choses à penser, mes problèmes ne me laissent pas tranquille. Arrête de me dire que je suis « *sapatao* » (jargon brésilien pour désigner une lesbienne). Je vais te donner un autre coup de pied.

J'observe un homme qui se promène sans s'arrêter dans la maison en fumant compulsivement des cigarettes. Certaines personnes ont des gestes répétitifs, elles marchent d'en avant en arrière des milliers des fois comme si elles étaient littéralement enfermées dans une cage.

Odette remarque que « les femmes sont plus introverties, il faut souvent insister pour qu'elles participent aux activités de loisirs. Elles s'expriment moins, mais il y a quelques exceptions ». Helia raconte : « Je n'ai pas envie d'étudier. Je viens au CAPS pour passer le temps, pour avoir quelque chose à faire ». Dora a peur de quitter le CAPS et rester à rien faire : au moins, au centre elle a une distraction.

La situation des usagers qui ont de la difficulté à quitter le centre est discutée par l'équipe qui s'occupe du client. Pour certaines personnes, leur vécu

psychiatrique (la marginalité sociale, les médicaments ayant des effets secondaires, la souffrance, l'isolement, l'internement, la pauvreté) a déjà laissé des empreintes sur leurs corps et sur leurs visages. Dans la quotidienneté de la maison, les usagers réfèrent à eux-mêmes comme à des patients, malades, fous, etc.

Dans l'après-midi, des rencontres individuelles ou en groupe sont organisées. Vers 14h30, les stagiaires en psychologie viennent chercher les personnes pour participer au « groupe verbal ». Certaines clientes m'expliquent qu'elles n'aiment pas participer à cette rencontre parce que, selon elles, ce qui s'y dit, tout le monde en parle déjà dans la maison. Carla évoque un autre motif : « C'est dur d'écouter les problèmes des autres, ça me rend plus anxieuse ». Les gens qui n'y sont pas inscrits sont invités à participer à d'autres activités.

Quand un client arrive au CAPS référé par une autre entité psychiatrique de la ville de São Paulo, il passe d'abord par une évaluation, puis il doit s'engager à participer à certaines activités jugées appropriées pour ses besoins. Mais, même si les activités thérapeutiques sont obligatoires, il arrive que certains clients refusent d'y aller.

L'activité nommée *Toque magico* (touche magique) commence vers 14h15. Odette, l'aide infirmière, a mis sur pied ce projet il y a quatre ans. Cette activité consiste à donner des services de soins de beauté aux clients de la maison. Deux infirmières-techniciennes lavent et coiffent les cheveux. Un fonctionnaire coupe les cheveux et fait la barbe des hommes. Au son de la musique, certains stagiaires de la maison bavardent avec les clients. L'atmosphère est très agréable, la salle est claire et les gens sont heureux de voir les résultats du traitement qu'ils viennent de recevoir. Les personnes qui ne participent pas au *Toque magico* circulent dans la maison. La

responsable de cette activité me raconte qu'il est très important que les usagers aient une meilleure image d'eux-mêmes. Selon elle, il est parfois très déplorable de les voir dépeignés, sales, et portant des vêtements malpropres.

Odette explique que, dans le processus de la maladie, certaines personnes ne prennent pas soin d'eux-mêmes. Selon elle,

c'est un réapprentissage des activités du quotidien. [...] Dans un hôpital de jour, il faut préparer les gens pour la vie à l'extérieur. [...] Les patients vont pouvoir un jour aider à faire des ongles, à coiffer, même à se professionnaliser dans ce domaine. [...] Dans les hôpitaux psychiatriques traditionnels, on donne plutôt un traitement pharmaceutique, les activités sont très peu nombreuses, les consultations avec le psychiatre sont souvent expéditives. [...] Les activités ne peuvent pas être coupées du monde, elles doivent servir dans la vie pratique de tous jours. Dans l'activité du *Toque magico*, il y a des personnes qui éprouvent de la difficulté à se regarder dans le miroir. [...] Les clients vivent au quotidien une forme de rejet.

Avant le départ, un café est servi vers 15 : 30hs. Les premiers servis n'ont participé à aucune activité de l'après-midi. Après le café, les personnes quittent tranquillement la maison. Helena attend sa mère. Carla me remercie de l'avoir l'écoutée. Le salon est maintenant vide.

Une infirmière est encore en poste au rez-de-chaussée, où des médicaments sont distribués gratuitement aux gens qui ont des difficultés financières. Le CAPS reçoit des médicaments de plusieurs compagnies pharmaceutiques, des hôpitaux et d'autres services ambulatoires de la ville.

Au sujet de la médication, Luiza l'infirmière nous dit :

au CAPS, je pense que nous sommes sérieux en ce qui à trait à la médication. [...] La médication est un instrument, [...] elle fait partie d'un éventail d'interventions possibles. [...] Je pense particulièrement qu'une médication bien faite est nécessaire. [...] Je pense que nous donnons la médication comme il faut. Nous en discutons ouvertement avec le patient. Nous lui

montrons que c'est un bon instrument et que c'est comme un contrat : si la personne ne prend pas la médication, nous ne pouvons répondre des conséquences. À cause des coupures, plusieurs personnes de l'équipe technique sont parties. C'est un fait très important. Moins l'équipe est disponible pour un traitement personnalisé, plus on tend à utiliser la médication. Dans un autre hôpital la proportion est encore plus grande. [...] La médication fait partie du contrat au CAPS.

Odette commente que

la médication est importante. certains patients ont besoin de ce support. Je pense que ce n'est pas possible de vivre sans ce support mais il faut éviter les excès. Je pense que la médication devrait être mieux contrôlée. Quand je suis arrivée au CAPS, les personnes prenaient moins de médicaments [...] aujourd'hui le petit poste pharmaceutique de santé fonctionne plus qu'auparavant. Si l'équipe diminue, l'augmentation de la médication n'est pas un avantage. La médication a deux côtés. Je pense que d'un côté si elle est bien contrôlée, elle est bénéfique pour le patient. [...] D'un autre côté, si cela devient une voie de facilité pour le personnel traitant de prescrire des médicaments, c'est le patient qui est perdant. [...] Je pense que la médication est comme une « chemise de force ». [...] C'est plus la situation qui nous oblige car il y a moins de personnel disponible pour être à l'écoute et même suivre le patient. [...] Je pense que la médication sert à contenir la personne. [...] Il faut avoir une limite. Je pense qu'avant les patients avaient moins de médicaments et que leur comportement n'était pas aussi agressif qu'aujourd'hui.

À ce sujet une cliente, me dit :

Mon problème n'est pas seulement dans la tête. [...] La médication ne résout pas mes difficultés. Quand je reste très anxieuse, le Diazepan, une drogue qui entraîne une dépendance et que les médecins n'aiment pas prescrire, me calme un peu et provoque chez moi une certaine somnolence. D'autres médicaments aident la tête mais ne libèrent pas le coeur. Il y a des moments où j'ai besoin de plus de médicaments. Mais j'ai surtout besoin de parler sérieusement avec quelqu'un.

Vers 16h00, tous les clients doivent quitter le CAPS.

2.4 Question de genre au CAPS

Selon Villela (1992), le CAPS reproduit le modèle hiérarchique existant dans les équipes multiprofessionnelles de santé de la ville de São Paulo, où les médecins occupent une position de pouvoir plus importante. D'autre part, en thérapie individuelle et collective, affirme Villela (1992), les thérapeutes ne tiennent pas compte des différences de style de communication entre l'homme et la femme. Ceci a pour conséquence de nuire à l'efficacité de leur intervention en n'aidant pas tant les hommes que les femmes à se libérer des attentes liées aux modèles socialement stéréotypés. Les différences sont pourtant manifestes. Par exemple, au centre, les femmes prennent moins souvent la parole dans les discussions de groupe que les hommes.

Cette approche non différentielle de genre est plutôt la norme en traitement thérapeutique. En général, les professionnels ne voient pas de différence entre la folie des hommes et celle des femmes. La question de genre est cependant perçue autrement par l'infirmière du CAPS :

Je pense qu'il existe une différence de genre, de forme d'expression. Mais je pense que la folie est indépendante de la question de genre. Par l'influence de mon propre référent théorique, je pense qu'il y a une différence entre l'homme fou et la femme folle. [...] La femme a un lieu social différent de l'homme. L'homme a la fonction de travailler comme pourvoyeur. [...] Les femmes qui travaillent sont encore la minorité. Elles sont aussi moins bien payées. Je pense que, quand les familles parlent d'un fils ou d'un mari fou, c'est différent d'une fille ou d'une mère folles [...]. Dans le cas d'un fils ou d'un mari, c'est plus lourd, car la référence est de nature économique; c'est quelqu'un qui pourrait travailler et qui est devenu vagabond, qui ne fait pas d'efforts, qui ne veut rien faire. Ce discours paraît moins fréquent chez les femmes [...]. Je pense que ces femmes qui viennent au CAPS ont un univers hétérogène. Ce sont des personnes en marge de la production, ils n'ont pas de poids social et ils ne manquent à personne.

D'après l'aide-infirmière Odette, les femmes ont beaucoup de difficulté dans le domaine affectif :

Elles me disent souvent qu'elles aimeraient beaucoup avoir un compagnon, avoir la même vie que moi, être mariées avec des enfants. Elles rêvent beaucoup du mariage, d'avoir des enfants et de prendre soin des enfants, de la maison et du mari, même si ça peut être parfois fatigant. [...] Les femmes, surtout, se plaignent de leur relation amoureuse. La majorité des femmes qui fréquentent le CAPS sont célibataires. Elles ont eu des difficultés dans une relation de couple. La plupart sont seules. [...] Elles veulent toutes avoir des relations amoureuses stables, mais la majorité ne veulent pas se marier avec un patient, elles veulent une personne de l'extérieur. [...] C'est souvent une rupture relationnelle qui déclenche des problèmes de névrose. Parfois c'est après l'accouchement avec des dépressions *post-partum*. Toutes les femmes au CAPS ont des crises de larme. Ce n'est pas le cas des hommes.

2.5 Récits des clientes du CAPS

Irma – Une vie marquée par la maladie et la misère

La littérature documente le désavantage économique des femmes partout dans le monde. Le nombre de femmes pauvres s'est accru démesurément à la fin du XXe siècle. Les femmes qui ont un vécu psychiatrique font partie de ce groupe alarmant de femmes qui vivent sous le seuil de la pauvreté (voir aussi Villela, 1992).

Irma, femme célibataire qui fréquente le CAPS depuis 1991, décrit ainsi sa vie :

Nous (ma famille et moi) habitions à la campagne, à São Miguel do Anto, dans un endroit qui s'appelait Pinheiro dans l'état de Minas Gerais. Ensuite, nous sommes allés à Belo Horizonte, la capitale de l'état de Minas Gerais. On y menait une vie très difficile. À l'âge de neuf ans, on quêtait, ma soeur, mon frère et moi, dans la ville de Belo Horizonte. Mon frère avait honte, il venait avec nous pour nous surveiller. Ma soeur et moi, on demandait de l'argent. Ce sont des choses tristes, des choses que je préfère oublier. [...] Ma famille est pauvre. [...] De Belo Horizonte, on est venu à São Paulo. [...] Quand j'avais 15 ans, mon père est retourné à Belo Horizonte. J'ai dû travailler comme femme de ménage. Les patronnes m'ont frappée [...] Aujourd'hui je reçois la pension du INPS.

Irma qui a toujours été perçue comme le cas problème de la famille, est convaincue que des facteurs familiaux, comme l'agressivité de son père, ont bouleversé sa vie. Elle raconte :

Mon père était un père qui n'a pas su prendre soin de ses 13 enfants. Il n'a pas su donner de la tendresse, de l'amour. Il a seulement su nous battre, battre... En plus, ma grande soeur vient de me raconter un secret qu'elle a gardé pendant 30 ans : c'est que mon père lui a enlevé sa virginité. C'était quand elle avait 15 ans. Après, ma soeur s'est mariée avec un homme que mon père n'aimait pas pour pouvoir sortir de la maison et laisser mon père. Ma soeur ne pouvait rien dire à ma mère, sinon il l'aurait abandonnée avec tous les enfants. Après que j'ai su ça, ma tête a tourné. Il y a des jours que je suis triste, il y a des jours où je pleure seulement, et parfois j'ai envie de me tuer. [...] Ma mère est très bonne, elle fait l'impossible pour ne pas aggraver la situation des enfants. J'ai l'image d'une bonne mère qui a toujours fait son possible. Je ne me rappelle pas d'elle en train de donner de la tendresse aux

enfants. Elle a toujours fait son possible, a toujours essayé de prendre soin de nous, donner le bain, faire à manger. Et logiquement, c'est difficile de donner de la tendresse pour les 13 enfants. Aujourd'hui trois sont morts. Ils sont tous mariés, sauf moi qui suis célibataire. Mon père continue à se chicaner avec ma mère. Je n'aime pas aller à Minas parce que je n'aime pas la façon dont mon père traite ma mère. J'ai lui ai dit que ça ne se fait pas. Il reste nerveux et triste. [...] Quand je suis chez mes parents, je préfère m'enfermer dans une chambre. Je sors quelquefois et après je tombe en dépression.

Souvent, c'est un des membres de la famille qui conduit la personne à l'hôpital psychiatrique. Irma raconte :

Mon père s'est aperçu que je n'allais pas bien. Il m'a prise et m'a mise dans l'hôpital psychiatrique Franco da Rocha quand j'avais 12 ans. Là je suis restée six mois. [...] Mon père m'a sortie de l'hôpital pour le mariage de ma soeur. À l'hôpital, j'ai appris plusieurs chansons grivoises. Quand je les chantais à la maison, mon père me prenait par l'oreille et m'amenait dans la cuisine. On habitait dans une maison de deux chambres. J'avais à peu près 12 ans. [...] Mon père, il ne m'a pas comprise quand je suis revenue de l'hôpital psychiatrique Franco da Rocha. Quand j'ai commencé à mettre plusieurs blouses, parfois 12 ou 15, mon père utilisait la force pour enlever mes blouses. Si je ne voulais pas les enlever, il cassait le manche à balai sur moi. Je pensais qu'il ne devait pas se mêler de ma façon de me vêtir. Je pensais qu'il devait me laisser tranquille. Je voulais avoir chaud, pas lui. S'il ne me comprenait pas, il aurait dû demander de l'aide. Je ne sais pas s'il existait des psychologues à cette époque.

La mobilité résidentielle d'Irma illustre bien ce que représente, pour une femme en difficulté, le fait de se retrouver sans un chez-soi. Irma habite parfois chez sa soeur qui a cinq enfants, dans une petite maison à loyer dans la périphérie, ou chez une soeur de l'Église évangéliste qu'elle fréquente. De temps à autres, elle dort dans la maison de sa dernière patronne où elle ne peut pas rester tous les jours :

C'est difficile de rester chez ma soeur. Chez ma patronne, ce n'est pas possible de rester tous les jours : elle a trois enfants qui sont insupportables et je finis par me chicaner avec eux. Elle me dit de m'éloigner un peu. Je n'arrive pas à comprendre, car je reste sans solution, en train de me demander où je dois aller. Il n'y a pas longtemps, je pensais que j'allais encore être hospitalisée.

Irma se plaint du fait que ce sont seulement sa soeur, qui a déjà plusieurs problèmes personnels et financiers, et son ex-patronne qui l'aident de temps en temps. En général, Irma trouve difficile d'avoir des relations avec des personnes qui ont des difficultés comme elle. Elle préfère raconter ses problèmes aux psychologues et aux psychiatres.

Irma a fait face à la maladie dès sa naissance. Elle affirme : « Après trois jours de vie, j'ai dû être baptisée parce que j'étais malade ». Puis, les maladies se sont succédées tout au long de son enfance :

À l'âge de deux ans, j'ai eu une déshydratation très forte, j'ai failli mourir. [...] À l'âge de six ans, j'ai encore été très malade. J'ai enflé, et j'ai perdu tous mes cheveux. Aucun médecin ne découvrait ce que j'avais. Ma soeur aînée, qui m'emmenait chez le médecin parce que ma mère ne le pouvait pas, a décidé de me faire voir des guérisseuses, vu que les médecins ne découvraient pas ce que j'avais. Une guérisseuse m'a dit de prendre de la rhubarbe et du magnésium le matin avec du café. C'est ainsi que j'ai guéri.

La jeunesse d'Irma, comme son enfance, est marquée par la maladie :

À l'âge de dix ans, quand la famille est arrivée à São Paulo, cinq mois après notre arrivée, un arbre est tombé sur moi. [...] J'ai eu une fracture du bassin, du genou aussi. [...] J'ai toujours été malade, mais cette chute m'a donné plus de problèmes. Après avoir été dans le plâtre pendant huit mois, j'ai commencé à avoir des problèmes mentaux, par exemple des idées mauvaises, l'idée de lancer mon neveu dans un bassin d'eau. Je marchais dans la rue toute la journée sans me peigner, toute sale. [...] Parfois, ma soeur marchait avec moi, mais elle se fatiguait. [...] Quand j'étais à l'hôpital psychiatrique Franco da Rocha, les adultes me frappaient. [...] J'étais déjà, à cette période, collante avec les personnes, comme je le suis encore aujourd'hui.

Suite à plusieurs hospitalisations psychiatriques depuis l'âge de 12 ans, Irma décrit ce qu'elle vit aujourd'hui :

Il y a des jours, où je suis triste, il y a des jours où je pleure, parfois j'ai envie de me tuer, parfois je traverse la rue, je ne regarde pas les autos, je n'ai pas envie de vivre. [...] J'ai envie de me couper les veines, de me mordre, de me battre avec moi-même, de battre mes neveux ou de battre les techniciens du

CAPS qui ne me comprennent pas. [...] Les gens ne savent pas que mes problèmes viennent de loin. Cette affaire de rester collée aux personnes, c'est parce que je ne me sens pas en sécurité, je me sens seule, je m'attache aux personnes partout.

Irma a peu fréquenté l'école, ce qui implique qu'elle a de la difficulté à lire. À São Paulo, elle a toujours travaillé comme femme de ménage où, souvent, elle se faisait battre. Sa première patronne l'a conduite à l'hôpital psychiatrique Das Clinicas. Plusieurs de ses employeurs l'ont congédiée à cause de ses crises. Elle dit :

Au travail, je m'attache aux patronnes. Une fois, une patronne a envoyé une lettre au psychiatre en disant que j'envahissais sa vie privée. Je l'attendais devant la porte de la salle de bain parce que je ne voulais pas rester seule. Cette patronne me frappait comme d'autres patronnes le faisaient aussi.

Il est important de souligner que, encore aujourd'hui, les domestiques au Brésil sont souvent exposés à la violence de leur patrons ou de leurs patronnes. C'est ce qu'on pourrait appeler de l'esclavage moderne. Cette violence ne peut qu'affecter leur santé mentale, comme l'ont déjà souligné Santana et Almeida-Filho (1994).

Irma ne sait pas jusqu'à maintenant si le bonheur peut exister :

Je ne l'ai pas encore trouvé. Je ne sais pas comment il est. Je ne suis pas une personne gaie. Parfois je souris, mais je suis triste à l'intérieur. Je ne suis pas une personne heureuse. Je suis une personne malade depuis que je suis née et pour moi jusqu'à aujourd'hui le bonheur n'existe pas, n'a jamais existé. [...] J'ai été heureuse seulement quand j'avais 4 ans et que j'étais dans ma maison à Minas. Je me rappelle que, quand ma marraine arrivait à ma maison, elle me donnait de l'attention et me prenait dans ses bras. À ce moment, je me rappelle que c'était bien. À part ces moments, je me rappelle que j'ai toujours eu des problèmes.

Dora - L'écart entre le rêve et la réalité

Dora travaillait avant d'avoir sa première crise. C'est pour cela qu'elle peut recevoir une pension du INPS¹, qui représente un salaire minimum par mois. Cette femme, qui est aussi responsable pour sa sœur qui fréquente le CAPS, raconte :

J'ai demandé la pension à cause de ma maladie, n'est-ce pas? La situation est en train de devenir difficile parce que mon budget est en train de devenir très serré, les prix augmentent. [...] Je paie tout pour moi et pour ma sœur étant donné qu'elle ne travaille pas. [...] Elle n'a pas de pension. [...] Ma sœur n'a pas pu recevoir la pension de mon père. Elle est allée avec ma cousine au INPS, et ils ont dit que ma sœur était en bonne santé, qu'elle était majeure et qu'elle n'avait pas besoin de recevoir la pension de mon père.

Dora avoue ne pas avoir reçu de soutien substantiel de la part de sa famille :

C'est important de recevoir l'appui des professionnelles du CAPS mais ce serait plus important de recevoir l'appui de la famille. [...] Mon père était alcoolique, agressif. Jeune, je restais souvent à l'extérieur de la maison. Il se chicanait tout le temps avec ma mère.

Dora sent que ses problèmes de santé sont liés aux difficultés avec sa tante pour le partage d'une maison en héritage :

Ma famille est un peu compliquée. C'est très difficile pour moi d'avoir un bon contact avec ma tante, tu sais? [...] Quand ma mère est morte, mon père a décidé de vivre dans la maison de ses parents à lui, c'est la maison de l'héritage de ses parents. [...] Là, mon père a commencé à boire et il a été renversé par une auto : il a été hospitalisé. [...] Il est resté très mal, avec les jambes enflées. Il a pris beaucoup de médicaments. Il a eu ses jambes presque amputées. [...] Il n'a pas duré longtemps. Il est décédé ensuite. Quand mon père est décédé, ma soeur et moi, on habitait dans la maison de ma grand-mère avec une tante, tu sais? [...] Le principal problème de ma maladie vient de la chicane avec ma tante parce qu'on veut retourner dans notre maison. On reste anxieuses dans cette situation. [...] Je n'habite pas dans ma

¹ L'encosto Décret-Loi n.72 du 21 novembre 1966 comprend trois situations de base : la licence (aide-santé), l'internement et la retraite invalidité. Selon Duarte (1986), le terme « *encosto* » est un référent significatif pour comprendre des questions quant aux conditions de vie des travailleurs et leur répercussions sur le travail et sur la responsabilité.

maison, j'habite dans une pension [...] La maison appartient aussi à mon père. Elle fait partie de l'héritage de mon père. [...] Ma tante ne veut pas qu'on habite dans la maison. La situation est en train de devenir difficile. [...] Ma tante dit qu'elle ne veut pas avoir de maux de tête, qu'elle ne veut pas être dérangée par nous! Comme elle est célibataire, elle vit seule dans la maison avec un autre oncle.

Dora trouve que les choses doivent changer. Elle se sent très seule depuis que ses parents sont morts :

Maintenant je suis seule, seulement moi et ma soeur qui a aussi des problèmes comme moi. On sent la solitude, n'est-ce pas? On veut se réconcilier avec la famille, n'est-ce pas? On veut vivre en bons termes avec ma tante et mon oncle qui habitent dans la maison de mes grands-parents. [...] Après la mort de ma mère, qui était une mère, amie et conseillère, nous (ma soeur et moi) sommes restées encore plus unies qu'on était avant. [...] Dans ma vie, aujourd'hui, ma soeur représente tout pour moi.

Par rapport au travail, Dora explique :

Avant, je travaillais le jour et j'étudiais la nuit. C'était très exigeant : j'ai dû arrêter. J'ai étudié jusqu'en deuxième collégiale. Après, je suis retournée étudier, faire un cours supplémentaire. Mais je n'ai pas pu poursuivre parce que j'ai commencé à avoir des problèmes de santé. Je commençais à être malade, fatiguée, avec une surcharge de travail. J'ai arrêté mes études. [...] Mon père travaillait au Jockey Club et ma mère était femme de maison. Elle restait dans la maison pour prendre soin de nous (ma soeur et moi). Ma soeur travaillait dans la maison [...] J'ai travaillé à l'extérieur pendant 19 années, je pense. J'ai travaillé beaucoup d'années. J'aidais ma mère et ma soeur. J'aidais aussi mon père parce que, après que ma mère est morte, mon père m'a demandé de l'aider parce qu'il n'arrivait plus à payer seul le loyer. Il est devenu alcoolique.

Aujourd'hui, cette femme aimerait retourner sur le marché de l'emploi mais elle sait que cette possibilité n'est guère probable. Le salaire que les femmes gagnent généralement du travail n'est pas suffisant pour rencontrer leurs besoins économiques.

Avant de trouver la chambre de pension (avec l'aide du CAPS), cette femme et sa soeur ont habité, pendant un certain temps, dans les rues de la ville, où elles ont été agressées physiquement à de nombreuses reprises. Dora affirme : « j'habite dans une chambre, dans une pension sans cuisine. Comme j'ai une maison pour habiter, je suis en train de me chicaner pour voir si je peux retourner dans ma maison ».

Les femmes n'ont pas d'amis pouvant leur offrir de l'aide ou faire des sorties avec elles. Dora en témoigne :

Je pense que c'est un problème d'argent parce pour sortir et pour avoir une distraction, il faut avoir de l'argent. Je ne sors presque jamais. Avant, ma cousine m'invitait et payait les choses pour moi, mais maintenant sa mère est morte et la situation est un peu difficile pour elle aussi. [...] Depuis que je suis à la retraite, je n'ai plus d'amis.

Quant à Dora, pendant son enfance, elle se sentait heureuse avec sa famille très unie autour de la maison de sa grand-mère paternelle, où il y avait toujours des fêtes. Pendant sa jeunesse, quand sa mère était en vie, Dora avait beaucoup d'ami(e)s et plusieurs copains. Son père la surveillait beaucoup, car elle était une fille. Malgré cela, Dora raconte qu'elle allait aux fêtes, qu'elle dansait et s'amusait beaucoup : « Quand j'étudiais au collège public, j'avais beaucoup d'enthousiasme pour la vie, j'étais une personne super gaie, parce que mes parents étaient ensemble. [...] Je travaillais ».

Selon Dora, elle aurait commencé à avoir des difficultés seulement à l'âge adulte. C'est à partir du décès de certains membres de sa famille, dont son père et sa mère, que ses problèmes se sont aggravés. Dora décrit ainsi son cheminement:

Je crois que j'ai commencé à avoir des problèmes de santé après que ma mère est morte. Au travail, les gens trouvaient que j'étais nerveuse, que j'avais besoin d'être hospitalisée. Ils ne m'acceptaient pas comme j'étais. Ils trouvaient que, dans mon état normal, j'étais trop agitée, trop nerveuse. Donc ils ont trouvé que j'avais besoin d'une hospitalisation. C'est à partir

de ce moment que les hospitalisations ont commencé. Jusqu'à maintenant j'en ai eu quatre. [...] J'ai des sentiments d'amertume envers le personnel du travail parce que je pense que j'étais une personne normale. [...] Ils ne m'acceptaient pas, comme quand j'étais très sévère avec moi-même. [...] Je ne pouvais pas avoir beaucoup de gens autour de moi. Ma vue devenait troublée. Je ne sais pas ce qui m'arrivait. Je me sentais normale, mais surtout mes collègues de service trouvaient que je n'étais pas normale avec ces symptômes. [...] Au travail j'étais surchargée. [...] Je travaillais et les gens restaient à côté de moi à rien faire et après ils trouvaient que je devais être hospitalisée. [...] Le seul emploi de ma vie m'a fait hospitaliser deux fois dans un hôpital psychiatrique public. [...] Quand mon père est décédé j'ai été hospitalisée. [...] Aujourd'hui je reste anxieuse quand j'entends le bruit d'une ambulance. J'ai peur, tu sais! Je pense que c'est pour moi. Je reste préoccupée, je ne vis pas bien, tu sais, bien que je continue mon chemin en suivant le rythme de la vie.

Maintenant, elle est seule avec sa soeur qui ne travaille pas. Dora exprime sa tristesse de la manière suivante :

Aujourd'hui je ne me considère pas une personne contente, tu sais? Il n'y a rien qui me laisse contente, qui me fasse bouger, tu sais, qui me laisse heureuse. Dans le moment il n'y a pas, je ne sais pas si en retournant dans ma maison dans le futur, je vais me sentir plus gaie, plus contente. [...] Je n'ai pas de problème dans ma tête. Je me considère une personne normale. [...] Le monde est hostile. C'est très difficile de survivre avec la pension que je reçois. En plus, ma soeur dépend de moi [...]. Je pourrais sortir avec des gars et vivre de ça, mais je suis une personne qui a la tête à sa place. Je suis une personne forte. Je ne fais pas ça.

Pour ce qui est de ses projets d'avenir, Dora pense trouver un emploi avec l'aide du CAPS. Elle aimerait retourner avec sa soeur dans leur maison afin d'améliorer leurs conditions de vie et en finir avec leurs problèmes.

Dora rêve du mariage, d'un bon compagnon n'ayant pas de problèmes psychiatriques pour fonder une famille et d'un travail mieux payé. Elle souligne :

Quand j'étais adolescente, je voulais faire des études pour devenir soit médecin ou ingénieure parce que j'aimais les mathématiques. Je ne suis pas arrivée à compléter mes études. J'ai dû arrêter et je ne peux plus y retourner. Aujourd'hui, je reste frustrée de ne pas avoir réalisé ce que je voulais faire. Je voulais être comme les autres personnes normales, actives,

vives. Je voulais me déplacer plus, mais je n'y arrivais pas. Cette situation me laisse triste parce que la vie de la clinique à la maison, de la maison à la clinique, est très monotone. Je suis en train de vivre ça depuis déjà huit ans. [...] Aujourd'hui, il n'y a rien qui me rende heureuse. Je ne sais pas si je me sentirai plus contente dans le futur quand je retournerai dans ma maison.

Ana Luiza (infirmière du CAPS) pense que

les fous s'enferment dans un mouvement circulaire [...]. Ils disent souvent : « je veux, je vais faire, j'ai besoin, je vais reprendre l'université, je vais me marier ». [...] Il y a toujours un projet, un vouloir, mais ça n'aboutit pas, ça circule. [...] Je pense qu'ils rêvent et quand on commence à concrétiser ce rêve, la douleur frappe le mur de l'impossibilité, de la difficulté, et on s'enferme dans un cercle. Il y a des personnes qui ont des projets d'adolescence dont ils continuent à rêver à l'âge adulte. Ils vont continuer à rêver, c'est souffrant et ça mène au désespoir.

L'écart qui existe entre le rêve et la réalité rend très fragiles les femmes qui ont un vécu psychiatrique.

Carla - Vivre dans la marge

Comme Irma et Dora, Carla fait aussi partie du groupe de femmes qui vivent sous le seuil de la pauvreté. Carla, qui est mariée et a trois enfants, raconte :

La vie de pauvre est dure. [...] Je n'ai pas été riche. J'ai toujours dû me battre pour avoir le pain de chaque jour. Comme je ne l'ai jamais eu, j'ai dû être dépendante, j'ai dû supporter, j'ai dû écouter, j'ai dû être employée, j'ai dû être tout. Je suis une personne ambitieuse, j'aime même le luxe et je n'ai rien de ça. Donc, on peut dire que la pauvreté c'est une drogue. [...] Mon mari a perdu son emploi à cause de moi. [...] Il devait venir me voir et manquait le travail. Cette situation a créé un problème difficile. Aujourd'hui je suis dans une très grande difficulté financière.

Carla n'a conservé pratiquement aucun contact avec ses parents, qui ont divorcé ou avec ses deux soeurs. Son frère, à qui elle était très attachée, a été tué quand il avait 16 ans. Elle décrit sa famille ainsi :

Mon père était alcoolique, il battait ma mère. Je pense que j'étais la plus rebelle des enfants. Il me battait aussi. Quand mes parents se sont séparés, j'avais 14 ans. Mon père s'est remarié. [...] Ma mère vivait sa vie à elle. [...] Je suis partie de la maison à cause d'une dispute avec ma mère. Elle a toujours été très matérialiste. Elle trouvait qu'à l'âge de 20 ans, je devrais travailler et prendre soin de ma vie. [...] Chaque personne de ma famille vit pour elle-même. Nous ne sommes pas très unis. Nous n'avons pas beaucoup de tendresse l'un pour l'autre. Je pense que mon problème de tête commence avec ça. C'est un manque de tendresse dans le foyer, manque de dialogue. Les agressions m'ont laissée traumatisée. Je ne sais pas si c'est une maladie héréditaire que j'ai eue de mon père, je ne sais pas s'il était fou. Je pense que mon père est une personne comme moi. Ce que je ressens, je le dis. Ce que j'ai envie de faire, je le fais. [...] En général dans ma famille, il n'y a personne qui est très normal. Mais ils arrivent à suivre la routine de tous les jours, tandis que moi j'ai voyagé, en faisant du pouce, dans tout le Brésil.

Elle ajoute :

Ma famille m'a toujours mal jugée, parce que je prenais de la drogue. Ils pensent que je suis trop libertine, que je n'ai pas un bon jugement. C'est ainsi qu'ils ont coupé la relation avec moi. J'ai seulement des contacts par téléphone avec ma soeur qui est la plus jeune. Elle ne me donne pas d'appui financier, elle ne veut rien savoir. Mon autre soeur, je ne la vois jamais. Avec ma mère, je me suis chicanée. Après le mariage de mon père, je ne l'ai plus revu. Mes oncles, mes tantes, je ne cherche pas à rester en contact avec eux dans la situation où je me retrouve. Dans la difficulté, la personne sans argent dans les poches n'a personne pour l'aider. Parfois c'est plus facile de recevoir un coup de main d'un étranger que d'un membre de la famille.

Le fait d'avoir un vécu psychiatrique est un grand désavantage dans le milieu du travail normatif qui recherche des qualités telles que la compétitivité, l'agressivité, la performance et la productivité. Selon Carla :

C'est difficile aujourd'hui de se trouver un emploi. Moi, je suis en train de me faire soigner au CAPS. Je ne suis pas indépendante. Je ne suis pas capable d'aider mon mari financièrement et de gagner de l'argent. Des fois, j'ai très peur de travailler, de prendre des responsabilités, c'est inutile. C'est difficile. [...] J'ai étudié jusqu'à la huitième année, mais je n'ai pas terminé. J'avais de la difficulté à étudier, je ne comprenais pas, je me sentais un peu débile, mais c'était le problème de la tête, je n'avais pas aucune patience. [...] J'ai travaillé très peu. Je ne gardais aucun emploi. J'ai été secrétaire, réceptionniste, gardienne d'enfants : j'ai fait un peu de tout. J'ai été enregistrée seulement cinq mois comme vendeuse pour un magasin. [...]

J'avais peur de prendre des responsabilités. Ce n'était pas par paresse. Il était impossible de parler avec moi de choses sérieuses, de travail. Pour moi, tout était gaieté, divertissement et amusement. [...] J'aime beaucoup danser et chanter. J'ai déjà été chanteuse dans des bars, pas comme une vraie professionnelle. Je chantais avec un petit groupe. J'ai arrêté maintenant parce que je n'ai plus de voix, mais quand j'étais jeune, je chantais tout le temps.

Carla se plaint de ne pas pouvoir vivre convenablement avec ses enfants :

Mes trois enfants sont à l'orphelinat. [...] Nous sommes en train d'organiser notre vie pour sortir les enfants de l'orphelinat. [...] Je suis, avec mon mari, dans une auberge pour les itinérants, parfois dans un hôtel. Je me sens déprimée à cause de cette situation parce qu'il n'y a pas d'issue [...] J'ai déjà vécu dans la rue, c'est difficile. [...] Ça fait plus que trois mois que je me bats pour la maison. J'ai perdu la maison qui était à la grand-mère de mon mari. On nous a mis dehors parce que la maison a été vendue. Après, on n'a pas été capable de trouver un garant pour louer une autre maison. Sans garant, personne ne nous loue une maison. Nous avons dépensé l'argent que nous avions pour payer une pension, pour habiter avec les enfants. Comme mon mari n'avait pas d'emploi stable, l'argent qu'on avait était pour manger seulement. Le temps a passé et maintenant on se trouve à dormir dans une auberge du gouvernement.

Pour Carla, la maladie est au cœur de chacune des périodes de son existence. Selon elle, son enfance a été plutôt normale. Par contre, elle affirme être née avec des problèmes de santé et dit avoir eu des épisodes d'évanouissement entre trois et six ans. Elle explique :

Je ne sais pas, je m'évanouissais quand je m'effrayais ou que quelqu'un se chicanait avec moi. [...] Mes parents ne m'ont jamais emmenée chez le médecin parce qu'ils pensaient que ce n'était pas grave. Ils pensaient que c'était un peu pour avoir de l'attention.

Carla a eu peur de perdre sa virginité, de faire des choses bizarres. Elle dit à ce sujet :

Je prenais soin de mes soeurs et de mon frère. [...] J'étais une personne que tout le monde admirait, j'avais beaucoup d'amis qui me demandaient des conseils. [...] J'aimais voyager, danser, aller à l'école, travailler, bien que je n'aie pas beaucoup travaillé, j'étais déjà nerveuse. Mais le degré de crise me permettait de bien vivre avec la famille, les amies et la société. [...] J'avais

19 ans lors de ma première hospitalisation à l'hôpital Mariana. Après, je suis allée à d'autres hôpitaux. [...] J'ai déjà eu plus de 30 hospitalisations.

Carla raconte, à propos de ses crises :

Avant 20 ans, j'ai eu des crises, mais je n'ai pas été hospitalisée. Quand j'ai quitté la maison de ma mère, j'ai commencé à boire, à vivre comme une mendicante, à quêter dans les rues de São Paulo. [...] Puis j'ai été hospitalisée à l'aile psychiatrique de l'hôpital Das Clinicas. Ensuite j'ai eu plusieurs hospitalisations et plusieurs traitements dans les ambulatoires. [...] J'ai pris de la drogue et de la boisson. J'ai des crises qui me font sortir de la réalité, je deviens un peu folle. [...] Je suis restée comme une enfant en train de vivre dans un monde d'illusions. Je marchais nu-pieds dans les rues sans me laver. [...] Comme j'étais extravertie, les gens pensaient que j'étais très libre sexuellement, mais au fond j'étais très réservée. [...] Pour moi, tout allait bien, j'étais heureuse en train de quêter dans la rue. Je pensais que les personnes étaient en train de m'aider. Comme un enfant, je jouais avec tout le monde, je n'avais pas de malice. Je perdais le sens des valeurs des choses. [...] Je n'avais pas les pieds sur terre. Parfois j'achetais des jouets pour mes enfants, parfois j'achetais un peu de drogue, quelques fois, j'ai pu sortir avec d'autres hommes. Enfin, je restais sans tête dans mes crises. [...] À une période donnée, j'ai entendu des voix. J'ai vécu des périodes de manie, de persécution, de peur, de dépression sans vouloir parler avec personne.

La tête est le centre du contrôle du corps et des actions : quand Carla dit être restée sans tête, elle veut dire qu'elle était dans l'incapacité de contrôler quoi que ce soit dans sa vie.

La maternité peut rendre les femmes vulnérables. Carla affirme :

Quand j'ai eu les jumeaux, j'ai eu une dépression *post-partum*. C'est à ce moment que j'ai eu ma première hospitalisation à l'hôpital São Paulo. [...] Je n'acceptais pas de les avoir comme enfants. Je n'acceptais pas d'être leur mère. J'aimais plus mon fils aîné. [...] Mon problème vient de là. Avant, j'avais d'autres problèmes. [...] En plus, avec les problèmes et l'insécurité de mon mari, j'ai commencé à avoir peur, j'ai commencé à déprimer. Il y a des jours où je pense à me suicider, j'ai envie de disparaître dans la rue, de faire ce que je ne dois pas faire. Je n'ai pas envie de me prostituer parce que je ne peux pas être avec un homme sans avoir de l'amour. J'ai beaucoup de honte. Il y a des jours où je suis tellement folle que la tête me tourne au point que je ne me contrôle plus.

Selon Badinter (1980), l'invention de l'amour maternel correspond à l'émergence de la famille moderne, bourgeoise et nucléaire. Pour Scheper-Hughes (1992),

mother love as defined in the psychological, social-historical and sociological literatures is far from universal or innate and represents instead an ideological, symbolic representation grounded in the basic material conditions that define women's reproductive lives (p. 401).

Comme mère, Carla est toujours aux prises avec un sentiment de culpabilité :

J'aime mes enfants, mais pas autant qu'ils devraient être aimés. [...] Je pense que je suis une personne qui a appris à être un peu froide avec la vie, à être plus rationnelle et à ne pas s'abandonner à ses sentiments. [...] Je ne suis pas la mère qui pleure quand ses enfants ne sont pas là. Parfois je me sens coupable de laisser mes enfants et mon mari pour sortir dans la rue. [...] Quand j'ai eu les enfants jumeaux, il a été difficile de les accepter. J'avais plus d'amour pour l'aîné. C'est difficile pour une mère de parler comme ça. Quelle mère! Quelle folie de dire que j'aime plus un enfant que l'autre. Mais, jusqu'à aujourd'hui, j'aime le garçon aîné plus que les jumeaux. [...] Au CAPS, peu de personnes ont des enfants. Je pense que je suis la seule qui vit avec ses enfants. Deux autres femmes ont des enfants mais la famille les aide. La responsabilité d'être mère dans mon état est plus difficile.

Dans la formation de la « figure de mère hygiénique » souligne Freire (1979 : 255), la mère parfaite, sexuellement stable et responsable avec les enfants, était opposée à la femme aux comportements sexuellement libertins, lesquels étaient plus assujettis aux problèmes de nerfs. La théorie des médecins informait que le nervosisme féminin était d'origine sexuelle et sociale : « insatisfaites avec les obligations sociales et domestiques, les femmes avaient une "attaque de nerf"; insatisfaites par les privations sexuelles, elles avaient une crise de nerf » (Freire, 1979 : 272).

De plus, pour Carla, sa relation avec son mari n'est pas harmonieuse :

Nous sommes ensemble bien que la situation soit difficile maintenant. [...] On se chicane beaucoup. Parfois je le culpabilise et parfois il me culpabilise de cette situation difficile sans la garde des enfants. Je reste nerveuse. [...]

C'est difficile de me séparer de mon mari parce qu'il a besoin de travailler et moi j'ai besoin de prendre soin des enfants à la maison. Moi et lui, nous sommes ensemble, mais nous n'avons pas de contact, seulement comme des amis. [...] Je l'aime beaucoup. J'ai beaucoup de tendresse pour lui. [...] Il est un bon père. Il a toujours été un bon travailleur. [...] Il me donne pas beaucoup d'appui. Il a de la patience avec moi. [...] J'étais jalouse parce que je pensais qu'il aimait plus les enfants que moi. Je pensais que les enfants étaient venus embrouiller tout. J'ai été révoltée et, là, je fuyais de la maison.

Carla poursuit :

Quelle vie! Quelle souffrance! Les gens ont de la peine. [...] Quand est-ce que je vais voir la lumière, mon étoile? C'est difficile, je ne suis pas forte pour me battre seule. [...] Quand tu nais, tu grandis et après tu dois travailler. Ça change, quand tu es enfant, tu joues, après tu ne peux plus jouer. [...] Je me sentais pas très intelligente, avec peu de patience. J'étais très extravertie, mais réservée sexuellement. Je me sens coupable quand j'abandonne mes enfants. [...] Je crois qu'une personne comme moi, ce que je sens, je le dis, ce dont j'ai envie, je le fais et parfois les personnes trouvent que, dans la société, la personne doit se moduler. Pour vivre dans le monde, on doit faire des compromis. Moi, je ne fais pas ça. Je suis comme je suis, je m'en fous. Même si c'est considéré comme fou. Quand j'ai envie, je me chicane, quand j'ai envie d'enlever mes vêtements je les enlève. Ce n'est pas normal, n'est-ce pas? Mais, aujourd'hui, je suis plus normale, je suis moins folle. Je suis plus capable de contrôler mes émotions, bien qu'ici au CAPS j'exprime plus ouvertement mes émotions pour pouvoir obtenir de l'aide médicale.

Carla a l'espoir de guérir :

Parfois, je prends un peu de drogue. Je pense que c'est pour fuir mes problèmes. Je pense que c'est ma faiblesse qui m'amène à ça. Mais je pense que si je n'utilise rien et si je prends bien les médicaments et avec une bonne thérapie, je pense que j'ai des conditions pour me contrôler seule. [...] J'espère avoir mes enfants et j'espère que mon mari trouve un emploi et que je puisse l'aider, de n'importe quelle façon, en l'encourageant, ou que je puisse avoir un petit emploi et être de nouveau à la maison avec les enfants et avoir une vie normale. C'est plus pour les enfants parce que, pour moi, avoir des relations avec un homme est très difficile. [...] Nous devons nous organiser pour avoir de nouveau les enfants.

Conclusion

La politique gouvernementale en matière de santé au Brésil ne répond pas adéquatement aux besoins de la population en général. Et la tendance au développement de style néo-libéral ne fait qu'aggraver la pénurie de services, augmentant par le fait même l'écart entre les différents milieux sociaux. Le mouvement social et le CAPS ont donc pris la relève pour répondre d'une manière spécifique aux besoins des personnes démunies qui vivent des problèmes de santé mentale. Le CAPS s'est donné pour mandat d'offrir, à l'intérieur du réseau public de santé mentale des services alternatifs communautaires, qu'on pourrait qualifier de souples, humains et centrés sur le client. Au Brésil et à l'échelle internationale, c'est un modèle avant-gardiste d'intervention en psychiatrie.

L'organisation AMZOL démontre la capacité des femmes issues de milieu populaire de créer des services pour la communauté. Notamment avec les cours en santé mentale, les femmes de la périphérie visent à améliorer leur bien-être psychologique. Leur implication est aux niveaux social, culturel et politique. La description des récits de vie des clientes du CAPS et des membres d'AMZOL a pu se faire grâce à la collecte de données biographiques et des témoignages sur des événements perçus comme significatif par chaque femme. Après cette première reconstruction de l'histoire de chaque femme, l'analyse de type transversal sera présentée dans le chapitre suivant.

PARTIE III

CHAPITRE VII – ANALYSE TRANSVERSALE

Introduction

Une fois la recherche sur le terrain terminée, j'ai procédé à une analyse transversale des études de cas des clientes du CAPS et des femmes membres d'AMZOL. La représentation et la signification de l'expérience de la souffrance psychologique dans le passage flou entre le monde intérieur et extérieur des femmes seront traitées à l'aide d'un modèle interprétatif. L'analyse est mise en perspective avec le modèle socio-anthropologique pluriel.

Pour mieux comprendre le signifié de l'altérité et de l'identité, il faut comprendre l'autre dans ses différents discours quant à l'articulation entre les dimensions de proximité et de similitude. La construction de l'identité de la femme se fait en relation avec son histoire, sa trajectoire personnelle, sa conception du monde et son contexte socioculturel. Dans une perspective plus globale, chaque histoire de vie se situe dans un contexte socioculturel en lien avec le contexte macro-social. Dans chaque étude de cas individuel, j'ai donc essayé d'examiner en profondeur les rapports qui existent entre le contexte socioculturel et le système de référence qui justifient différentes voies dans la construction et l'articulation de l'expérience individuelle face à la souffrance psychologique.

J'ai essayé d'exposer, dans l'analyse, la dynamique entre un contexte socioculturel marqué par de grands changements et les histoires personnelles qui s'y élaborent. Les situations problématiques, en tant qu'éléments structurants de la

trajectoire personnelle, ont été présentées de manière à décrire l'expérience subjective des femmes. À cette étape, chaque situation a permis des lectures multiples de l'histoire personnelle et socioculturelle de chaque femme, décrivant ses efforts pour s'intégrer à un contexte urbain d'une grande complexité comme c'est le cas de la ville de São Paulo.

L'hétérogénéité culturelle de São Paulo fournit des voies distinctes pour la construction, l'expression et l'action des femmes. La participation des femmes au sein d'organismes à ancrage communautaire permet d'expliquer les événements de l'histoire de l'urbanisation de la ville ainsi que les transformations qu'ils génèrent dans l'organisation sociale.

Comme intervenante communautaire et comme chercheuse, je cherche à mettre en valeur la vision du monde des femmes. Chaque histoire de vie a ainsi été analysée comme un texte souligné par des signes polysémiques ouverts à plusieurs voies interprétatives. Mais la parole n'est qu'une voie d'expression.

Il est important de souligner que les femmes qui sont clientes du CAPS reçoivent des services pour des problèmes graves de santé mentale tandis que les femmes membres d'AMZOL font des rencontres sur la thématique de la santé mentale comme moyen de prévention de degrés plus sévères de leur souffrance psychologique. Cette différence est significative dans la présentation des thèmes abordés dans la présente analyse.

Dans cette analyse de type transversal, je présente, en premier lieu, des éléments du discours des femmes qui permettent d'illustrer comment elles vivent la pauvreté, la migration, l'exclusion de l'espace public, le travail domestique, la double

journée de travail, l'itinérance et la violence dans la périphérie. Ensuite, il s'agit de reconstruire le lien entre les conditions structurantes de vie des femmes de milieu populaire et la souffrance psychologique. La deuxième partie de mon analyse rend compte des articulations entre l'expérience des femmes en tant que fille, épouse et mère à l'intérieur du modèle de famille patriarcal, et de la manière dont ces articulations sont associées à l'émergence de la souffrance psychologique qu'est le *nervoso*. C'est dans la troisième partie que je présente les notions de marginalité et de frontières ambiguës. La reconstruction des événements du présent pour chacune des femmes, dans leur effort de projeter des activités et des expériences futures, sera exposée dans la dernière partie.

Les différents événements qui constituent l'histoire de chaque femme sont analysés comme des signes ouverts sur de multiples interprétations. Chaque sens se construit en fonction du lien particulier que chaque femme établit entre l'événement et le contexte socio-économique et culturel. Les récits sont donc considérés comme une unité d'analyse englobant différentes formes d'explication de la souffrance psychologique.

1. Lien entre les conditions de vie et le *nervoso*

L'*habitus social* est une notion d'analyse pertinente pour interrelier les pathologies sociales aux conditions structurantes des femmes de milieu populaire au Brésil. Il était donc essentiel d'évaluer si l'ensemble des « dispositions » des femmes à agir, penser, percevoir et sentir reflète les structures sociales externes qui leur imposent des contraintes dans la création de leur univers.

1.1 Statut économique

Le Brésil est l'un des pays au monde où l'inégalité sociale fait le plus partie de la réalité quotidienne. Elle est le résultat d'une économie globale où une bonne partie des ressources naturelles du pays vont aux pays du Nord en paiement de la dette extérieure. Cette inégalité est liée à une question de classe sociale et au racisme. Dans la population, l'inégalité crée un sentiment d'intolérance, de discrimination et de ségrégation.

À São Paulo, l'opposition entre le centre et la périphérie implique une distribution inégale des différentes formes de capital dans l'espace géographique. Et là, comme partout dans le monde, il existe une association significative entre la pauvreté et la santé mentale des femmes.

Les conditions structurantes de vie des femmes de milieu populaire ont un impact sur leur vie affective. Mais il y a une différence notable entre les conditions de vie des femmes de milieu populaire membres d'AMZOL et celles des femmes fréquentant le CAPS, qui vivent des problèmes de santé mentale sévères. La situation financière des clientes du CAPS est très précaire. Irma, Carla et Dora ont toujours été pauvres. Plus jeune, Irma a dû mendier dans les centres urbains au Brésil. Le stress de Carla par rapport à sa pauvreté est accentué par le fait qu'elle rêve de vivre dans le luxe. Sans moyens financiers, Dora se voit dans l'impossibilité d'avoir des loisirs et des amis. Leur pauvreté est exacerbée par leur maladie : les femmes pauvres, une fois malades, deviennent encore plus pauvres.

En général, pour les femmes rencontrées à AMZOL, la manière de vivre une situation économique dépend de leur statut social. Tina est mariée et responsable de

gérer l'argent que son mari gagne au travail. Edna et Selma sont plus âgées et vivent séparées de leur mari. Edna reçoit une pension de retraite, tandis que Selma ne reçoit aucune pension du gouvernement parce que ses anciennes patronnes ne l'ont jamais enregistrée dans un carnet de travail. Maintenant, elle dépend financièrement de ses enfants.

Les femmes rencontrées se présentent comme pauvres, mais leur pauvreté n'est pas signalée par elles comme étant la plus grande source de leur souffrance psychologique.

1.2 Éducation

La plupart des femmes migrantes rencontrées comme Selma, Edna et Irma sont analphabètes. Dans le contexte rural d'une famille pauvre du Nordeste, le père de Tina ne trouvait pas nécessaire que ses enfants étudient. Pour lui, les choses importantes de la vie s'apprennent à la maison. Les normes de la famille de Tina sont reliées aux structures économiques du Brésil où les régions du nord-est du pays sont moins développées économiquement que les régions du sud. Au nord-est, les enfants des familles pauvres commencent à aider les parents à un très bas âge, soit à la maison soit, aux champs.

Le récit de Tina peut aussi illustrer l'influence des forces macro-sociales. La dialectique entre le macro et les personnes est médiatisée par le système social local (famille, monde du travail). Les politiques d'éducation sont souvent inopérantes dans un pays en voie de développement avec une structure socio-économique faible et dépendante comme c'est le cas au Brésil. Pour le gouvernement, l'éducation n'est pas plus une priorité qu'elle ne l'est aux yeux d'une bonne partie de la population

brésilienne pour qui la misère est une préoccupation bien plus immédiate. Les comportements des parents de Tina sont influencés par les conditions structurantes de la pauvreté. Ils l'ont envoyée à l'école seulement parce qu'elle n'avait pas les capacités physiques pour bien exécuter le travail dans les champs. Sa famille était pauvre, mais ses parents ont su transmettre aux enfants des valeurs comme le respect. Le récit de Tina est polyphonique, il est composé de différents signifiés : personnel, social, culturel, économique. Ainsi l'histoire de Tina reflète l'influence du global sur le local.

Carla et Dora ont étudié jusqu'à la huitième année à São Paulo. Carla avait des difficultés d'apprentissage : elle associe ces difficultés à son problème « dans la tête ». Dora a dû arrêter d'étudier quand elle est tombée malade.

1.3 Migration

La trajectoire migratoire exerce une influence certaine sur le quotidien des femmes. Pour celles qui viennent d'une autre région du pays, parler de leur vie, c'est d'abord parler de leur migration. En raison de problèmes socio-économiques, des milliers de femmes et leurs familles quittent le nord de Minas Gerais et le nord-est du Brésil en direction de São Paulo à la recherche d'une meilleure qualité de vie. Mais la vie urbaine peut interférer avec les conditions physiques et morales des sujets, les exposant parfois aux perturbations nerveuses. La vie à la campagne qu'elles ont quittée était limitée géographiquement et cette restriction est associée à une vie plus calme. Ceci est confirmé dans les témoignages des femmes interviewées.

C'est principalement pour des raisons socio-économiques que les membres d'AMZOL rencontrées ont quitté leur milieu rural seules pour migrer dans les grands

centres urbains de la région sud du pays. Deux clientes du CAPS sont nées à São Paulo et Irma est arrivée jeune à São Paulo avec sa famille du Nordeste.

Dans la vie trépidante d'une ville, en mutation constante, l'adoption de nouvelles valeurs et de nouvelles normes engendre de grandes transformations socioculturelles. Les représentations positives de la ville sont surtout associées au travail, le travail urbain étant plus moderne et plus varié. La ville offre plus de liberté, plus de services de santé et de meilleures possibilités d'étudier. Les femmes membres d'AMZOL bénéficient de cette nouvelle réalité, mais d'autres comme Irma, cliente du CAPS, éprouvent plus de difficultés tant au niveau socioculturel qu'économique. La ville représente pour cette dernière, une vie d'itinérance, sans argent et sans emploi.

Le témoignage d'Irma illustre bien ce que représente pour une femme la transition entre la campagne et la ville. Quand Irma est arrivée à Sao Paulo avec sa famille, elle raconte qu'un arbre est tombé sur elle. Selon Irma, c'est à partir de cet accident qu'elle a commencé à avoir des problèmes « dans la tête ». Comme les travailleurs urbains, c'est à partir de son corps (la tête) qu'Irma identifie le *nervoso*. Cet événement a été significatif pour décrire les difficultés d'Irma à opérer la transition du milieu rural au milieu urbain. Dans son cas, les caractéristiques négatives de la ville sont liées au manque de lieu de résidence et de nourriture, à l'exposition à une vie marginale et à la violence. Ces sont les parents d'Irma qui ont pris la décision de quitter la campagne. Son jeune âge au moment de migrer a pu aussi avoir un impact sur la manière de s'adapter aux nouvelles valeurs culturelles. Le fait qu'elle n'ait pas eu le choix a sûrement influencé aussi son adaptation psychosociale dans son nouveau milieu de vie.

1.4 Sphère du travail

En général, les femmes rencontrées veulent retourner sur le marché du travail, mais les possibilités sont limitées pour celles qui n'ont pas de formation professionnelle. Les six femmes interviewées n'ont pas d'emploi à l'extérieur de la maison et l'avenir les inquiète. Car, sans salaire, elles se voient dans une position de dépendance vis-à-vis du monde médical, de l'État, du mari ou de la famille.

Edna et Selma ont arrêté de travailler pour des raisons de santé. Tina a travaillé jusqu'à la naissance de son premier enfant. Le milieu de l'emploi n'offre pas des conditions favorables permettant aux femmes migrantes de la périphérie de combiner le travail et les responsabilités familiales. Sans éducation et sans expérience, le travail pour les femmes migrantes mariées représente à peine une aide complémentaire pour arrondir le revenu familial.

L'expérience des femmes du CAPS face au milieu de travail n'est pas positive. Carla a peur de prendre des responsabilités. Dans sa vie, elle a travaillé comme secrétaire, réceptionniste et gardienne d'enfants. Mais elle n'a été enregistrée dans le carnet de travail que pour cinq mois. Le récit de Carla révèle que sa maladie a bouleversé sa vie. Elle n'est plus capable de travailler et son mari a perdu son emploi parce qu'il doit l'assister. Sans argent, le couple a été obligé de placer les enfants dans une crèche.

Au travail, Dora ne se sentait pas comprise. Le fait d'avoir à travailler le jour et étudier le soir était très exigeant. Avant sa maladie, elle a travaillé pendant 19 ans comme auxiliaire de bureau. Les gens au travail la trouvaient nerveuse, agitée,

anormale: c'est son employeur qui l'a fait hospitaliser en psychiatrie la première fois.

Pour Irma, la violence du milieu de travail était source de conflit. Maintenant elle ne se sent pas apte physiquement et émotionnellement à travailler.

À cause du manque de formation professionnelle, les femmes migrantes sont cantonnées dans les services domestiques pour les familles les plus aisées. Toutes celles rencontrées, venues soit du nord de Minas ou du Nordeste, ont travaillé comme femme de ménage à São Paulo. Le contexte macro-social influence le type de travail que les femmes peuvent exercer. Ici encore, la dialectique entre le macro et les personnes est médiatisée par le système social local (famille, monde du travail).

Les domestiques qui résident chez leur employeur peuvent être plus exposées aux perturbations nerveuses. La dynamique entre les patronnes et les femmes de ménage est souvent source de conflits pour les travailleuses. Comme domestiques, Irma et Tina ont connu la violence. Quand Tina est arrivée à São Paulo, elle a travaillé pendant deux ans dans la maison où sa cousine avait auparavant été employée. Elle a été renvoyée parce qu'elle était accusée, sans preuve valable, d'avoir frappé le fils de la patronne. Quant à Irma, comme femme de ménage, elle se faisait souvent frapper par ses patronnes.

Les domestiques qui sont logées dans leur lieu de travail sont dépossédées de leur habitat, de leur manière d'être, de leur liberté d'action et parfois de leur identité. L'aspect principal de la condition de travailleur domestique est l'isolement de la femme de son espace social et la réclusion dans une situation ambiguë. Ainsi, la vie

d'Edna a été marquée par le travail : elle a servi d'autres personnes comme domestique et elle a souffert en silence.

La double journée de travail représente pour les femmes une surcharge, surtout quand elles deviennent chefs de famille. Selma trouvait difficile de voyager tous les jours de la périphérie au centre-ville. Le temps consacré aux transports publics et les mauvaises conditions de transport à São Paulo sont des facteurs structurants qui influencent le quotidien de milliers de travailleurs. Le travail empêchait donc Selma de prendre bien soin de ses enfants. Quand ils étaient jeunes, elle les laissait seuls toute la semaine dans leur maison de la périphérie pendant qu'elle demeurait chez ses patrons. Comme migrante, elle n'avait personne proche pour garder ses enfants. À la longue, le cumul des tâches domestiques (soin des enfants, entretiens, repas) et professionnelles a détérioré significativement la qualité de sa vie.

Selma trouve horrible de ne plus être physiquement capable de travailler. Maintenant, elle a des problèmes de diabète, de colonne vertébrale et de haute pression. Elle affirme que sa pression artérielle est celle de quelqu'un qui souffre des nerfs. Le cas de Selma démontre que les comportements des personnes souffrant de maladies somatiques sont le résultat des conditions de leur environnement, qui sont souvent difficiles à modifier. Selma peut avoir les symptômes physiques semblables à ceux psychiques associés au *nervoso* mais sans les symptômes moraux. Elle fréquente l'Église et elle a le souci de toujours respecter les codes moraux d'obligation, de responsabilité et d'honneur.

Tina a quitté le marché du travail après la naissance de son premier enfant, parce qu'à São Paulo, elle n'avait personne pour l'aider à en prendre soin. Dans la

périphérie, les services de garderie ne répondent pas aux besoins des femmes de milieu populaire.

1.5 Résidence et itinérance

Les femmes rencontrées au CAPS éprouvent beaucoup de difficulté à maintenir une résidence fixe. Mais, avec un revenu dérisoire et après plusieurs hospitalisations, ces femmes peuvent difficilement assumer seules le loyer d'une maison.

Avec sa pension, Dora arrive difficilement à payer le loyer d'une chambre qu'elle a pu obtenir avec l'aide du CAPS. Avant, elle et sa soeur vivaient dans l'itinérance. Actuellement, selon Dora, son principal problème de santé mentale vient d'un conflit avec sa tante à cause de l'héritage d'une maison familiale.

Dans sa jeunesse, Carla a vécu l'itinérance. À cause de son caractère extroverti, les gens dans la rue pensaient qu'elle était libre sexuellement, mais au fond, elle est très réservée. Carla loge maintenant dans une auberge pour les itinérants avec son mari. La maison où elle habitait avec son mari et ses enfants a été vendue. Depuis, elle et son mari n'ont pas été capables de trouver un garant pour louer une autre maison.

Irma a aussi connu l'itinérance. Maintenant quand elle travaille, elle habite chez sa patronne et entre deux emplois, elle vit dans la périphérie avec la famille de sa sœur.

Face à la violence et à la vitesse déstabilisatrice du rythme de vie à São Paulo, les épisodes d'itinérance forcée illustrent la difficulté que Carla, Irma et Dora ont

éprouvée à vivre sans toit et sans argent. L'itinérance a un impact psychologique sur la vie de ces femmes. Carla associe l'itinérance à la consommation de drogues et d'alcool. Comme itinérantes, ces femmes ont été réduites à une situation d'exclusion sociale où les normes de la société ont suscité chez elles un sentiment de honte pour n'avoir pas été capables de réussir aussi bien que d'autres.

Pour les femmes d'AMZOL qui demeurent dans la périphérie, la réalisation du rêve de devenir propriétaire est un projet important dans leur existence. Edna et Tina sont propriétaires de la maison où elles demeurent. Heureusement pour Tina, son oncle lui a offert une partie de son terrain en Itaim où il avait construit sa propre maison. Elle et son mari ont d'abord construit la partie d'en-bas, puis ils ont ajouté la partie du haut pour que Selma (sa belle-mère) y demeure.

1.6 Périphérie: violence, manque d'hygiène, manque de tout

La violence dans les centres urbains compromet le développement des relations sociales. Par mesure de protection, les personnes tendent à se rencontrer plutôt dans les espaces fermés que dans les lieux publics.

Selma associe la violence dans la périphérie à une question de drogue. Elle a déjà pu laisser ses enfants seuls dans la maison. Mais aujourd'hui, quand sa belle-fille sort, Selma reste avec ses petits-enfants parce qu'elle trouve la périphérie trop dangereuse. Elle souhaiterait qu'un bon gouvernement combatte le trafic de drogues de façon efficace.

Tina trouve aussi que la violence du quartier est terrible. Pour protéger ses enfants, elle les escorte à l'école tous les jours. Selon Tina, ce phénomène est lié au

taux élevé de chômage chez les pères de famille de la périphérie. Tina se réfère à une dimension économique pour expliquer la violence de la périphérie. Ce fléau est aussi lié à des facteurs macro-sociaux : pour arriver à payer leur dette au FMI, les pays en voie de développement comme le Brésil se voient dans l'obligation de couper dans tous les programmes sociaux, de santé et d'éducation. Cette situation économique a un profond impact sur la qualité de vie des quartiers de la périphérie urbaine. À Itaim, beaucoup sont sans abri, sans emploi. Dans son récit, Tina relate que la périphérie n'a pas de services d'hygiène, que la malpropreté règne et que les soins de santé y sont très mauvais. Cette réalité est très douloureuse pour elle.

2. Lien entre patriarcat, organisation familiale et *nervoso*

L'aspect relationnel qui existe dans les rapports sociaux de sexe façonne les formes socialement acceptées selon les valeurs et les principes du modèle patriarcal des familles de milieu populaire au Brésil. Le rapport social de sexe, les signifiants et les valeurs socioculturelles se construisent à partir d'une compréhension personnelle. Dans la formulation de leur univers, les femmes sont contraintes par les relations entre les sexes. Les structures socioculturelles conditionnent les femmes de milieu populaire de São Paulo à agir, penser, percevoir et sentir à partir d'une position de soumission à l'homme. L'identité de genre est construite socialement : c'est un produit social, appris, une représentation institutionnalisée transmise tout au long des générations. Dès la naissance, il se crée deux structures : celle de l'homme, qui est ancrée dans la sublimation, dans la rationalité et dans le monde public, et celle de la femme, ancrée dans le domaine de l'amour, dans la relation avec l'autre, dans les services et dans la soumission.

Être fille, épouse et mère sont des attributs qui définissent les femmes. Les discours des femmes du CAPS et d'AMZOL permettent d'illustrer leur expérience à l'intérieur d'une structure familiale patriarcale et de connaître le lien possible entre le rapport de sexe et la souffrance psychologique des femmes. Quand les femmes décrivent leurs conditions de vie du présent ou du passé, elles font souvent référence aux difficultés affectives. La dynamique propre de différenciation de genre et l'ethos féminin créent des conflits et des perturbations.

2.1 Être fille

L'organisation de la famille forme un élément structurel important pour les femmes de milieu populaire, surtout pour celles d'origine rurale. Cet élément définit la place des femmes dans le monde social. Dans le modèle de la famille patriarcale, les filles doivent occuper l'espace de la maison pour se préparer à assumer leur futur rôle de mère et d'épouse.

Dans le cas des familles nombreuses, à la campagne, ce sont souvent les filles aînées qui prennent la responsabilité d'aider les parents à s'occuper des plus jeunes enfants. Quand Irma était jeune à la campagne, elle a été très malade. Aucun médecin n'arrivait à diagnostiquer de quoi elle souffrait. C'est sa sœur qui l'a conduite chez une guérisseuse. Selon Irma, son père, homme violent, n'a pas su prendre soin de ses 13 enfants. Et face à son comportement qu'il jugeait déviant, il a choisi de la faire interner quand elle était encore très jeune. Suivant les règles de la culture patriarcale, les enfants doivent obéir aux parents mais surtout au père, qui est le symbole d'autorité incontestable dans le foyer familial.

Le père de Carla était alcoolique, il battait sa mère. Ses parents se sont séparés quand elle avait 14 ans. Très jeune, sa mère l'a mise à la porte pour la forcer à prendre plus de responsabilités. À la même époque, son jeune frère a été tué. Ainsi exposée aux valeurs urbaines dominantes, la notion de l'individu s'est insérée dans sa représentation des rapports sociaux au sein de sa famille. Dès sa jeunesse, les valeurs de sa famille lui apparaissent individualistes. Ainsi, Carla sillonne, confuse, les frontières ambiguës entre le monde des valeurs socioculturelles traditionnelles brésiliennes et un monde de valeurs plus modernes et urbaines. L'étude du *nervoso*, qui est un code pour exprimer les « perturbations physiques-morales » vécues par les membres des classes de travailleurs, ne lui permet pas d'atteindre une réelle compréhension des caractéristiques de la culture (la conception de la personne) ou de la manière dont s'articule la relation avec les mécanismes sociologiques et culturels des classes sociales. Carla ne sait pas si elle souffre d'une maladie héréditaire, se limitant à dire que son tempérament ressemble à celui de son père. Elle ne sait pas vraiment si son père est fou : il fait et dit ce qui lui passe par la tête. Cette ressemblance avec le caractère du père place finalement Carla face à un conflit d'identité par rapport à son rôle social traditionnel de jeune fille soumise et réservée. Tous les autres membres de sa famille peuvent suivre une routine normale, mais elle n'en est pas capable. Elle a envie d'être libre. Étant jeune, elle voyage seule dans tout le Brésil, à la recherche d'un autre espace où elle pourrait affirmer sa façon d'être au monde. Carla ne s'est jamais sentie valorisée par la famille.

Comme Carla, Irma ne connaît pas la signification de son malaise physique apparu durant son enfance. Elle a été heureuse seulement vers l'âge de quatre ans, quand sa marraine lui manifestait de l'affection. Irma associe le bonheur aux manifestations de tendresse. Ces femmes étaient trop jeunes pour bien comprendre la nature de leur problème, son origine et ses conséquences. Dans leur interprétation de

leurs problèmes d'enfance, elles ne font pas d'association directe avec les difficultés du contexte familial, même si elles décrivent leur milieu familial étant violent.

Les récits de Carla et d'Irma permettent de saisir les situations concrètes par lesquelles l'expérience de la violence familiale a pu avoir un lien avec l'émergence de leurs problèmes de santé mentale. Pour Carla et Irma, la maladie est au coeur de chaque période de leur existence. L'identité de ces deux femmes est bâtie sur leur expérience de la maladie. Selon Carla, son problème « dans la tête » est associé à un manque de tendresse dans sa famille, un manque de dialogue. La violence que Carla a vécue dans sa famille a eu un impact sur sa vie émotionnelle. Elle a eu des crises d'évanouissement entre l'âge de trois et six ans. Ses parents ne l'ont jamais fait examiner par un médecin parce que d'après eux, elles agissait ainsi pour avoir de l'attention.

Jeune, Carla se voyait déjà nerveuse. À l'époque, ses crises de nerfs lui permettaient de supporter la vie avec sa famille, ses amies et la société. Mais être nerveuse, cause à Carla un tourment d'ordre moral : elle a peur de faire des choses bizarres. Quand elle a quitté la maison de sa mère pour vivre seule dans les rues de São Paulo, elle a commencé à boire et à se droguer. Ses crises émotionnelles la font sortir de la réalité, perdre la tête. Ses perturbations psycho-morales comprennent un noyau de symptômes physiques et moraux qui déclenchent les métaphores organiques associées au *nervoso*.

Dans son enfance, Dora se sentait heureuse quand elle habitait dans une maison avec son père, sa mère et sa soeur. Quand sa mère vivait encore, elle avait beaucoup d'amies et de copains. Selon Dora, les difficultés ont commencé après le décès de sa mère. Ses perturbations physiques, comme la vue troublée, sont en lien

avec la perte relationnelle de sa mère. Elle nie sa maladie mentale : elle est bien dans sa tête, elle n'a pas de problème, elle est une personne sérieuse. Pour Dora, avoir une bonne tête signifie bien suivre les codes moraux de la société.

Soumise au modèle patriarcal de la famille, la mère de Dora restait à la maison pour prendre soin des enfants tandis que son père travaillait à l'extérieur. Avec le décès de sa mère, son père a commencé à boire et Dora a travaillé d'avantage à l'extérieur de la maison pour aider financièrement la famille. Dans cette situation, Dora a assumé le rôle de genre assigné à son père et celui-ci a perdu le respect et l'autorité dans la maison. Un des psychiatres du CAPS m'a informée du fait que Dora était devenue très agressive envers son père jusqu'à sa mort. Ce transfert de rôle est important pour comprendre le comportement agressif de Dora. Selon le modèle patriarcal, comme fille, Dora devait être plutôt soumise. Mais face au monde extérieur du travail, elle devait être plus performante. Une fois malade, Dora s'est sentie frustrée de ne plus pouvoir être aussi active que les gens normaux.

Au moment de parler des difficultés de son enfance, Tina s'est référée aux règles sociales d'une famille patriarcale. L'habitus patriarcal a influencé les règles socioculturelles au sein de sa famille. Le père est l'autorité : la mère doit demander au père la permission de laisser aller sa fille à l'école. Tina a dû quitter tôt l'école pour aider sa mère à prendre soin des enfants. Les valeurs du rôle des femmes ont été transmises très tôt à Tina. Comme fille, elle avait le devoir d'aider sa mère dans les tâches domestiques. Ses frères et soeurs n'attachaient pas d'importance aux études, ils aidaient plutôt leurs parents avec le travail dans les champs.

Pour les femmes rencontrées, l'expérience en tant que fille a été conflictuelle. Elles n'ont pas été valorisées socialement, sauf Tina qui affirme avoir un père

respectueux. Selma et Edna n'ont pas été respectées dans leur choix. Le manque de reconnaissance de la famille envers ces femmes est véritablement à la source de leur faible estime de soi.

2.2 Être épouse – mariage

Avec le mariage, la femme vit des transitions entre deux situations et deux vécus. Et le déroulement de cet événement teinté, dans une certaine mesure, la façon dont sera vécue la rupture avec l'ancien rôle ou statut. Ces changements socioculturels créent de nouveaux espaces de conflits et de contradictions, ce qui soulève des questions quant à la manière par laquelle la culture propose de nouvelles formes visant à diminuer ces contradictions. Le fait d'être à la frontière de mondes différents, le traditionnel et le moderne, amène les femmes migrantes qui résident dans les grands centres urbains du Brésil à questionner leur position à l'intérieur de la structure familiale patriarcale.

Pour Edna et Selma, le mariage a été imposé par la famille. Cette imposition a créé des lieux de tension et a fragilisé ainsi le vécu personnel de ceux des femmes. Par exemple, le mariage pour Selma fait partie des événements tristes de sa vie. Elle explique que quand les femmes se marient et deviennent des épouses au foyer, l'angoisse est chronique. Selma questionne le rôle du mariage imposé par la famille. Après la naissance de son fils, elle a quitté le domicile conjugal parce que son mari était violent avec elle. La violence conjugale est source d'angoisse pour les femmes et pour les enfants et a un impact dévastateur sur leur vie. Les femmes ont aussi de la difficulté à intégrer le rôle et le statut de mariée, surtout quand elles doivent se déplacer de la campagne à la ville.

Selon la relation de complémentarité/hiérarchie, l'opposition homme/femme et mari/épouse dans l'axe d'articulation de la valeur « famille » établit un palier structurant. La dichotomie mari/rue et femme/maison agit de manière significative dans la reproduction sociale. En ce sens, c'est un mode culturel structuré et structurant.

Mariée, avec trois enfants, Tina a peu de temps pour sortir de la maison : elle se sent prisonnière. Et quand elle sort de la maison, elle a l'impression de trahir son mari. L'identité de Tina comme femme mariée est structurée par des règles sociales et morales de la famille patriarcale. Dans la structure familiale, Tina doit occuper l'espace de la maison, ce qu'elle fait bien malgré ses soucis. Elle ne sortira que pour aller à l'église et aux rencontres d'AMZOL, et pour veiller aux besoins de la famille. D'autre part, être un bon pourvoyeur exempte l'homme de sa présence à la maison et du soutien aux tâches domestiques. Dans les rencontres avec les femmes de milieu populaire, Tina soulignait sa solitude et l'absence de son mari dans la maison. Pendant le cours d'AMZOL, quelques femmes ont même associé la non-présence constante du mari à la maison à de possibles comportements d'infidélité.

Les relations de genre dans la famille de Tina présupposent la réciprocité et la complémentarité entre elle et son mari. Pendant que son mari occupe l'espace externe et public, soit le monde du travail, Tina est plus dans le privé et l'espace intérieur, avec la responsabilité de la maison et des enfants. Parfois, son mari a trois emplois pour être sûr que la famille ne manque de rien.

Tina accepte de prendre charge de toutes ses tâches domestiques, mais elle avoue ses difficultés à les assumer pleinement. Bien gérer l'argent de sa maison suscite certes chez elle un sentiment d'honneur et d'honnêteté, mais elle trouve

parfois que les femmes travaillent même plus que leurs maris. Selon Tina, le travail domestique est éprouvant, il demande beaucoup d'efforts physiques et il isole les femmes socialement.

Le cas de Tina illustre bien le modèle d'une femme au sein d'une famille patriarcale traditionnelle. Son identité féminine est construite socialement. L'élément de la femme est interne et privé : il se manifeste dans un rapport privilégié avec la maison et un accès restreint au monde de la rue. L'exécution des tâches domestiques et la gérance des recours familiaux exigent des qualités qui sont jugées inhérentes à la condition féminine. L'absence de ces qualités remet en cause les capacités morales de la femme en termes d'honneur et d'honnêteté, qui constituent l'axe de base de l'identité féminine. La femme doit incarner l'idéal prescrit par une morale très stricte : être un parangon de vertu et une source d'influence bénéfique pour la maisonnée. La distinction qualitative associant l'homme à la responsabilité de la reproduction physique de la famille et la femme à la promotion de la moralité, souligne le caractère intrinsèquement complémentaire de la dichotomie homme/femme dans la constitution totalisatrice de la famille. Cette configuration du monde, affirme Muraro (1983), exclut l'idée de sexualité : de ce point de vue, le sexe devient subordonné à la différence entre genres et non une réalité autonome. Enfin le concept de genre aide à souligner que le patriarcat, comme système, structure la famille afin d'assurer la domination des hommes sur les femmes.

Je suis d'accord avec Sarti (1996) quand elle affirme qu'il se crée un déséquilibre fonctionnel dans la structure de la famille de la périphérie lorsque l'homme/mari n'assume pas le rôle de pourvoyeur. En milieu populaire, l'inversion de rôle peut briser le rapport de complémentarité. L'homme perd ainsi son autorité et le respect dans la maison et la femme doit assumer les rôles masculin et féminin.

L'impossibilité d'avoir un mari pourvoyeur conduit Edna à la séparation, ce qui représente pour cette femme un échec de son mariage. Pour Edna et Selma, travailler à l'extérieur en plus de devoir garder les enfants a impliqué souvent une surcharge de travail. Dans le cas de Selma, c'est la violence de son mari envers elle qui l'a poussée à quitter le foyer conjugal et à assumer seule la responsabilité de pourvoyeur. La violence conjugale constitue pour les femmes une atteinte à leur intégrité humaine et a des conséquences au plan psychique.

Dans la pratique, l'opposition mari/rue et femme/maison ne s'applique pas au contexte de vie de Carla. Les activités maternelles et domestiques remplissent partiellement son existence féminine. Mais l'élément de Carla comme femme n'est pas exclusivement intérieur et privé puisqu'elle a un rapport privilégié avec la maison. Carla aime mener une vie de bohème et chanter le soir dans les bars de São Paulo.

Carla a intégré de façon idéaliste les normes du modèle de famille patriarcal. Elle trouve difficile de se séparer de son mari parce qu'il a besoin de travailler à l'extérieur et elle se doit de prendre soin des enfants à la maison. Pour Carla, la relation avec son mari n'est pas harmonieuse. Dans la formulation de son univers conceptuel, Carla est contrainte par les rapports sociaux de sexe. Selon Carla, son mari est un bon père et il peut être un bon travailleur mais il ne lui donne pas de soutien affectif.

2.3 Être mère

Après la naissance de son fils, Tina a voulu continuer à travailler à l'extérieur, mais son mari a décidé qu'elle devait rester à la maison pour s'occuper des enfants.

Pour Tina, les enfants et son mari deviennent le centre de sa vie de mère. L'expérience de Tina comme fille, épouse et mère de famille démontre comment les valeurs de la famille patriarcale structurent sa vie.

Pour Carla au contraire, la maternité n'est pas source d'accomplissement social et émotionnel. À la naissance de ses enfants jumeaux, Carla a souffert de dépression *post-partum*. Elle a toujours aimé son fils aîné plus que les jumeaux, mais elle trouve « fou » de dire qu'elle aime un enfant plus qu'un autre. Selon Carla, c'est à ce moment de sa vie qu'elle a commencé à avoir peur, à être déprimée, à penser au suicide et à avoir envie de disparaître dans les rues pour boire et se droguer. En étant à la fois mère et malade, Carla est aux prises avec un sentiment de culpabilité. Elle n'est pas ce qu'elle devrait être. Elle devient jalouse, révoltée, quand elle sent que son mari aime les enfants plus qu'elle. Dans ses crises, Carla quitte l'espace intérieur de la maison pour aller à l'extérieur occuper un espace réservé plus aux hommes.

Les valeurs d'honneur et d'honnêteté selon les normes sociales ne constituent pas l'axe de l'identité de Carla. Si le mode de représentation de la folie dans la classe de travailleurs urbains apparaît confus et contradictoire, pour Carla, le domaine du psychologique fait partie du mode de représentation de la folie. Parfois Carla entend des voix, vit des périodes de manie, de persécution, de peur, de dépression. Carla se trouve à la frontière d'un monde urbain moderne plus individualiste et un monde urbain de milieu populaire plus traditionnel. Sa souffrance exprime les perturbations physico-morales vécues par les membres de la classe populaire ainsi que des éléments plus psychologiques des classes moyenne et supérieure de la société. Elle utilise des expressions liées au corps comme « il y a des jours où je me sens tellement folle que ma tête me tourne au point que je ne la contrôle plus ». Pour Carla, la

représentation de la relation idée/tête explique sa folie et sa faillite morale en rapport avec les valeurs de responsabilité et d'honneur.

Durant une crise, quand Carla quitte le foyer conjugal, la relation sociale entre elle et son mari évacue les attributs de réciprocité et de complémentarité endossées par la classe des travailleurs. Il existe une sorte de tolérance face à leur dissociation des rôles sociaux spécifiques. Pendant qu'elle s'enfuit dans les rues de la ville, son mari doit garder les enfants à la maison. Comme le mari ne peut pas assumer les rôles sociaux combinés d'homme et de femme, les enfants du couple doivent être placés dans une maison d'accueil, ce qui aggrave l'état de *nervoso* chez Carla.

Dans son exécution, l'idéal relationnel du modèle de hiérarchie et complémentarité est source de tensions et de perturbations physiques et morales pour Carla. L'incapacité de Carla à bien assumer son rôle socioculturel de mère est accentuée par le fait que son mari se sent aussi incapable de combler son rôle de pourvoyeur. Exclut de son propre espace de socialisation parce que sans emploi, il ne peut non plus assumer sa responsabilité morale de reproduction du noyau familial.

Dans l'analyse des récits de vie d'Edna et de Selma, la relation de complémentarité/hiérarchie est aussi source de frustration et de culpabilité. Le binôme mari/femme basé sur des compromis et des tâches spécifiques, éléments au coeur de la dimension totalisante de la reproduction sociale, impose des règles que les femmes et leurs conjoints ne sont pas en mesure d'atteindre. Pour Edna, c'est son mari qui ne remplit pas son rôle de pourvoyeur, alors que Selma est victime de

violence conjugale. Ce mode culturel structuré impossible à actualiser a un impact sur les problèmes physiques d'Edna et de Selma.

La qualification différentielle de la personne se manifeste aussi au niveau de l'âge, autre contrainte sociale pour les femmes au Brésil. La structure socio-culturelle extérieure propose aux femmes âgées d'occuper principalement l'espace intérieur. Mêmes plus âgées, elles se voient donc toujours cantonnées à la maison sans pouvoir se déplacer librement.

Selma a envie de quitter la maison, mais c'est difficile. Elle pensait que, lorsque ses enfants grandiraient, elle ferait tout ce qu'elle voudrait. Mais à l'âge de 60 ans, elle se sent prisonnière de la famille. Hier, elle était libre mais n'avait pas d'argent. Aujourd'hui, elle a peur de sortir seule. Le récit de Selma nous enseigne que sa peur est liée aux conditions de violence de la périphérie. Seule et sans argent, elle se voit confinée à son rôle de mère et de grand-mère. Ses seules occasions de plaisir et d'évasion se résument aux offices religieux et aux sorties en compagnie des femmes d'AMZOL.

Edna explique qu'elle est devenue nerveuse quand le mari de sa fille a commencé à la harceler. Seule et très atteinte physiquement, Edna vit sous le contrôle de son gendre dans sa propre maison. Dans le cas d'Edna, la culture familiale patriarcale réitère une hiérarchie entre l'homme/genre et la femme/belle-mère. Le *nervoso* d'Edna, comme toute perturbation physico-morale, exprime des phénomènes inscrits dans son corps et dans l'ordre quotidien de ses relations familiales.

3. Souffrance – un espace entre maladie et émotion

La souffrance signifie la maladie, l'expérience et l'émotion qui l'entoure. Les femmes rencontrées ont un discours qui associe leur identité à certaines catégories liées à la maladie et à la souffrance psychologique. La souffrance devient même un élément central de leur récit; elle est souvent causée par une maladie au cours de leur vie, la perte d'êtres chers, ainsi que des facteurs socio-économiques et culturels. La souffrance causée par la maladie peut ainsi à la fois représenter l'expérience désintégrant de l'unité de la personne et, en même temps, servir de matrice pour la construction de l'identité sociale des femmes.

Il existe une frontière floue, poreuse entre le socioculturel et l'individuel. Cette dynamique complexe et constante crée un espace de croisement continu entre ces deux sphères qui deviennent indissociables. La souffrance survient justement quand cette interrelation ne peut pas se faire harmonieusement.

Au moment de raconter son histoire, Irma se sert de la catégorie de « maladie » pour décrire son existence marquée par la souffrance. La construction de l'expérience de la souffrance souligne la façon d'Irma d'« être-au-monde ». L'émotion aide à souligner l'aspect plus subjectif du discours d'Irma.

La catégorie de la souffrance, dans le récit de Carla, présente des dimensions économique, socioculturelle et individuelle. Carla trouve que sa vie en soi est une souffrance. Elle attend le jour où y apparaîtra un peu de lumière. Le modèle d'explication de souffrance de Carla nous fait comprendre son dilemme, son conflit devant des valeurs socioculturelles traditionnelles de femme adulte, épouse, mère et

son désir d'être libre, de dire ce qu'elle pense, de faire ce qu'elle a envie de faire, d'atteindre une autonomie financière et émotionnelle. L'étude du *nervoso* ne permet pas de réconcilier les caractéristiques d'une culture croisée comme celle de Carla qui est à la fois hiérarchique et individualiste.

4. Isolement social

Au moment d'examiner leurs difficultés émotionnelles en relation avec le mariage et la séparation, Edna et Selma font face à une grande solitude. Selma raconte : « Il faut être esclave de soi-même et pas du mari. C'est mauvais d'être avec lui, c'est pire d'être sans lui. La solitude, c'est difficile ». Edna explique : « J'aimerais ne pas être seule. J'aimerais vivre à côté de quelqu'un. Quand j'ai des problèmes, j'ai personne pour dialoguer. J'ai eu quelqu'un dans ma vie, mais je l'ai perdu. C'est triste de vivre seule. C'est la pire chose au monde ».

La solitude d'Edna signifie son impossibilité de se trouver un espace social alternatif pour exprimer sa nouvelle expérience de femme séparée. Après la séparation, Edna deviendra émotivement dépendante de sa fille, dont le mari prend le rôle de chef de famille et force sa belle-mère à avoir des rapports sexuels avec lui. Plus jeune, Edna a pu atteindre une autonomie dans les domaines privés et publics, tandis que maintenant, malade physiquement et souffrant d'une grande détresse psychologique, elle s'enferme dans sa solitude et sa culpabilité envers sa fille.

Dora n'a pas de support économique et social de la part de sa famille. Elle cherche un appui à l'hôpital, mais considère que l'aide familiale est plus importante. Elle se sent très seule après le décès de ses parents. Elle n'a pas d'amis pour sortir.

5. Retrait social et marginalité

Toutes les femmes rencontrées vivent dans la marge de la société dominante. Sans argent, sans éducation, sans travail, elles sont socialement exclues. Dans le cas des clients du CAPS, le retrait social peut signifier, par la maladie, une forme de résistance et une restructuration plus large de l'être. Mais la résistance a un autre sens quand l'entourage familial et social n'accepte pas le langage exprimé par les femmes au moment de leur souffrance psychologique. Le fait d'être en marge, de se voir dans l'impossibilité de s'insérer socialement, enferme les femmes du CAPS dans un univers clos. Si les femmes ayant des difficultés émotionnelles étaient plus valorisées, le retrait social ne serait pas aussi nécessaire. Mais dans leur entourage, leur voix n'a pas d'échos.

La marginalité, c'est la façon pour Carla d'être au monde. La marginalité de Carla est liée à une double problématique: être femme à la fois et vivre un problème sévère de santé mentale. L'histoire de Carla révèle son incapacité d'articuler la transition entre sa vie de femme célibataire et celle de femme mariée avec des enfants autrement qu'en quittant son foyer pour vivre en périphérie de sa culture patriarcale. Cette transgression de l'ordre social donne du sens à sa vie.

Comme le fait remarquer une intervenante du CAPS, Carla se voit incapable d'exprimer son exubérance et sa vivacité dans l'espace privé de son foyer, entourée de son compagnon et de ses enfants. Pour Carla, vivre en marge peut donc représenter un espace de mouvance, de liberté, où se déroulent quelques activités créatrices à un niveau individuel, bien qu'elle se sente extrêmement coupable d'avoir abandonné ses enfants. Elle dit avoir un tempérament bohémien: à un moment donné dans sa vie, elle a voulu chanter mais elle a été incapable de poursuivre cette carrière.

Elle transgresse les normes sociales par des comportements qui sont tout à fait déréglés. Elle veut être libre pour se promener dans les rues de São Paulo, mais elle se sent réservée sexuellement, sans malice face à la violence de la ville.

6. Récit de souffrance

À travers leurs récits, les femmes dessinent un monde au subjonctif où la sortie de cette situation de souffrance devient une possibilité. Mais la distance entre le rêve et la réalité est trop grande. Le rêve devient une forme de désir de fuir la réalité. C'est presque un mécanisme de survie. Le monde extérieur ne veut pas les écouter ni donner une place à leur différence. Parfois la souffrance du passé a été tellement intériorisée qu'à un moment donné, elle éclate la et submerge la femme dans une marée incohérente.

Le récit de Carla révèle les événements qui aident à mettre en lumière ses obstacles. Carla aimerait être un peu plus forte, plus sûre d'elle, plus intelligente, pour avoir un bon travail et être plus indépendante, plus heureuse, plus utile. Elle aimerait améliorer ses conditions socio-économiques pour avoir une meilleure qualité de vie. Avec la maladie qu'elle ne comprend pas, elle vit beaucoup d'insécurité, de difficultés. Elle a l'espoir de se guérir au CAPS. Si elle évite les drogues et prend bien ses médicaments, avec une bonne thérapie, elle pense arriver à se contrôler seule. Elle espère que son mari trouve un emploi et qu'elle puisse l'aider à être de nouveau à la maison avec ses enfants. Le rêve de Carla est d'avoir une vie familiale normale, ce qui veut dire assumer pleinement son rôle d'épouse et de mère. Elle ajoute : « C'est plus pour les enfants parce que, pour moi, avoir des relations avec un homme est très difficile ».

Les femmes qui ont un vécu psychiatrique semblent avoir des difficultés à concrétiser leurs rêves. Dora aimerait être comme les personnes normales, actives, vives. Elle rêve de se marier, de trouver un bon compagnon sans problèmes psychiatriques. Elle rêvait d'être ingénieure. Mais l'écart entre ses rêves de jeunesse qui consistaient en une carrière et des études universitaires et la réalité de pauvreté et d'itinérance après la maladie, a bouleversé sa vie.

Certaines femmes se définissent par rapport à leurs sentiments et leurs rôles de mère et d'épouse. Ce qui rend Tina heureuse, c'est de voir ses enfants et son mari en santé. Tina aimerait concilier ses rêves personnels et son rôle de mère. Elle a rêvé d'étudier et de devenir ingénieure. Elle a encore de l'espoir. Seulement maintenant, elle doit prendre soin de ses enfants et de son époux. Elle rêve d'aider son mari à acheter une plus grande maison pour le confort de la famille. Avoir des loisirs avec la famille fait aussi partie du rêve de Tina.

Les rêves de Selma sont liés au désir de meilleures conditions de vie : « avoir ici à São Paulo, une maison avec plus de confort, un peu mieux arrangée pour pouvoir mieux recevoir mes enfants et petits-enfants. J'aimerais que mes garçons aussi aient plus de confort. J'aimerais que mon fils aîné arrête de boire ». Plus jeune, elle aurait aimé recevoir une meilleure éducation pour travailler comme enseignante ou conseillère.

Edna est plus inquiète pour son avenir. Elle sent qu'elle vieillit très vite à cause de sa santé défaillante. Elle aimerait être plus jeune pour faire ce que font les femmes d'AMZOL. Aujourd'hui, elle souffre de douleurs dans tout son corps. Elle formule ainsi ses inquiétudes: « J'ai peur de tomber malade et de rester au lit. Peur de devenir dépendante, de me sentir incapable de faire ma propre soupe ».

7. Recherche des services dans la communauté

Une fois les problèmes identifiés, les femmes interagissent dans la communauté à la recherche de solutions. Dans leur pauvreté, elles sont fragilisées socialement. Quelques femmes s'engagent politiquement dans la communauté pour améliorer leurs conditions de vie tant au niveau économique qu'au niveau émotif. Dans le but de valoriser la parole des femmes et leur rôle d'actrice sociale, je présente ici leurs commentaires sur les services communautaires qu'elles se procurent au CAPS et à l'AMZOL.

Le CAPS représente, pour certaines femmes, tant un espace d'aide psychique que d'aide sociale. Avec le soutien du CAPS, Dora pense trouver un emploi et retourner dans sa maison pour avoir de meilleures conditions de vie.

À propos du traitement au CAPS, Carla dit :

Ici, j'exprime plus ouvertement mes émotions pour pouvoir obtenir de l'aide médicale. [...] Le CAPS a été une des meilleures places de traitement que j'ai connues. Dans un hôpital, les personnes n'ont aucune liberté. Ici on a une liberté totale. On reçoit de l'appui, les médecins sont très chaleureux. Les patients reçoivent beaucoup d'appuis de chacun.

Depuis que Carla a perdu sa maison, c'est à travers le CAPS qu'elle a pu placer ses enfants dans un orphelinat et trouver une pension pour elle et son mari. Comme l'exprime une autre cliente : « le CAPS est un paradis comparé aux autres hôpitaux psychiatriques de São Paulo ».

Aller au CAPS tous les jours, c'est aussi s'assurer d'un repas. Mais la crise financière du CAPS a un impact sur la vie quotidienne des patients du centre. Carla décrit la situation :

Les repas du midi consistent seulement en sandwiches. Les médicaments sont en train de s'écouler, les passes d'autobus n'existent plus. Les médecins, les personnes qui travaillent ici offrent toujours un appui moral. Parfois elles donnent aussi un peu de sous pour la bouffe.

Malgré des difficultés occasionnelles, Dora et Carla pensent qu'elles ont de bonnes relations au CAPS. Carla aime bien les patients. Elle pense qu'au CAPS, il est possible de développer une bonne amitié.

Irma a besoin de parler avec une psychologue au moins une fois par semaine, parce que son psychiatre du CAPS veut la rencontrer seulement une fois par mois. Elle trouve cela trop peu. Selon elle, personne ne peut rester aussi longtemps sans raconter ses difficultés.

Face aux conditions de vie précaires de la périphérie, Tina explique : « Les gens dans la périphérie se lient facilement d'amitié avec les autres parce qu'ils vivent tous dans les mêmes conditions de vie. Personne n'a plus que l'autre ». Plus les femmes de la périphérie se libèrent de leurs peurs, plus elles s'impliquent dans les activités sociopolitiques de la communauté. C'est en brisant leur isolement que les femmes voient différemment leurs problèmes et leur réalité.

La participation des femmes de la périphérie dans l'organisation d'AMZOL démontre combien les femmes pauvres et marginales sont créatives pour interagir dans leur quotidien dans le but d'améliorer leur conditions de vie tant au niveau économique qu'affectif. Les participantes du cours d'AMZOL sur la santé mentale

ont signalé le fait qu'elles avaient créé entre elles un climat de confiance. Les femmes disent qu'elles ont appris à mieux se regarder à l'intérieur, elles se sentent plus libérées des problèmes quotidiens. Dans une session, Edna nous raconte ce qu'elle a senti dans le cours : « Ma tête était un fardeau, mais après tout, j'ai été soulagée. La torture que je vivais a disparu. Je marche la tête haute maintenant ».

Conclusion

Initialement, l'analyse a permis d'observer de quelle manière les femmes articulent leurs expériences et expriment leurs difficultés et comment leur interaction avec le contexte socioculturel a un impact dans la construction et l'expression de leur souffrance psychologique.

Ensuite, l'analyse des événements de l'histoire de chaque femme a mis en évidence un réseau de significations et a permis de reconnaître la coexistence et l'interrelation de divers codes de référence au coeur d'une société traversée par de grands changements socioculturels et économiques. C'est à travers la complexité socio-culturelle de São Paulo que nous pouvons comprendre la difficulté que vivent les femmes au moment de s'y insérer.

La maladie doit être comprise sous plusieurs angles. Certains anthropologues culturalistes se préoccupent exclusivement de l'analyse des récits et de leur dimension subjective. Mais, un regard plus approfondi de la situation sociale, culturelle et économique des participantes à l'étude permet de souligner des traits particuliers qui peuvent être associés à une souffrance psychologique.

La nécessité de combiner le social et le culturel est indispensable dans l'étude des sociétés en voie de créolisation. Les femmes, dans la création de leur univers, sont contraintes par les structures existant à l'extérieur. La notion d'habitus a été un outil d'analyse important pour signaler que l'ensemble des dispositions à agir, penser, percevoir et sentir reproduit largement des structures sociales externes. Le contexte socioculturel et économique structure la condition de vie des femmes de milieu populaire. Toutes les femmes rencontrées sont à la marge de la société dominante. Parce qu'elles n'ont pas de travail, elles sont dépendantes financièrement de l'État, du mari ou des enfants. L'étude du *nervoso* comme mode qui exprime les « perturbations physico-morales » liées à des conditions de vie éprouvantes a permis de comprendre au moins en partie les caractéristiques de la culture des femmes de milieu populaire.

Dans le cas des femmes clientes du CAPS qui ont un diagnostic officiel en santé mentale et qui souffrent de problèmes de psychose, leur maladie donne un sens aux difficultés émotionnelles, socioculturelles et économiques vécues tout au long de leur vie. Pour Dora, Irma et Carla, la vie est difficile, dû au manque d'argent, de résidence fixe et de travail. Elles sont souvent exposées à l'itinérance et à la violence de la ville. Les femmes qui ont un vécu psychiatrique sont doublement pauvres et marginalisées, d'une part parce qu'elles sont femmes et, d'autre part, parce qu'elles ont un handicap mental. Grâce aux services du CAPS, elles peuvent espérer atteindre une meilleure qualité de vie.

La misère que les femmes vivent dans les rues de São Paulo et la pauvreté dans la périphérie ne sont pas restreintes seulement aux conditions socioculturelles locales mais font partie d'une réalité plus large liée aux changements économiques globaux. Le niveau de précarité socio-économique est un facteur certain de fragilisation des

femmes. Mais pour celles rencontrées, le rapport socioculturel au sein de la famille est encore plus fondamental que leur statut économique pour expliquer leur souffrance psychologique.

Les trois femmes rencontrées au CAPS établissent un lien entre les conflits familiaux et leurs problèmes de santé mentale. Leur rapport avec la famille est plutôt fragile et conflictuel. Leur expérience comme fille dans leur famille ne correspond pas aux normes de fille soumise et réservée du modèle patriarcal. Elles se sentent dans l'impossibilité de bien suivre ces normes sociales et culturelles, sans doute à cause de la violence et de l'oppression vécues dans leur famille durant l'enfance, qui a déstabilisé leur vie émotionnelle. Leur représentation du modèle familial est conflictuelle : le manque d'appui moral est frappant dans leurs récits et le fait d'être dévalorisées par leurs familles a un impact sur leur estime de soi. Ces trois femmes ont aussi vécu des deuils marquants durant leur jeunesse.

Elles ne veulent pas suivre le modèle de leur mère victime de violence, mais leur manque d'assurance les empêche d'atteindre l'autonomie sociale et financière qu'elles souhaitent. La non-acceptation de leur différence dans le contexte familial engendre chez ces femmes une vulnérabilité considérable. Être fille dans un modèle de famille de type patriarcal est déjà un désavantage social. Les femmes se sont trouvées dès leur enfance en position sociale d'infériorité. Le manque de confiance qui en a résulté se traduit, aujourd'hui, chez ces femmes, par une sorte de tiraillement entre un sentiment de culpabilité de ne pas pouvoir être comme les autres femmes (soumise, réservée) et un sentiment d'incapacité à être autrement parce que les alternatives socioculturelles et économique sont inexistantes dans leur milieu de vie.

Vivre dans le centre de São Paulo et y recevoir des services psychiatriques dans un hôpital, font en sorte que ces femmes se voient partagées entre deux modèles culturels : un plus hiérarchique, et l'autre plus individualiste. Les femmes du CAPS nomment leur troubles émotionnels : maladies de nerfs, problèmes dans la tête, folie, manie, dépression, troubles psychologiques. Elles utilisent à la fois leur corps et des instances psychologiques pour exprimer leur souffrance. Le croisement des normes socioculturelles cité plus haut explique en partie leur ambiguïté d'être. L'habitus patriarcal structure des normes, des valeurs, des croyances pour les femmes qui non seulement diffèrent de celles du modèle urbain mais sont parfois aussi en contradiction avec leur capacité émotive à les suivre. La question de genre est donc très importante pour comprendre la lutte que ces femmes entreprennent pour devenir plus autonomes et moins soumises aux hommes de leur famille.

Face à leur impuissance à imposer socialement leur manière d'être, leur façon de concevoir le monde, leurs idées, leurs désirs, ces femmes refoulent toutes leurs émotions. Ceci a pour effet de les isoler socialement et de porter atteinte à leur équilibre mental. La psychose survient, qui donne un certain sens à leur souffrance. La dévalorisation sociale subie par ces femmes les enferme ainsi dans un espace qui peut être créatif, mais elle est en même temps très douloureuse.

Les différences entre la vie dans le centre et en périphérie sont associées à une distribution inégale des différentes espèces de capital. L'infrastructure sociale et économique de la périphérie est précaire. D'une manière structurante, cet espace géographique conditionne matériellement les femmes. Pour trouver de meilleurs services de santé et d'éducation, les femmes de la périphérie doivent se déplacer au centre de la ville. Les femmes qui vivent dans la périphérie sont aussi exposées à une violence quotidienne.

Les femmes membres d'AMZOL se disent pauvres mais elles participent activement aux mouvements sociaux des femmes de la périphérie afin d'améliorer leurs conditions de vie économique, sociale et émotive. Leur situation financière précaire est semblable à celles de toutes les personnes de la communauté.

Les femmes d'AMZOL se définissent à travers leurs relations familiales. Elles ont transposé leur mode de vie culturel traditionnel de la campagne dans la périphérie de São Paulo où elles se réfèrent encore aux normes sociales et culturelles de la famille patriarcale. La représentation des rapports de sexe devrait être basée sur ces normes : l'homme est orienté vers le domaine public et la femme doit rester dans le domaine privé. Tina est la seule femme du groupe qui se sent satisfaite de remplir son rôle de mère et d'épouse même si elle avoue avoir quelques difficultés. La représentation du modèle patriarcal pour Edna et Selma est source de conflit car, quand les femmes commencent à travailler à l'extérieur, la complémentarité des rôles sexuels dans la famille change inévitablement. Leur souffrance psychologique est liée à la solitude, c'est-à-dire à la perte de leur conjoint. Et, à défaut d'un autre exutoire, ces femmes tendent à somatiser leurs problèmes psychologiques.

Face au stress lié aux grands changements socioculturels vécus dans la ville de São Paulo, les femmes de l'étude ont appliqué des stratégies qui cadrent avec leurs modes traditionnels d'organisation sociale afin de pouvoir mieux affronter les situations difficiles de vie dans la périphérie. La fréquentation d'organismes communautaires d'aide en santé mentale, comme le CAPS et AMZOL, correspond certes à un besoin de thérapie. Mais plus encore, les femmes de la périphérie cherchent, par cette démarche, à recréer un environnement élargi de relations sociales.

CONCLUSION

« L'espoir vaincra la peur »

(Luiz Inacio Lula da Silva, campagne électorale de 2002).

Un an après avoir terminé ma recherche de terrain à São Paulo, je suis retournée au Brésil pour visiter ma famille. Aussitôt arrivée, j'ai contacté les personnes-ressources du CAP et d'AMZOL. J'ai appris avec tristesse qu'Onoris, une des coordonnatrices d'AMZOL, était décédée subitement d'un cancer. La direction d'AMZOL m'a invitée à participer à une soirée en son hommage dans la périphérie de São Paulo.

Je ne pourrais pas finir cette thèse sans souligner la participation active d'Onoris aux luttes quotidiennes des femmes de milieu populaire pour une meilleure qualité de vie. Avec les femmes de la périphérie, elle a partagé des expériences de vie fragiles. Je cite ce qu'Onoris m'a dit lors d'une rencontre :

J'aimerais féliciter les femmes qui participent aux rencontres d'AMZOL. C'est tellement difficile de laisser la maison pour venir à ces rencontres sur la réflexion de la vie émotionnelle des femmes. Nous, les femmes, n'avons pas encore conscience de ce que c'est qu'être libres. Les femmes sont éduquées pour laver. Les hommes pensent que les femmes sont des machines à tout faire. Nous travaillons beaucoup et, le soir, nous sommes souvent fatiguées. [...] Nous avons des visages du tiers-monde, nous sommes pauvres, sans instruction. Pourtant, nous devons penser que nous sommes dans un pays du tiers-monde et que nous sommes en train de nous moderniser comme le premier-monde avec la technologie et l'informatique. Nos filles doivent s'instruire pour vivre dans ce monde de technologie. [...] Je dis à ma fille qu'elle a besoin de s'instruire dans ce monde d'informatique parce que, si son mari n'est pas bon pour elle, elle pourra le quitter sans problème.

À cette période, les problèmes socio-économiques au Brésil devenaient de plus en plus difficiles. Dans ce contexte, le décès d'Onoris m'a amenée à repenser à la fragilité de la vie des femmes dans la périphérie de São Paulo. De plus, Ilza, l'autre

coordonnatrice d'AMZOL, m'a annoncé qu'elle quittait São Paulo pour retourner au nord-est de Minas Gerais, sa ville natale. À São Paulo, son mari ne trouvait plus d'emploi et Ilza sentait qu'elle n'avait pas le courage de continuer sa lutte dans une ville qui devenait de plus en plus violente et qui ne pouvait offrir les mêmes possibilités sur le marché du travail que lorsqu'elle y était arrivée, au début des années 1970. AMZOL a vécu pendant plusieurs années de grands moments d'instabilité.

Mes réflexions sur les notions d'espace féminin et de fragilité me conduisent à souligner d'abord que le contexte social, culturel et économique des femmes de milieu populaire à São Paulo structure leur conditions de vie et a un impact dans la construction et l'expression de leur souffrance psychologique. Sans travail et sans argent, les femmes de milieu populaire sont marginales et celles qui ont des problèmes sévères de santé mentale sont davantage pauvres et marginalisées. La pauvreté des femmes est liée non seulement aux conditions socioculturelles locales mais aussi aux changements économiques globaux. Au niveau mondial, la dette que le Brésil doit payer aux banques étrangères crée une pression financière forte dans le pays. Au niveau local, la mauvaise distribution des biens à l'intérieur du pays accentue la fragilité de la classe populaire et des femmes en particulier. Cette précarité a aussi pour conséquence un accroissement de la violence : les femmes de la périphérie, plus que celles du centre, y sont exposées quotidiennement.

D'autre part, au plan individuel, selon les femmes rencontrées, leur fragilité est liée davantage à l'espace de non-pouvoir qu'elles occupent dans la structure familiale patriarcale. Dès leur jeunesse, elles doivent accepter d'être soumises aux hommes de leur famille et de réussir principalement comme épouse et mère dans la sphère privée de leur maison. Pour maintenir sa domination, l'époux cherche à limiter la femme à un

espace privé. Le rôle des femmes est ainsi défini par un ensemble de contraintes. Comme mères, les femmes doivent entretenir la maison et prendre soin des enfants. Celles qui ont un emploi hors du foyer doivent donc assumer une double charge de travail, ce qui crée un état de fatigue chronique et de fragilité. Les femmes chefs de famille sont encore plus mises à l'épreuve. D'abord, nourrir leurs enfants est un combat quotidien : les possibilités d'emploi sont restreintes pour ces femmes peu scolarisées et les salaires sont très bas. Mais en plus, le manque de services de garderie dans les quartiers populaires obligent ces mères à laisser les enfants seuls à la maison, ce qui est source de soucis vu le climat de violence dans les quartiers de la périphérie. Enfin, les femmes migrantes qui arrivent seules à São Paulo ne peuvent compter sur l'aide d'aucun membre de leur famille.

Les femmes rencontrées au CAPS ont un rapport conflictuel avec leur famille. La violence familiale vécue dès leur jeune âge est souvent source de leur souffrance psychologique. Jeunes filles, ces femmes n'ont pas été valorisées socialement : devenues adultes, elles auront des difficultés à s'affirmer. Comme adultes, elles se sentent coupables et fragiles face à leur impossibilité de réaliser leur rêves de jeunesse. L'habitus patriarcal impose aux femmes des normes et des valeurs qui les enferment dans un espace clos. La différence d'être conduit les femmes du CAPS à vivre dans une marginalité sociale culturelle et économique. Elles subissent une double discrimination parce qu'elles sont femmes et parce qu'elles sont folles. Vivre sans emploi, sans toit et sans argent ne fait qu'accentuer leur fragilité.

Les femmes de milieu populaire qui habitent dans le centre-ville se sentent plus seules, plus isolées, surtout quand elles ont des problèmes sévères de santé mentale. Lorsqu'elles veulent soulager leurs difficultés d'ordre émotionnel, les femmes qui n'ont pas les moyens financiers de payer une thérapie privée doivent se tourner vers

les ressources limitées du réseau public de santé. Dans la périphérie, l'implication des femmes dans les mouvements populaires vise à combler ces lacunes et à créer de meilleures conditions de vie.

Depuis quatre ans, le vent tourne cependant vers l'espoir. Épuisés et violentés par les injustices sociales, la majorité des Brésiliens se sont réunis autour du candidat du Parti des Travailleurs (PT) pour élire un président proposant un programme de gouvernement qui vise à promouvoir de meilleures conditions de vie pour la population délaissée. Dès sa formation, les femmes de la coordination d'AMZOL ont créé des alliances avec les députés du PT de la périphérie et pendant la campagne électorale, elles ont milité activement pour le PT à Itaim. Elles ont depuis repris intensivement leur lutte, car après plus d'un an sous le nouveau régime, les membres d'AMZOL ainsi que la majorité des participants des mouvements populaires à São Paulo attendent toujours avec impatience la mise en oeuvre des différents programmes sociaux promis par le président du Parti des Travailleurs pendant sa campagne électorale. Déçues par les derniers choix politiques et économiques du président Lula, les femmes continuent à faire pression pour que le gouvernement actuel mette en place des mesures nécessaires pour améliorer les conditions de vie des personnes de milieu populaire.

Au Brésil, le non engagement économique de l'État dans plusieurs sphères de la société a des conséquences désastreuses pour la société civile brésilienne. C'est pour ces raisons que les femmes de la périphérie se regroupent autour des mouvements populaires dont l'action a un impact important dans le quotidien des populations, tant au niveau public que privé.

Par la présentation de la participation des femmes dans les mouvements populaires de la périphérie, je veux souligner les stratégies de survie et de protection créées par ces femmes. Les cours en santé mentale offerts par AMZOL aux femmes de la périphérie visent à soulager leur souffrance psychologique. Les ateliers offerts par AMZOL renforcent le pouvoir des femmes en les informant de leurs droits et en les guidant vers leurs propres résolutions de problèmes. Les mouvements populaires n'ont pas la structure nécessaire pour changer la sphère politique centrale du pays mais ils constituent une place importante de solidarité populaire et de transformation sociale, culturelle et économique.

J'aimerais aussi souligner l'importance de la pratique psychiatrique du CAPS afin de valoriser, dans un espace institutionnel public, la parole des personnes qui souffrent de psychose. Cet hôpital offre aux femmes un soutien psychologique et alimentaire à long terme. Les services alternatifs offerts par cet hôpital de jour ont de grandes qualités thérapeutiques. La parole des clients psychotiques, population généralement marginalisée dans la société, est très valorisée au CAPS.

C'est justement cette parole qui m'a permis de mettre en valeur les différents facteurs qui influencent la souffrance psychologique des femmes de milieu populaire. Le discours de celles rencontrées était éloquent.

Dans le cas de Carla, la violence familiale, le manque de tendresse, la mort d'un frère, une identité sexuelle croisée plus proche de celle de son père que de sa mère, la non-valorisation de sa façon d'être; en étant mère, la non acceptation de la naissance de jumeaux, une situation financière précaire et plus tard la perte de sa maison, sont des facteurs d'ordre socio-culturel et économique qui sont associés à ses problèmes de santé mentale.

Pour Dora, la perte de sa mère, de son travail et de sa maison sont des événements significatifs pour comprendre ses difficultés aux niveaux social, culturel et économique. Cette femme porte en elle la fierté d'une vie passée avec une certaine structure socio-économique et culturelle qui a été totalement désorganisée après la maladie. Vivre en marge de la société renforce sa solitude. L'écart entre ses rêves de jeunesse, qui consistaient à poursuivre une carrière et des études universitaires, et la réalité, qui est d'avoir vécu la violence et la pauvreté avec sa soeur dans les rues de São Paulo, a bouleversé son monde subjectif.

Pour Irma, les événements perçus comme significatifs de son univers socio-culturel et économique sont la pauvreté, la faim, la violence au niveau du travail, l'absence d'un domicile, la non-reconnaissance sociale et familiale, la solitude, le manque d'amour. L'ensemble de ces facteurs constitue une sorte de carrefour qui donne un sens à sa maladie mentale.

Pour Edna, c'est le manque d'éducation, la pauvreté, un mariage imposé, un mari sans travail, un échec du mariage, une grande solitude, la migration, le travail domestique, le harcèlement physique de son beau-fils envers elle et la dépendance envers la famille de sa fille qui sont les facteurs socioculturels et économiques qui la rendent malade physiquement comme si elle avait le *nervoso*.

Dans le cas de Selma, la pauvreté, un mariage imposé par la famille, la violence conjugale, la séparation, la solitude, la double journée de travail, l'épuisement, la dépendance financière envers ses enfants ont un impact sur sa souffrance psychologique qui se traduit par plusieurs problèmes de santé physique.

Pour Tina, le fait d'avoir vécu une enfance pauvre à la campagne mais avec un modèle de famille respectueuse lui a donné une structure socioculturelle solide pour adhérer au modèle traditionnel de femme/épouse à l'intérieur de la famille patriarcale. Par contre, Tina se plaint d'une vie de solitude et de captivité même si sa vie de couple semble bien s'adapter au système hiérarchique et de complémentarité de la famille patriarcale.

C'est à partir de mon expérience professionnelle comme intervenante communautaire en santé mentale que j'ai commencé à questionner plus en profondeur les rapports entre la souffrance psychologique des femmes et la culture. Mes réflexions m'ont conduite initialement à rédiger un mémoire de maîtrise qui portait sur le vécu à Montréal des femmes de l'hôpital psychiatrique à leur réinsertion dans la communauté. Ces réflexions ont été enrichies par la lecture de nombreux travaux de recherche en anthropologie médicale sur la problématique de la santé mentale.

C'est ainsi que j'ai pu dégager les principales orientations de ma recherche qui vise essentiellement à dévoiler la souffrance psychologique des femmes de classes populaires à São Paulo et à décrire la représentation de l'expérience propre aux femmes. Pour mieux connaître le contexte social, culturel et économique des femmes de São Paulo, je me suis penchée sur la littérature sociologique et anthropologique ayant pour sujet les femmes, la ville de São Paulo, la périphérie ainsi que le mouvement migratoire. C'est à travers le passage du milieu rural au milieu urbain et celui des valeurs traditionnelles à celles de la modernité que les femmes tentent de se soustraire aux codes culturels actuels.

Les entrevues individuelles avec des intervenantes des divers groupes de femmes à São Paulo m'ont aidée à mieux saisir les contradictions et les difficultés quotidiennes que vivent les femmes des milieux populaires.

Comme chercheuse en anthropologie, je n'ai pas eu accès aux espaces cliniques du CAPS. De toute façon, dès le départ, j'ai voulu privilégier les espaces informels pour mieux saisir la manière dont la souffrance psychologique des femmes se construit dans le contexte socioculturel d'une ville. Afin de faire émerger la nature et la profondeur des espaces de tension sur l'expérience des femmes, j'ai voulu présenter, dans un premier temps, la souffrance psychologique des femmes de classes populaires qui ont une histoire psychiatrique et ensuite, celle de femmes qui sont membres d'AMZOL. Cette perspective a mis en valeur l'expérience des femmes, leurs interprétations, leurs comportements et leurs actions.

D'abord, j'ai présenté l'histoire de vie de trois femmes du CAPS parce qu'elles démontraient bien les problèmes émotionnels sévères vécus par les femmes en milieu urbain. L'histoire de vie de trois autres femmes d'AMZOL sert plutôt à cerner la souffrance psychologique via le *nervoso* des femmes de milieu populaire. Dans le cadre conceptuel utilisé, les difficultés émotionnelles (ou les problèmes de santé mentale) sont considérées comme une déconstruction exercée par des sujets et comme des constructions socioculturelles et symboliques. Il était important de souligner la manière dont chaque femme construit son expérience à partir de son univers socioculturel et la façon par laquelle la culture est constamment réinterprétée.

Le cadre théorique a permis de procéder à une lecture approfondie des multiples facteurs qui conduisent à l'émergence et au maintien des problèmes de santé mentale. La matrice culturelle et le système social interagissent continuellement

dans la souffrance psychologique des femmes. Une approche socio-anthropologique plurielle permet d'évaluer la manière dont les femmes donnent un sens à leur souffrance psychologique et le lien qui se forme entre des difficultés émotionnelles vécues par les femmes et le contexte socioculturel plus large. Les données phénoménologiques et contextuelles sont combinées en vue de faire ressortir les dimensions socioculturelles et expérientielles des femmes. Cette approche a permis de mettre en évidence, les conditions particulières et difficiles que les femmes vivent ainsi que leurs tensions quotidiennes. Les événements, les codes, les sujets et le contexte interagissent pour créer un sens. Dans la quête de ce sens, la souffrance psychologique des femmes est comprise comme un ensemble d'expériences de vie en lien avec un contexte urbain brésilien marqué par la violence.

L'ensemble des dispositions des femmes à agir, penser, percevoir et sentir reflète la reproduction des structures sociales externes. L'inégalité économique entre les groupes est fondamentale dans la classification sociale. Le concept de genre, ce qui représente être femme et épouse dans un milieu de vie précaire où la structure familiale est patriarcale, aide à comprendre les difficultés et les problèmes qui marquent la vie des femmes. L'idiome de souffrance psychologique utilisé par les femmes de milieu populaire, le *nervoso*, permet d'atteindre un niveau analytique de compréhension de la construction de la notion de personne.

L'anthropologie se caractérise par la recherche et la compréhension de l'autre. Quant à la question de départ sur mon identité comme chercheure en anthropologie, sans doute mon long séjour au Québec m'a-t-il permis de regarder « plus objectivement » la réalité vécue par les femmes dans ma ville natale. Au Brésil, la question de garder une distance avec l'objet d'étude se pose différemment. Je me suis insérée dans le contexte de l'anthropologie périphérique vu que mon objet d'étude

était les femmes d'un milieu populaire autre que le mien. Avec le déplacement de population au niveau mondial, de plus en plus de chercheurs seront, comme moi, à la frontière de deux cultures.

La présentation de mon interprétation des discours des femmes reste ouverte. La valorisation du discours des femmes de milieu populaire implique l'ouverture d'un nouvel espace plus égalitaire pour que nous puissions, en tant que chercheurs en anthropologie, recueillir la pluralité des significations données et interprétées par chaque individu au cours de nos recherches. Comment valider cet espace plus démocratique dans les recherches?

Les femmes pauvres et les femmes migrantes ont un taux plus élevé de problèmes de santé mentale à travers le monde et elles vivent plus de violence et d'abus sexuel. La reconnaissance de la capacité de résistance inhérente à chaque individu et à chaque communauté ne peut justifier ou maintenir les inégalités existantes dans le monde actuel.

La complexité du contexte urbain d'une ville comme São Paulo, en voie de transformations culturelles profondes, fait éclater toute notion de culture homogène. La recherche constante pour trouver une catégorie universelle qui correspond à un modèle type de la femme de la périphérie ne fait que voiler l'hétérogénéité. D'ailleurs, selon Carneiro (1994), les femmes noires conçoivent le sujet féminin plutôt comme multiple et non unifié.

La dimension biologique continue à prédominer dans l'analyse de la souffrance psychologique parce que l'univers de la science de la santé mentale continue à occuper une place de pouvoir politique face aux autres disciplines. Mais vu la

complexité de l'être humain, la lecture de la problématique de santé mentale des femmes doit se faire à l'intérieur d'un champs multiréférentiel. Essayer de réduire la nature humaine à une seule dimension fragmente la représentation de la femme.

La science doit aussi valoriser la parole des femmes, au lieu de continuer à renforcer leur fragilité sociale et culturelle et à maintenir celles-ci dans un espace de non-pouvoir et de non-reconnaissance. Dans cet esprit, il est important de créer un espace scientifique d'ouverture et d'échange égalitaire pour mieux représenter la souffrance psychologique de chaque personne. Tant que nous, les chercheurs, ne serons pas capables de travailler également et dans un espace multidisciplinaire, nos analyses souffriront d'un manque de vision tant des différents champs d'étude (biologique, psychologique, socio-culturel, politique, spirituel et économique) que des perspectives incontournables de genre.

BIBLIOGRAPHIE

Almeida-Filho N., et S.B., Bastos

1982 « Estudo caso-contrôle da associação entre migração e desordens depressivas em mulheres », *J. Br. Psiq.*, 31, p. 25-29.

Almeida-Filho N., V. Santana, *et al.*

1983 « Prevalência das desordens mentais em uma área industrial metropolitana de Salvador », *Universitas*, 32, p. 59-72.

Almeida-Filho Naomar, JJ., Mari, *et al.*

1992 « Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Pôrto Alegre), *Revista ABP-APAL*, 14 (3), p. 93-104.

Almeida-Filho Naomar, V., Santana, I. Pinto et J., Carvalho-Neto

1991 « Mental disorders in primary care in a health district of Bahia, Brazil ». *The Internatioal Journal of Addiction*, 26, p. 355-369.

Alvarez, Sonia

1989 « Women's movements and gender politics in the Brazilian transition » : 18-71, in J. Jaquette (éd.), *The womens movements in Latin America : feminisme and the transition to democrac.* Winchester : MAL Unwin Hyman.

1990 *Engendering democracy in Brazil.* N. Jersey : Princeton University Press.

Alvarez, Sonia *et al.*

1990 *Feminismo na América Latina : de Bogotá à Taxco.* SP : Rede Mulher.

Alvarez, Sonia, et Arturo, Escobar

1992 « Theoretical and political horizons of change in contemporary Latin American social movements » : 317-329, in S. Alvarez et A. Escobar, *The making of social movements in Latin America. Identity, strategy and democracy.* Westview Press.

Amarante, Paulo (org.)

1995 *A Trajetoria da reforma psiquiátrica no Brasil.* R.J. : FioCruz.

Amselle, J.L.

1990 *Logiques métisses. Anthropologie de l'identité en Afrique et ailleurs.* Paris : Payot, 2, p. 45-65.

Appadurai, Arjun

1986 « Theory in anthropology : center and periphery », *Comparative studies in society and history*, 8. p.356-361.

Augé, M.

1992 *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Paris : Éditions du Seuil.

Azevedo, Maria Amélia

1985 *Mulheres espancadas. A violência denunciada*. S.P : Cortez.

Badinter, E.

1980 *L'amour en plus*. Paris : Flammarion.

Bandeira, Marina

1993 « Reinserção de doentes mentais na comunidade. Fatôres determinantes das re-hospitalizações », *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42, p. 491-498.

Barição, Sandra Maria Fischetti

1994 « CAPS - Construindo um projeto », comunicado do CAPS, 8 p.

Barroso, Carmen

1986 « O Impacto da crise sobre a saúde das mulheres pobres. O caso do Brasil », *F. Carlos Chagas*:S.P., out. p. 63.

1994 « A mulher negra é mais atingida pela crise », *Enfoque feminista*, S.Paulo, agosto, no.6, ano III, p. 11.

Basaglia, Franco

1979 « A psiquiatria alternativa. Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática », *Brasil Debates*, São Paulo.

1982 « A psiquiatria alternativa », *Brasil Debates*, São Paulo.

Basaglia, Ongaro Franca

1983 « Mulheres e loucura », *Gradiva*, nov- dez, p. 13-4.

Beauvoir, Simone

1974 *Le deuxième sexe*. Paris : Collection Idées.

Beiser, M. *et al.*

1988 *Puis... la porte s'est ouverte. Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés*. Ottawa : Secrétariat au multiculturalisme, Ministère de la santé et du bien-être social.

Bezerra, Benetton *et al.*

1992 *Cidadania e loucura : Políticas de saúde mental no Brasil*. Petropolis. Vozes, 288p.

Bibeau, Gilles

1981 « Current and future issues of medical social scientists in less developed countries », *Social Science and Medicine*, 154, p. 357-369.

1983 « La place de l'anthropologie médicale dans la rencontre entre sciences sociales et sciences de la santé: quelques balises », *Santé, Culture, Health*, 1,2, p. 3-13.

1986-7 « Nouvelles directions dans l'anthropologie médico-psychiatrique nord-américaine. Quelques réflexions critiques », *Santé, Culture, Health*, p.4-11.

1987 « Une approche a trois dimensions des problèmes de santé », *La santé du monde*, Montréal :Éditions CSN.

1989 « A step toward thick thinking: from webs of significance on connection across dimensions », *Medical Anthropology Quarterly*, 2, 4, p. 402-416.

1994 « Se libérer du modernisme politique occidental. Le pluralisme culturel contre la République », *Transitions*, 37, p. 7-52.

1995« Cultural psychiatry in a creolyzing world : questions for a new research agenda » (texte dactylographié).

Bilac, Elisabete Doria

1995 « Familias : algumas inquietações » : 29-38, in Carvalho (org.), *A Família contemporânea em debate*. S. Paulo : Cortez Editora.

Birman, Joel

1978 *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro : Graal.

1992 « A cidadania tresloucada », *Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. R.J : Relume-Dumara, p. 71-90.

Birman, Joel, et Jurandir, Costa

1994 *Psicanálise, ciência e cultura*. Rio de Janeiro : Zahar.

Blackshaw, Stella L. et coll.

1997 « Enseignement des problèmes reliés aux deux sexes », *Bulletin de l'association des psychiatres du Canada*, 29 (1).

Bogus, Lucia Maria, et Luiz Eduardo, Wanderley (org).

1992 *A luta pela cidade em São Paulo*. São Paulo : Edit. Cortez.

Boltanski, L.

1979 *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro : Graal.

Bourgon, Michèle

1983 « Attention... l'intervention féministe est en danger de récupération » : 71-76, in C. Archambaut, C. et al., *Nous, notre santé, nos pouvoirs*. Montréal : Les Éditions Albert Saint-Martin.

Bourdieu, Pierre

1972 *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Genebra : Droz.

1977 *Choses Dites*. Paris : Édition de Minuit, p. 16-35; p. 47-65.

1980 *Le sens pratique*. Paris : Edit de Minuit.

1984 « Espace social et genèse des classes ». A.R.S.S., n. 52-53.

1990 « La domination masculine », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Paris, n. 84, p. 3-31.

Brandt, Vinicius Caldeira et al.

1989 *São Paulo : trabalhar e viver*. São Paulo : Brasiliense.

Broverman, I.K., et al.

1970 « Sex roles stereotypes and clinical judgements of mental health », *Journal of consulting and clinical psychology*, 34, p. 1-7.

Brownmiller, Susan

1976 *Against our will*. New York : Batam Books. 541 p.

Bruschini, Cristina

1985 *Mulher e trabalho : uma avaliação da década - 1975/1985*. São Paulo : Nobel, Conselho da Condição Feminina.

Bruschini, Cristina (org.)

1994 *Novos olhares : mulheres e relações de gênero no Brasil*. São Paulo : Marco Zero, FCC, 285 p.

Caldeira, Teresa Pires do Rio

1984 *A política dos outros, cotidianos dos mercadores da periferia e o que pensam do poder, dos poderosos*. S. Paulo : Brasiliense.

Caldeira, Teresa Pires do Rio

1987 « Electoral struggles in a neighborhood on the periphery of São Paulo », *Politics & Society*, 15 (1), p.43-66.

1992 « City of walls : crime, segregation and citizenship in São Paulo », Thèse de doctorat en anthropologie, Univ. of California.

Calderon, Fernando, et Elizabeth, Jelin

1987 « Classes sociais e movimentos sociais na América Latina. Perspectivas e realidades », *Revista brasileira ciencias sociais*, no. 5, vol. 2, out., p. 67-85.

Canevacci, Massimo

1993 *A Cidade polifônica. Ensaio sobre a antropologia da comunicação urbana*. São Paulo : Studio Nobel.

Cardoso, Ruth Correa Leite

1984 « Movimentos sociais urbanos : balanço crítico » : 215-39, in B. Sorj et T. Almeida (org), *Sociedade e politica no Brasil pos-64*. S.Paulo : Brasiliense.

1986 « Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método » : 95-105, in R. Cardoso (org.) *A aventura antropológica : teoria e pesquisa*. R.J. : Paz e Terra.

1992 « Formas de participação popular no Brasil contemporâneo », *S. Paulo em perspectiva*, 1(3), p. 46-50.

Cardoso, Ruth (org.)

1988 *A aventura antropológica. Teoria e pesquisa*. São Paulo : Paz e Terra, 2 éd.

Carneiro, Sueli

1994 « A mulher negra é mais atingida pela crise », *Enfoque feminista*, S.Paulo, agosto, no. 6, ano III, p. 11.

Carneiro, Sueli, et Thereza, Santos

1985 *Mulher negra*. Nobel-Conselho Estadual de Condição Feminina, 141 p.

Carrano, Austregésilo Bueno

1993 *Canto dos malditos*. S.Paulo : Lemos Editorial, 5 éd.

- Castells, Manuel
1977 *Movimientos sociales urbanos*. Siglo XXI Editores.
- Castoriadis, Cornelius
1982 *A instituição imaginária da sociedade*. São Paulo : Paz e Terra.
- Cavalcanti, Maria Tavares, et Octavio Domont de Serpa Junior
1994 « Aspects historiques de la naissance de développement de la psychiatrie au Brésil » : 82-91, in Delion (org), *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*. Matrice Pi.
- Chinchilla, Norma Stolz
1990 « Marxism, feminism, and the struggle for democracy in Latin America »: 291-310, in A. Escobar (éd.), *The making of social movements in Latin America, identity, strategy and democracy*. Westview Press.
- Chabaud, Danielle, Dominique Fougeyrollas et Françoise Southonnax
1981 « Famille, travail domestique et espace-temps des femmes », *CAESAR*, Nanterre, Université de Paris X, 162 p.
- Chesler, Phyllis
1971 « Women as psychiatric and psychotherapeutic patients », *Journal of marriage and the family*, 33, p. 746-759.
1975 *Les femmes et la folie*. Paris: Payot.
- Chodorow, Nancy.
1978 *The reproduction of mothering : psychoanalysis and the sociology of Gender*. Berkeley : University of California Press.
1995 « Gender as a personal and cultural construction », *Signs*, Univ. of Chicago, vol. 20, n. 31, p. 516-542.
- Clemente, Maria Luiza
1993 « Um pensamento, uma lembrança. A mulher migrante nordestina na dinâmica de seu grupo familiar. Um estudo socio-histórico », *Mémoire*, PUC-SP., 185 p.
- Cohn, Amelia *et al.*
1991 *A Saúde como direito e como serviço*. São Paulo : Cortez.

Cooperstook, R.

1978 « Sex differences in psychotropic drug use », *Social sciences & medecine*, 12b, p. 179-186.

Corbeil, Christine, et Michelle Bourgon

1990 « Dix ans d'intervention féministe au Québec : bilan et perspective », *Santé mentale du Québec*, XV, 1, p. 205-222.

Corin, Ellen

1986 « Centralité des marges et dynamique des centres », *Anthropologie et sociétés*, 10, 2, p. 1-21.

1987 « Contraintes et stratégies : la pertinence de la notion de communauté dans le cas de patients schizophrènes », *Regards anthropologiques en psychiatrie*. Édition du Girame, Université de Montréal.

1989 « La " Tache Aveugle " des pratiques de santé mentale. La difficulté de penser la relativité culturelle de nos modèles de référence », *Santé, culture, health*, VI, 3, p.285-308.

1990 « Facts and meanings in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics », *Culture, Medecine and Psychiatry*, 14, p. 153-188.

1993 « Les détours de la raison. Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie », *Anthropologie e Société*, 17, 1-2, p. 5-21.

2000 « La matrice sociale et culturelle de la santé et de la maladie » : 103-141, in F. Lesemann et P. Ulysse, *Citoyenneté et pauvreté : politiques, pratiques et stratégies d'insertion en emploi et de lutte contre la pauvreté*. Sainte Foy : Presses de l'Université du Québec.

Corin, Ellen *et al.*

1985 *La santé mentale : de la biologie à la culture*. Comité de la santé mentale du Québec, 158 p.

1990 *Comprendre pour soigner autrement. Repères pour regionaliser les services de santé mentale*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

1992 « Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'action », *Psychopathologie Africaine*, XXIV, 2, p.183-204.

1993 « Eléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Soninke, et Bwa du Mali », *Anthropologies et sociétés*, 17/1-2, p. 125-156.

Couto, Rita Cristina C. de Medeiros

1994 « Eugenia, loucura e condição feminina », *Cad. F.C.Chagas*, n. 90, août, p. 52-61.

Cunha, Maria Clementina Pereira

1986 *Espelho do mundo : Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro : Paz e Terra.

1989 « Loucura, gênero feminino : A mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX », *Rev. Bras. de Hist.*, S. Paulo, vol. 9, n. 18, p. 121-44.

da Matta, Roberto

1974 *Relativizando. Uma introdução à antropologia social*. Petropolis, 2 éd.

1978 *Carnavais, malandros e heróis, para uma sociologia do dilema brasileiro*. Rio de Janeiro : Zahar.

1985 *A Casa e a rua. Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. São Paulo : Éd. Brasiliense.

de Andrade, Cleide Lugarini

1989 « As lutas sociais por moradia na cidade de São Paulo : A experiência de S. Miguel Paulista e Ermelino Matarazzo », *Mémoire en Sciences Sociales*, PUC, 195 p.

da Silva Filho, João Ferreira

1993 « O trabalho, sua ética e a vida nervosa » : 37-44, in Russo et J. da Silva Filho. *Duzentos anos de psiquiatria*. Relume Dumara.

de Koninck, M.

1990 « L'autonomie des femmes : quelques réflexions-bilan sur un objectif », *Santé mentale du Québec*, XV, 1, p. 122-133.

de Koninck, M., F. Saillant et L., Dunnigan

1981 *Essai sur la santé des femmes*. Conseil du statut de la femme, Québec.

de Lauretis, Teresa

1994 « A tecnologia do gênero »:206-243, in H. Hollanda (org.), *Tendências e impasses*. São Paulo : Rocco.

Delgado, Pedro Gabriel Godinho

1987 « Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil » : 171-202, in Tundis et J. Costa (éd.). *Cidadania e loucura : políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis : Vozes.

de Melo, Silvia Leser

1985 « A sobrevivência no campo e na cidade. Segundo o relato de mulheres na periferia », Thèse, PSI-USP.

de Moura Neto, Francisco Drumond Marcondes

1990 « Bases para uma reforma psiquiátrica », *Saude mental e cidadania*, SP : Mandacaru. p. 57-66.

Desmarais, D. et P. Grell (éd.)

1986 *Les récits de vie: théorie, méthode et trajectoires types*. Montréal: Éditions Saint-Martin.

Desmarais, Danielle *et al.*

2000 *Détresse Psychologique et insertion sociale des jeunes adultes: un portrait complexe, une responsabilité collective*. Comité de la Santé Mentale, Sainte Foy: Publications du Québec.

de Villers, Guy

1996 « L'approche biographique au carrefour de la formation des adultes, de la recherche et de l'intervention. Le récit de vie comme approche de recherche-formation » : 107-134, in Desmarais, D. et J.M. Pilon *Pratiques des histoires de vie. Au carrefour de la formation, de la recherche et de l'intervention*. Montréal: L'Harmattan.

Dowbor Ladislau

1995 « Mundo rural e emprego urbano », *Estadão de S.P.*, 22/11, A-2.

Duarte, Luiz Fernando Dias

1986 *Da vida nervosa : nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro : Zahar.

1988 « Classificação e valor na reflexão sobre identidade social » : 69-92, in R. Cardoso (org), *A aventura antropológica*. S. Paulo : Paz e Terra.

1993 « As perturbações físico-morais e o trabalho : questões de sentido » : 13-22, in Russo et J. F. da Silva Filho, *Duzentos anos de psiquiatria*. Relume Dumara.

Dumont, Louis

1972 *Homo hierarchicus*. Paris: Gallimard.

1977 *Homo aequalis. Génèse et épanouissement de l'idéologie économique*. Paris: Gallimard.

Durham, Eunice Ribeiro

1978 *A caminho da cidade. A vida rural e a migração para São Paulo*. São Paulo : Editora Perspectiva, 2 éd.

1980 « A família operaria : consciencia e ideologia », *Dados*, 23 (2), p. 201-214.

1982 « A cidade vista da periferia », Thèse, FFLCH, USP.

1983 « Família e reprodução humana », *Perspectiva antropológica da mulher*, Rio de Janeiro : Zahar, (3), p. 13-44.

1984 « Movimentos sociais : a construção da cidadania », *Novos estudos*, CEBRAP, n. 10, out. p. 24-31.

Durham, Eunice Ribeiro

1986 « A sociedade vista da periferia », *Revista brasileira de ciência sociais*, 1, jun., p. 84-99.

1986-a « A pesquisa antropológica com populações urbanas : problemas e perspectivas » : 40-51 in R. Cardoso, *A aventura antropológica. Teoria e pesquisa*. Rio de Janeiro : Paz e Terra.

1986-b « Présentation » : 5-10, in C. Macedo, *Tempo de genesis : O povo das comunidades eclesiais de base*. S. Paulo : Brasiliense.

1991 « Family and human reproduction » : 40-63, in E. Jelin (ed), *Family, household and gender relations*. London : Kegan Paul International.

Escobar, Arturo

1992 « Culture, economics, and politics in Latin American social movements. Theory and research » : 62-83, in S. Alvarez et A. Escobar, *The making of social movements in Latin America. Identity, strategy and democracy*. Westview Press.

Escobar Arturo et Sonia Alvarez

1992 « Introduction : theory and protest in Latin America today » : 1-15, in S. Alvarez et A. Escobar, *The making of social movements in Latin America. identity, strategy and democracy*. Westview Press.

Evers, Tilman

1984 « Identidade : a face oculta dos novos movimentos sociais », *Novos estudos*, CEBRAP. São Paulo, 2/4, p. 11-23.

Falcão, Luiz Augusto

1995 « Fernando Henrique diz que São Paulo sera cidade mundial », Séminaire International Centre XXIF, F. de São Paulo, 31/10, C1.

Fonseca, Claudia

1992 « Honra, humor e relações de gênero : um estudo de caso » : 310-333, in A. Costa et C. Bruschini (org), *Uma questão de gênero*. Editora Rosa dos Ventos. Fund. Carlos Chagas.

Friedan, Betty

1963 *La femme mystifiée*. Paris : Gonthier, Collection Femme, 8/9.

Freire, Jurandir Costa

1979 *Ordem médica e norma familiar*. RJ : Graal.

1990 « Os Interstícios da lei », *Saúde mental e cidadania*, S.P. : Mandacaru, p. 45-56.

1994 *A Ética e o espelho da cultura*. RJ : Rocco, 2 éd.

Freire, Jurandir (org)

1994 *Redescobertas da psicanálise. Ensaios pragmaticos*. R.J. : Relume-Dumara.

Foucault, Michel

1972 *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Éditions Gallimard.

1977 *Historia da sexualidade*. (A vontade do saber). R.J: Graal.

Fundação SEADE

1994 « Famílias chefiadas por mulheres : pesquisa de condições de vida na região metropolitana de São Paulo », *SEADE*, São Paulo, 83 p.

1994 « Mulheres segundo origem étnica », *SEADE*, São Paulo, 68 p.

Garcia, Carla Cristina

1995 *Ovelhas na névoa : um estudo sobre as mulheres e a loucura*. Rio de Janeiro : Rosa dos Tempos.

Geertz, Clifford

1973 *The interpretation of culture*. New York : Basic Books.

1978 *A interpretação das culturas*. Rio : Zahar.

Goldani, Ana Maria

1993 « As famílias no Brasil contemporâneo e o mito da desestruturação », *Cadernos PAGU*, 1, p. 67-110.

Goldberg, Jairo

1992 « A doença mental e as instituições : a perspectiva de novas práticas », mémoire FM-USP, 121 p.

1994 *Clinica da psicose : um projeto na rede publica*. S. Paulo : Te Cora.

1997 « A doença mental e as instituições - o estudo da clinica (cotidiano de pessoas com transtornos mentais graves) », Thèse de doctorat, FMUSP.

Goldenberg, M.

1976 « La salud mental en el contexto de la salud publica », *La enseñanza de salud mental en las escuelas de salud publica*, OMS, n. 321.

Gove, Walter

1978 « Sex differences in mental illness among adult men and women », *social sciences % Medicine*, 12B, p.187-198.

Gove, Walter et Jeanette Tudor

1973 « Adult sex role and mental illness », *American journal of sociology*, p. 812-835.

Good, Byron

1977 « The heart of what's the matter », *Culture, medicine, psychiatry*, 1, p. 25-58.

1991 « A body in pain : the making of a world of chronic pain » :29-48, in :M. Good, P. Brodwin, B. Good et A. Kleinman, *Pain and Human Experience*. University of California Press.

1993 *Medecine, rationality and experience. An anthropological experience*. Cambridge : Cambridge University Press.

Good, Byron. J., et M.DelVecchio Good

1981 « The meaning of symptoms : a cultural hermeneutics model for clinical practice »:165-196, in : L. Eisenberg et A. Kleinman, *The relevance of social science for medicine*. Reidel.

1992 « Oncologie et temps narratif », *Santé, culture, health*, 9, 1, p. 19-40.

1993 « Temps narratif et incertitude en médecine clinique », *Anthropologie et sociétés*, 17/1-2, p. 79-98.

Good, Byron, et Arthur Kleinman

1985 *Culture and depression. Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press.

Gregori, Maria Filomena

1992 *Cenas e queixas. Um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista*. SP : Éd. Paz e Terra.

Guberman, Nancy

1990 « Les femmes et la politique de santé mentale », *Santé mentale du Québec*, XV, 1, p. 62-84.

Guberman, Nancy et coll.

1993 *Le défi de l'égalité : la santé mentale des hommes et des femmes*. Québec. Comité de la Santé Mentale. Boucherville : G. Morin, 188 p.

Guyon, Louise, et Louise Nadeau

1990 « Le mouvement féministe et la santé mentale. Que reste-il de nos amours? », *Santé mentale au Québec*, XV, 1, p.7-28.

Guyon, Louise et coll.

1996 *Derrière les apparences. santé et conditions de vie des femmes*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec, Canada.

Hahne, June E.

1985 « Recent research on women in Brazil », *Latin American research review*, New York, 20/3, p. 163-179.

Halpern, Robert

1990 « Poverty and parenting care in childhood », *American orthopsychiatric association*, vol.60, no.1, jan., p. 6-18.

Haraway, Donna

1994 « Um manifesto para os cyborgs; ciência, tecnologia e feminismo socialista na década de 80 » : 243-288, in H.B. de Hollanda (org), *Tendências e impasses. O feminismo como crítica da cultura*. R. J. : Éd. Rocco. p..

Heilborn, Maria Luiza, Maria Cavalcanti et Bruna Franchetto

1981 « Antropologia e feminismo », *Perspectivas antropológicas da mulher*, Rio de Janeiro : Zahar, (1), p. 11-47.

Hita, Maria Gabriela, et Paulo César Alves

1995 « Processos de fragilização e saúde mental das mulheres », Document présenté au XIXe Rencontre ANPOCS- Caxambu.

Ianni, Octavio

1993 *A sociedade global*. éd. Vozes.

Jelin, Elizabeth, et Maria del Carmen Feijoo

1980 « Trabajo y familia en el ciclo de vida femenino : el caso de los sectores populares de Buenos Aires », *Estudios CEDES*, Buenos Aires, 8, 8/9.

Kleinman, Arthur

1980 *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley : University of California Press.

1986 *Social origins of distress and disease. depression, neurasthenia, and pain in modern China*. New Haven : Yale University.

1987 « Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness », *British journal of psychiatry*, 151, p. 447-454.

1988 *The illness narratives. Suffering/ healing & the human condition*. New York : Basic Books.

Rethinking psychiatry. New York : The Free Press.

Kleinman, A., R. Desjarlais, L. Eisenberg, et B. Good

1995 *World mental health: problems and priorities in low-income countries*. New York : Oxford. Univ. Press.

Klerman Gerald L., et Myrna M. Weissman

1980 « Depression among women : their nature and causes » : 57-92, in M. Guttentag et al., *The mental health of women*. New York : Academic Press.

Kofes, Suely

1993 « Entre nos mulheres, elas as patroas e elas as empregadas » : 185-194, in A. Arantes et al., *Colcha de retalhos. Estudos sobre a familia no Brasil*. Campinas : Editora da Unicamp.

Kowarick, Lucio

1983 « Lutas urbanas e movimentos populares alguns pontos para reflexão », *Espaço & Debate*, S.P: Cortez, 8, III.

1993 *A Espoliação urbana*. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 2 éd.

Kowarick, Lucio et Nabil Bonduki

1994 « Espaço urbano e espaço político » : 147-180, in L. Kowarick (org.), *As lutas sociais e a cidade São Paulo, passado e presente*. Rio de Janeiro : Paz e Terra.

Kowarick, Lucio et Milton Campanario

1994 « São Paulo, métropole do subdesenvolvimento industrializado : do milagre/crise economica » :53-72, in L. Kowarick (org), *As lutas sociais e a cidade. São Paulo, passado e presente*. Rio de Janeiro : Paz e Terra.

Kowarick, L., R. Rolnick et N. Somekh (org)

1990 *São Paulo, crise e mudança*. S. Paulo: Brasiliense.

Kuhn, Thomas S.

1972 *La structure des révolutions scientifiques*. Paris:Flammarion, chap:1-2.

Laclau, Ernesto

1986 « Os novos movimentos sociais e a pluralidade do social », *RBCS*, vol. 1, n.2, out, p. 41-47.

Lamphere, Louise

1974 « Strategies, cooperation, and conflict among women in domestic groups »: 97-112, in M. Rosaldo et L. Lamphere (éd.), *Woman, culture and society*. Stanford Univ. Press, Calif.

Lavinas, Lena et Mary G. Castro

1990 « Do feminismo ao gênero : A construção de um objeto »:216-251, in A. Costa et C. Bruschini, *Uma questão de gênero*.RJ : Éd. Rosa dos Tempos.

Leighton, Alexander Hamilton

1985 « Anthropology and epidemiology in the Stirling County Study », texte manuscrit.

1986 « Psychiatric epidemiology and social psychiatry », *American journal of social psychiatry*, 6(4) :221-226.

Leighton, D. C. et al

1963 *The character of danger : psychiatric symptoms in selected communities*. Vol. III, *The Stirling County study of psychiatric disorder and sociocultural environment*. New York :Basic Books.

Lesemann, Frédéric

2004 « La pauvreté : aspects sociaux »: 581-603, in F. Lesemann et P. Ulysse, *Citoyenneté et Pauvreté : politiques, pratiques et stratégies d'insertion en emploi et de lutte contre la pauvreté*. Sainte Foy : Presses de l'Université du Québec.

Lévi-Strauss, Claude

1955 *Tristes tropiques*. Paris : Plon.

1974 *Anthropologie structurale*. Paris : Plon, 5 éd.

Lipovetsky, Gilles

1997 *La troisième femme. Permanence et révolution du féminin*. Paris : Éd. Gallimard.

Littlewood, Roland

1990 « From categories to contexts : a decade of the new cross-cultural psychiatry », *British journal of psychiatry*, 156, p. 308-327.

Lock, Margaret et Nancy Scheper-Hughes

1980 « The mindful body : a prolegomenon to future work in medical anthropology », *Medical anthropology quarterly*, 1, p. 1-36.

Littlewood, Roland

1990 « From categories to contexts: a decade of the new cross-cultural psychiatry », *British Journal of Psychiatry*, 156, p.308-327.

Lutz, Catherine, et Abu-Lughod, Lila

1990 *Language and politics of emotions*. New York: Cambridge University Press.

Macedo, Carmen Cinira de Andrade

1986 *Tempo de gênese. O povo das comunidades eclesiais de base*. São Paulo : Éd. Brasiliense.

Machado, Roberto, Angela Loureiro, Luz Rogerio et Katia Muricy

1978 *Danação da norma. Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. RJ : Graal.

Magnani, Jose Guilherme Cantor

1984 *Festa no pedaço. Cultura popular e lazer na cidade*. São Paulo : Editora Brasiliense.

1992 « Da periferia ao centro : pedaços & trajetos », *Revista de antropologia*, 35, p. 191-204.

1992-b « O campo da antropologia », *Cadernos de historia de São Paulo*, Museu Paulista da Universidade de São Paulo.

Mari, Jair de Jesus

1987 « Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of São Paulo », *Social psychiatry*, 22, p. 129-138.

Maruani, G.

1979 « Ethique médicale et pharmaco-psychiatrique », *Psychiatrie et éthique*, Masson, p. 213-224.

Martine, George

1993 « A redistribuição espacial da população brasileira durante a década de 80 », *Instituto sociedade, população e natureza*, Brasília.

Melucci, Alberto

1980 « The new social movements : a theoretical approach », *Social science information*, 19, 2, p. 199-226.

1984 « An end to social movements? Introductory paper to the sessions on new movements and change in organizational forms », *Social science information*, 23, 4/5, p. 819-35.

Menicucci de Oliveira, Eleonora

1990 « À reapropriação do corpo feminino. Da recusa ao confinamento doméstico à invenção de novos espaços de cidadania », Thèse de doctorat, FFLCH, USP, 349 p.

1996 « Gênero, saúde e trabalho : As filigramas do ocultamento », *Boletim rede saúde*, CIM, no. 19, nov, p. 31-38.

Mercier, Céline

1988 « L'itinérance chez la femme », *Revue québécoise de psychologie*, vol.9, n.1, p. 70-93.

Millet, Kate

1971 *Sexual politics*. New York : Doubleday.

Ministério da Saúde - Brasil

1984 *Assistência integral à saúde da mulher*. Brasília : Centro de doc. Min. da saúde.

Morgado, Anastacio, et Lucia Abelha Lima

1994 « Desinstitucionalização : suas bases e a experiência internacional », *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 43(1), p. 19-28.

Muraro, Rose Marie

1996 *Sexualidade da mulher brasileira. Corpo e classe social no Brasil*. Editora Rosa dos Tempos, 2 éd., 501 p.

Murphy, Henry B.M.

1973 « Current trends in transcultural psychiatry », *Proc.royal society of medecine*,66, p.711-716

1982 *Comparative Psychiatry. The international and intercultural distribution of mental illness*. New York :Springer-Verlag.

Nicácio, Fernanda (org.)

1990 *Desinstitucionalização*. São Paulo : Hucitec.

Nishikawa, Eunice, Gilda Braga et Alice Centurion

1992 « Mulher e saúde mental : a fala das mulheres : uma contribuição par ouvir, entender e decifrar », *Recherche*, FCC.

Nunes, Mônica de Oliveira

1993 « Da clinica à cultura: uma etnografia da relação terapêutica no contexto « psi » na Bahia, Brasil », *Mémoire, Médecine Preventive*, Universidade Federal da Bahia.

1999 « À temps et à contre-temps. Les voix des tambours du candomblé dans la psychose », *Thèse de doctorat*, Univ. de Montréal, Mtl., 383 p.

Office of World Health Organization,

1995 « Bibliographies on women's mental health and women's well-being », MNH, WHO, Geneva.

Onesti, Lidia Akemay

1993 « Resistência psicológica das condições de vida em mulheres de baixa renda », *Mémoire en psychologie*, São Paulo :USP, 169 p.

Organization Mondial de la Santé.

1985 *Women, health and development*. Geneva, WHO.

Organization Panamericaine de la Santé

1985 *Salud de la mujer en las Americas*. Washington, OPA.

Ortner, Sherry B.

1974 « Is female to male as nature is to culture »:67-87, in M. Rosaldo et L. Lamphere, *Woman, culture and society*. Stanford : Univ. Press, Cal.

Osis, Maria José Martins Duarte

1994 « Atencão integral à saúde da mulher, o conceito e o programa : história de uma intervenção », *Thèse de doctorat*. Campinas : FFLCH.

Penfold, Susan, et Gillian A. Walker

1983 *Women and the psychiatric paradox*. Eden Press Inc. Canada.

Pharand, Sylvie

1998 *Conscience féministe et pouvoir d'agir. Les centres de femmes, une pépinière de pratiques pour la santé mentale des femmes*. Le « R » des centres de femmes du Québec.

Pilon, Jean Marc et Desmarais, Danielle

1996 « Les enjeux liés à la pratique des histoires de vie au carrefour de la formation des adultes, de la recherche et de l'intervention » : 11-19, in D. Desmarais et J.M. Pilon. *Pratiques des histoires de vie. Au carrefour de la formation, de la recherche et de l'intervention*. Montréal: L'Harmattan.

Pitta-Hoisel, Ana Maria

1984 « Sobre uma política de saúde mental », *Mémoire F. Med.*, USP.

Redko, Cristina Pozzi

2000 « Fighting against the « evil »: religious and cultural construction of the first psychotic experience of youth living in São Paulo », Thèse de doctorat, McGill University, Montréal.

Rey, Severine

1994 « La catégorie de « genre » en anthropologie. Emergence et construction discursive », *Recherches et travaux en ant.*, n.1, Univ. de Lausanne, 118 p.

Ribeiro, Darcy

1985 *O Brasileiros. Livro I - Teoria do Brasil*. Petropolis : Vozes. 177 p.

Rodrigues, Lourdes del Barrio

1998 *Les corps et ses mirages : récits et parcours des femmes à travers la folie et sa psychiatrisation. Discipliner le corps des femmes*. Presses de l'Université d'Ottawa.

Rosaldo, Michelle

1980 « The use and abuse of anthropology and cross-cultural understanding », *Signs*, vol.5, n. 3 : 389-417.

Rosaldo, Michelle Zimbalist, et Louise Lamphere (ed)

1974 *Woman, culture and society*. California, Stanford.

Saffioti, Heleieth Iara

1988 « Movimentos sociais : face feminina » : in Carvalho (org), *A Condição feminina*. SP: Vertice, Revista dos Tribunais.

1992 « Rearticulando gênero e classe social » :183-215, in A. Costa et C. Bruschini, *Uma questão de gênero*. RJ : Éd. Rosa dos Tempos.

1994 *Mulher brasileira é assim*. RJ : Éd. Rosa dos Tempos.

Sahlins, Marshal

1989 *Cultura e razão prática*. Rio : Zahar.

Said, Edward

1989 *Orientalismo*. São Paulo : Cia das Letras.

Salem, Tânia

1981 « Mulheres faveladas, com a venda nos olhos », *Perspectivas antropológicas da mulher*, Rio de Janeiro, 1, p. 49-99.

Salomon, Marta

1996 « Ricos têm quase 30 vezes mais que pobres », *Fôlha de São Paulo*, S.P. 18/6, p. 1-7.

Sampaio, Ana Cristina

1991 « Espoir et désespoir : Vécu des femmes de l'hôpital psychiatrique à la communauté à Montréal », *Mémoire*, Montréal, Université du Québec à Montréal, 125p.

Santana, Vilma

1977 « Transtornos mentais em um centro de saúde de Salvador-Bahia », *Revista baiana de saude publica*, 4, p. 160-67.

Santana, Vilma, et Naomar Almeida Filho

1994 « Trabalho doméstico feminino e saúde mental em Salvador, Bahia ». *Uni fed. da Bahia*, article pas publié.

Sant'anna, Wannia

1994 « O feminismo no Brasil de hoje », *Estudos feministas*, Ciec/Eco. UFRJ, vol. 2, n. 2

Santow, Gigi

1995 « Social rules and health : the case of female disadvantage in poor countries », *Soc. Sci. Med.*, vol. 40, no. 2, p. 147-161.

Saraceno, Benedetto

1994 *Lo biológico y lo social en el abordaje de la teoría y práctica de la salud mental*. Serie desarrollo de recursos humanos, O.P.S.

Sartorius, Norman

1978 « El nuevo programa de salud mental de la OMS », *Salud Mental*, 1, p. 6-9.

Sarti, Cynthia Andersen

1985 « Trabalho feminino : de olho na literatura », *Literatura economica*, (INPES) Rio de Janeiro : IPES, 7(1), p. 1-196.

1989 « Reciprocidade e hierarquia : relações de gênero na periferia de São Paulo », *Cadernos de pesquisa*, n.70, p : 38-46.

1994 « A família como espelho. Um estudo sobre a moral dos pobres », Thèse de doctorat, FFLCH-USP.

1995 « Família e individualidade : um problema moderno »:39-49, in M. C. Carvalho, (org), *A Família contemporânea em debate*. São Paulo : EDUC/Cortez.

1996 *A família como espelho. Um estudo sobre a moral dos pobres*. SP : Autores Associados.

Scheper-Hughes, Nancy

1979 *Saints, scholars, and schizophrenics: mental illness in rural Ireland*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

Scheper-Hughes, Nancy

1992 *Death without weeping. The violence of everyday life in Brazil*. Berkeley and Los Angeles : University of California Press.

Schmink, Marianne

1981 « Women and Brazilian abertura politics », *Signs*, Univ. of Chicago 11, n. 7, p. 115-134.

Scott, Joan

1990 « Gênero : uma categoria útil de análise histórica », *Educação e realidade*, Porto Alegre, v.16, n.2, jul/dez.

Secretaria da Saúde de São Paulo

1986 *Subprograma de saúde da mulher*.

1991 *Saúde mental. internações psiquiátricas no estado de São Paulo*. Centro de vigilância epidemiológica, Prof. Alexandra Vranjac, SP., p. 1-32.

Seligman, Edith,

1987 *Cidadania e loucura. Políticas de saúde mental no Brasil*. Abrasco. Petropolis, 288 p.

Singer, Paul

1980 « Movimentos sociais em São Paulo, traços comuns e perspectivas » : 31-45
in P. Singer et V. Brandt (org), *São Paulo : o povo em movimento*. Petropolis :
Vozes.

Showalter, Elaine,

1985 *The female maladie. Women, madnness and English culture, 1830-1980*.
London : Penguin Books.

Sempre Viva Organização e Formação

1990 « Mulheres, como esta nossa saúde? », *Mulher e saúde*, São Paulo, oct.

1995 « Saúde da mulher negra », *Mulher e saude*, São Paulo, nov.

Sorj, Bila

1992 « O feminismo na encruzilhada da modernidade e pós-modernidade »:15-23,
in A. Costa et C. Bruschini (org), *Uma questão de gênero*. São Paulo : F. Carlos
Chagas.

Souza, Maria Cristina Queiros

1983. « Doença dos nervos uma estratégia de sobrevivência », *A saude no Brasil*, 1
(3) jul./set., p. 131-139.

Souza, Lobo Elizabeth

1989 « Uma nova identidade, mulheres tempo e presença », *CEDI*, n. 248, ano 11.

1991 *A classe operaria tem dois sexos. : trabalho, dominação e resistência*. São
Paulo : Brasiliense, 285p.

Sposati, Aldaiza

1988 *Vida urbana e gestão da pobreza*. SP : Cortez.

Sposati, Adalgiza et al. (org.)

1996 *Mapa da exclu são/inclusão social da cidade de SãoPaulo*. SP : EDUC.

Taussig, Michael

1992 *The nervous system*. New York : Routledge.

1993 *Mimesis and alterity. A particular history of the senses*. New York. Routledge.

Tellenbach, Hubert

1979 *La mélancolie*. Paris : Presses Universitaires de France.

Telles, Vera da Silva

1994 « Anos 70 : experiências, praticas e espaços políticos » : 217-252, in L. Kowarick (org), *As lutas sociais e a cidade. São Paulo, passado e presente*. S. Paulo : Paz e Terra. 4 éd.

Tilman, Evers

1984 « Identidade. A face oculta dos novos movimentos sociais », *Novos estudos*, S. Paulo : Cebrap, vol. 2, p. 11-23.

Touraine, Alain

1986 « As possibilidades da democracia na América Latina », *Revista brasileira de ciências sociais*, vol. 1, n. 1, juin, p. 5-15.

1990 « Beyond social movements », *International congress of sociology*, Madrid, 9-13 july, p. 17.

Tsu, Tania

1993 *A internacão psiquiátrica e o drama das familias*. São Paulo : Edusp.

Tundis, Silverio Almeida, et Nilson do Rosario Costa (org)

1987 *Cidadania e loucura. Políticas de saúde mental no Brasil*. Vozes, Petrópolis.

Turner, B.S.

1984 *The body & society - Explorations in social theory*. Oxford : Basil, Blackwell.

Tylor E.B.

1970 *Origins of culture*. Gloucester : Peter Smith.

United Nations

1991 *The world's women 1950-1970*. New York : United Nations Public.

Vandelac, Louise *et al.*

1985 *Du travail et de l'amour. Les dessous de la production domestique*. Mtl : Éd St.-Martin.

Velho, Otavio Guilherme

1979 *Desvio e divergência*. Rio de Janeiro : Zahar Editor, 3 éd.

1987 *Individualismo e cultura. Notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro : Zahar Editor, 2 éd.

Vertzman, Julio Sergio, Maria Tavares Cavalcanti et Octavio Domont de Serpa

1992 « Psicoterapia institucional : uma revisão », *Psiquiatria sem hospicio. Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Relume-Dumara, R.J. p. 17-30.

Villela, Wilza Vieira

1992 « Mulher e saúde mental : da importância do conceito de gênero na abordagem da loucura feminina », Thèse de doctorat, S.P : USP. Médecine.

The World Health Report

1995 *Bridging the gap*. WHO: Geneva, chap.1.

World Bank

1989 *Adult health in Brazil. Adjusting to new challenges*. Report:7807-BR1.

Zaluar, Alba

1985 *A máquina e a revolta: As organizações populares e o significado da pobreza*. São Paulo : Brasiliense.

1996 « Débat sur la question de violence », TV. Cultura.

Zè, Tom

1990 *The Best of Tom Zè*. Dist: Louaka-Bop. Disque.

Young, Allan

1982 « The anthropologies of illness and sickness ». *Annual review of anthropology*, 11, p. 257-285.

APPENDICE I

Guide d'entretien**1. Stress**

- économique
- familial
- environnemental

2. Histoire de vie

- enfance
- jeunesse
- adulte
- projet futur

3 - Phénoménologique - expériences subjectives

- expérience personnelle au monde des femmes
- statuts sociaux de la femme
- organisation de la famille
- perception de soi
- expérience subjective
- souffrance
- douleur
- bonheur
- plaisir
- langage structurant/bonheur/malheur/plaisir/souffrance
- le monde intérieur