

Université de Montréal

**Cercles citoyens et espace public : la démocratisation organisationnelle à l'épreuve des
rodas brésiliennes**

par Isabelle Ruelland

Département de sociologie
Faculté des Arts et des Sciences

Thèse présentée
en vue de l'obtention du grade de docteur
en sociologie

mai 2017

© Isabelle Ruelland, 2017

Résumé

Au Brésil, les mouvements antiautoritaires engagés notamment dans de la réforme psychiatrique participent de la création de dispositifs de participation sociale parmi les plus innovants qu'on puisse trouver sur le plan de la démocratisation. La présente recherche avait d'abord pour objectif de comprendre comment de ces dispositifs agissent sur les rapports sociaux de pouvoir traversant le réseau de santé mentale de la ville de Campinas dans l'État de São Paulo. Nous problématisons les forces sociales et économiques qui participent de la construction de ce réseau et de son « système d'analyse et de cogestion » ; une organisation participative impliquant côte à côte des destinataires, des travailleurs, des gestionnaires et parfois des élus locaux. En survolant les différents courants de la sociologie des organisations, nous découvrons le rôle central de la prise en compte du destinataire de services pour l'étude de la dimension sociopolitique de l'organisation. Il ne s'agit pas d'étudier les rapports sociaux de pouvoir sous l'angle des dispositifs participatifs, mais bien à partir des expériences vécues et de la production collective de subjectivation politique.

À partir de données recueillies lors d'une ethnographie de huit mois auprès du réseau de santé mentale de Campinas, nous observons en quoi la transformation des rapports sociaux de pouvoir vécue subjectivement par les acteurs renvoie à des configurations collectives spécifiques communément nommées *rodas* (cercle en portugais). Cette notion fait référence aux situations au cours desquelles un petit groupe d'acteurs se réunit pour réfléchir, débattre et décider d'actions à mener en rapport à la santé mentale dans la ville. Ces configurations collectives permettent aux citoyens de donner sens et forme à un projet local de démocratisation. L'étude se consacre alors à comprendre comment les *rodas* agissent sur les rapports sociaux de pouvoir induits par l'organisation participative locale. En 2012, le réseau de santé mentale de Campinas traverse une des plus importantes crises de son histoire. Des coupures et la privatisation de services ont mené à une vaste mobilisation citoyenne. Dans ce

contexte, nous identifions les points de tensions et d'agencements entre les *rodas* et les dispositifs participatifs du réseau en portant attention aux expériences quotidiennes.

L'analyse des *rodas* ouvre de nouvelles pistes de compréhension des dynamiques de pouvoir collectif en contexte organisationnel. Par le partage de temps dans une pluralité d'espaces ouverts, par le partage d'affects ainsi que par la problématisation collective d'évènements critiques affectant le quotidien, les *rodas* agissent sur la hiérarchisation de manière à la réduire. Cet effort collectif de démocratisation sans cesse renouvelé ne permet toutefois pas de venir à bout des inégalités de pouvoir induites par l'organisation des services et par la société brésilienne. Comme pratique citoyenne, les *rodas* constituent néanmoins des leviers collectifs pour dénoncer des contradictions et des injustices sociales au sein et en dehors de l'organisation participative. Elles relèvent la possibilité d'une critique collective continue ouverte à la créativité sociale. Cette recherche ouvre un nouveau champ d'études sur les innovations citoyennes en contexte d'organisation participative; un champ d'autant plus prometteur qu'il s'inscrit dans un renouvellement critique de la sociologie des organisations.

Mots-clés : organisation, démocratisation, rapports sociaux de pouvoir, pratique citoyenne, dispositifs de participation, réseau de services de santé mentale, État social, Brésil.

Abstract

In Brazil, anti-authoritarian movements, particularly those engaged in psychiatric reform, are creating some of the newest innovative democratic forms of social participation. The aim of this research is first to understand how these new participatory schema act on the social relations of power across the mental health network in the city of Campinas in the State of São Paulo. I first problematize the social and economic forces involved in the construction of this network and its "system of analysis and co-management". This participatory model of organization requires users, workers, managers and sometimes local elected officials work side by side. Across the different streams of organizational sociology, the user is seen to play a central role in defining the socio-political dimension of the organization. However this is not achieved through participatory schema rather the user arises from the production of political subjectivation and the actual experiments themselves.

Using ethnographic data collected during an eight-month period from across the Campinas mental health network, I observe how the transformation of the subjective social relations of power experienced by the actors refers to specific collective configurations commonly known as "rodas" (Circle in Portuguese). The term "rodas" refers to small groups of actors who meet to reflect, debate and decide on actions to be taken in relation to mental health practices in the city. These collective configurations allow citizens to give meaning and form to a local democratization project. The study then focuses on how the *rodas* influence the social relations of power induced by the local organization. In 2012, the Campinas mental health network went through one of the biggest crises in its history. Cuts and the privatization of services led to widespread citizen mobilization. In this context, I identify tensions and strategies within the *rodas* and their means for participation across the network paying attention to their everyday experiences.

The analysis of *rodas* opens up new avenues of understanding the levers of collective power in an organizational context. Through the sharing of time in a plurality of open spaces, through sharing affect as well as through collective problem-solving of critical events impacting affecting daily life, the *rodas* act to reduce organisational e hierarchy. This collective effort of constantly renew democratization does not however make it possible to overcome the inequalities of power induced by the organization of services and by Brazilian society. As a form of citizen participatory practice, *rodas* nevertheless provide collective levers that denounce contradictions and social injustices within and outside the organization. Their practices highlight the possibility of a continuous collective criticism open to social creativity. This research opens a new field of study on citizen participation and innovation in the context of the organization; a field that is all the more promising because it is part of a critical renewal of the sociology of organizations.

Keywords: organization, democratization, social power relations, citizen practice, participation schema, mental health network services, social state, Brazil

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	x
Liste des sigles.....	xi
Remerciements.....	xiii
Introduction.....	16
Chapitre 1 : Le système d'analyse et de cogestion du réseau de santé mentale de Campinas au Brésil et son contexte d'émergence.....	25
Le système d'analyse et de cogestion comme instrument de démocratisation de la santé... ..	25
L'administration des politiques publiques de santé au Brésil.....	31
<i>Le Système unique de santé et le mouvement sanitaire</i>	32
<i>Le Système unique de santé et les politiques économiques de modernisation de l'État</i>	34
La décentralisation municipale en santé.....	36
<i>Les influences du mouvement de municipalisation et du mouvement sanitaire</i>	37
<i>Les influences du Plan Directeur de la Réforme de l'Appareil d'État</i>	41
Les réseaux municipaux de santé mentale au Brésil.....	44
<i>Les centres d'attention psychosociale</i>	46
Le système d'analyse et de cogestion du réseau de santé mentale de Campinas.....	48
<i>Des menaces à la continuité du système d'analyse et de cogestion</i>	56
Questionnements de recherche.....	57
Chapitre 2 : La sociologie des organisations et la démocratisation.....	62
La notion d'organisation.....	68
<i>L'organisation des services de santé mentale</i>	70
Les approches classiques des organisations.....	76
<i>Les approches classiques et la démocratisation par l'organisation</i>	78
Les approches des relations humaines.....	79
<i>L'École interactionniste des relations humaines</i>	79

<i>Le courant participatif des relations humaines</i>	80
<i>Les approches des relations humaines et la démocratisation par l'organisation</i>	82
Les approches des dysfonctions bureaucratiques	83
<i>Les approches des dysfonctions bureaucratiques et la démocratisation par l'organisation</i>	85
Les approches néo-rationalistes des organisations	85
<i>Les études de la prise de décision publique</i>	87
<i>L'école française de la sociologie des organisations</i>	88
<i>Les organizational studies inspirées des théories du système ouvert</i>	92
Les approches critiques des organisations	94
<i>Les premières approches critiques des organisations</i>	95
<i>Les approches de la subjectivation</i>	104
Orientations et objectif de recherche	113
Chapitre 3: Une ethnographie exploratoire comme approche méthodologique	115
L'ethnographie en milieu organisé	115
<i>Processus de délimitation du terrain</i>	119
Les instruments de cueillette de données	130
<i>L'observation en situation</i>	130
<i>L'analyse de documents</i>	136
<i>Les entretiens exploratoires</i>	137
La dimension éthique de la recherche	140
L'analyse de mon implication	143
La démarche d'analyse des données	145
Chapitre 4 : Les <i>rodas</i> émergeant d'activités organisées en réaction à la crise du réseau de santé mentale de Campinas	147
Les <i>rodas</i> émergeant d'activités du milieu universitaire	148
Les <i>rodas</i> émergeant d'activités de regroupements de travailleurs	151
Les <i>rodas</i> émergeant d'activités du milieu du contrôle social	154
Les <i>rodas</i> émergeant de manifestations	159
Éléments de synthèse	162

Chapitre 5 : Les <i>rodas</i> émergeant de dispositifs institués du réseau de santé mentale de Campinas.....	164
Les <i>rodas</i> émergeant d'assemblées du Conseil municipal de santé	164
<i>L'assemblée du 23 mai</i>	165
<i>L'assemblée extraordinaire du 30 mai</i>	176
<i>Éléments de synthèse</i>	183
Les <i>rodas</i> émergeant au sein du Collectif des travailleurs en santé mentale du district 3..	184
<i>La rencontre du 17 mai</i>	185
<i>Éléments de synthèse</i>	188
Les <i>rodas</i> émergeant au sein de réunions d'équipe du CAPS Maio.....	189
<i>La réunion d'équipe du 17 mai</i>	191
<i>La réunion d'équipe du 24 mai</i>	192
<i>La réunion d'équipe du 31 mai</i>	200
<i>Éléments de synthèse</i>	215
Les <i>rodas</i> émergeant au sein d'assemblées d'usagers du CAPS Maio.....	217
<i>L'assemblée d'usagers du 21 mai</i>	218
<i>L'assemblée d'usagers du 28 mai</i>	219
<i>L'assemblée d'usagers du 4 juin</i>	225
<i>Éléments de synthèse</i>	231
Chapitre 6 : Des configurations communes aux <i>rodas</i>	233
La disposition des individus autour d'un cercle	233
L'agencement des <i>rodas</i> en grappe de trois.....	234
Les protagonistes des <i>rodas</i>	237
<i>Les protagonistes du début de la réforme psychiatrique à Campinas</i>	238
<i>Les protagonistes de la Commission des travailleurs du Candido</i>	244
Des dynamiques unilatérales de communications verbales	246
L'ouverture aux performances disjonctives.....	251
Éléments de synthèse	254
Chapitre 7 : Les <i>rodas</i> et les rapports sociaux de pouvoir.....	256
Grandeur et misère de l'État social au Brésil.....	257
Le réseau de santé mentale de Campinas en crise permanente.....	259

<i>L'organisation d'un projet de démocratisation malgré tout</i>	261
Une grammaire militante au sein des <i>rodas</i>	265
<i>Le concept de grammaire</i>	265
<i>Une grammaire fondée sur des règles de conduite véhiculées par des militants</i>	267
Les rapports sociaux de pouvoir traversant les <i>rodas</i>	270
Les <i>rodas</i> comme leviers de démocratisation?	273
<i>Du temps ensemble dans une pluralité d'espaces ouverts</i>	274
<i>Le partage d'affects</i>	276
<i>La prise en compte collective d'évènements critiques affectant l'organisation</i>	278
Éléments de synthèse	278
Chapitre 8 : Les <i>rodas</i> et la démocratisation par l'organisation participative	280
La démocratisation n'est pas synonyme de participation	282
Les <i>rodas</i> comme espaces de démocratisation de l'État social brésilien.....	287
Les <i>rodas</i> comme affirmation du collectif malgré tout	291
Contributions à l'étude critique des organisations participatives	296
Conclusion : Apports à l'étude critique des agencements entre l'organisation participative et la démocratisation	301
Bibliographie.....	i
Annexe 1 – Fiche de consentement	i
Annexe 2 – Certificat d'éthique du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal.....	i
Annexe 3 – Certificat d'éthique du Comité d'éthique à la recherche de la Faculté des sciences médicales de l'UNICAMP	ii
Annexe 4 – Certificat d'éthique du Comité d'éthique à la recherche du Secrétariat municipal de la santé de Campinas	v

Liste des tableaux

Tableau I.	Nombre de rencontres observées par type d'espace collectif de prise de parole..	117
Tableau II.	Autres CAPS observés et types d'activités de recherche réalisées.....	118
Tableau III.	Cadre d'émergence des <i>rodas</i> et positions occupées par les individus présents ..	129
Tableau IV.	Entretiens individuels réalisés.....	139

Liste des figures

Figure 1.	Préparation de banderoles devant l'Hôtel de ville le 14 mai 2012	160
Figure 2.	Manifestation dans les rues autour de l'Hôtel de ville le 14 mai 2012.....	161
Figure 3.	Rodas devant l'Hôtel de ville après la manifestation du 14 mai 2012.....	162
Figure 4.	Banderoles à l'entrée de l'Hôtel de ville et autour de la table du président de l'assemblée du Conseil municipal de santé le 23 mai 2012.....	167
Figure 5.	Carton d'applaudissement durant l'assemblée du Conseil municipal de santé le 23 mai 2012.....	170
Figure 6.	Participante prenant la parole devant l'assemblée du Conseil municipal de santé le 23 mai 2012.....	171
Figure 7.	Préparation de pancartes au CAPS Maio le matin du 30 mai 2012	177
Figure 8.	Préparation de banderoles devant l'Hôtel de ville le midi du 30 mai 2012	178
Figure 9.	Roda devant l'Hôtel de ville le midi du 30 mai 2012	179
Figure 10.	Manifestation dans les rues de la ville l'après-midi du 30 mai 2012	180
Figure 11.	Banderoles autour du « corbillard de la santé » avant l'assemblée extraordinaire du Conseil municipal de santé le 30 mai 2012	181
Figure 12.	Assemblée extraordinaire du Conseil municipal de santé le soir du 30 mai 2012	182

Liste des sigles

ARUCI-SMC	Alliance de recherche universitaire et communautaire internationale en santé mentale et citoyenneté
CAPS	Centre d'attention psychosociale
CEBES	Centre d'étude brésilien en santé
CMS	Conseil municipal de santé
CTSM-D3	Collectif des travailleurs en santé mentale du district 3
CT-SSCF	Commission des travailleurs des Services de santé Candido Feirreira
FIOCRUZ	Fondation Oswaldo Cruz
FMI	Fonds Monétaire International
MDB	Mouvement démocratique brésilien
MM	Mouvement de municipalisation
MS	Ministère de la santé
NGP	Nouvelle Gestion Publique
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement
PDRAE	Plan Directeur de la Réforme de l'Appareil d'État
PMDB	Parti du mouvement démocratique brésilien
PSDB	Parti de la social-démocratie brésilienne
PSOL	Parti socialisme et liberté
PT	Parti des travailleurs
SACOG	Système d'analyse et de cogestion
SADA	Centre de services aux personnes avec des problèmes d'apprentissages
SAMU	Centre soins ambulanciers d'urgence psychiatrique SAMU
SINSAUDE	Syndicat des employés des secteurs privé et philanthropique en santé de Campinas et des régions
SMS	Secrétariat municipal de santé
SSCF	Services de santé Candido Feirreira
SUS	Système unique de santé
UNICAMP	Université d'État de la ville de Campinas

À mon fils Thomas Emerik, un soleil arrivé au beau milieu

Remerciements

Je souhaite d'abord remercier mon directeur Christopher McAll pour la rigueur et la créativité avec lesquelles il cherche à comprendre et à agir sur les inégalités sociales. Je remercie également ma codirectrice Lourdes Rodriguez del Barrio pour ses questionnements, son écoute, sa curiosité et son appui inestimable dans ma compréhension de la réalité sociale brésilienne. Par la sagesse et l'ouverture de ces deux personnes, ce processus de codirection m'a permis de réaliser d'innombrables apprentissages sur le plan de la recherche empirique et de la pensée sociale critique. Je tiens de plus à souligner la richesse de mon expérience au sein de leurs milieux de recherches respectifs qu'ils nourrissent de leur passion – le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations (CREMIS) et l'Alliance de recherche universités-communautés Santé mentale et citoyenneté (ARUCI-SMC). Votre engagement au sein de ces milieux est un phare pour moi.

Ensuite, mes remerciements s'adressent à toutes les personnes impliquées au sein du réseau de santé mentale de la ville de Campinas qui ont participé de près ou de loin à cette recherche. Je salue plus particulièrement l'engagement dévoué des destinataires et de l'équipe du Centre d'attention psychosociale (CAPS) Maio, du groupe d'appuieurs institutionnels et du groupe de professionnelles en santé mentale du district de santé 3. Sans leur ouverture et surtout leur confiance, cette recherche n'aurait pas pu voir le jour. Je veux aussi souligner la collaboration du Secrétariat de santé de la ville de Campinas, des Services de santé Candido Feirreira et des conseillers du Conseil municipal de santé de Campinas.

Je remercie Rosana Onocko Campos et de Gastao Wagner de Sousa Campos, professeurs de santé collective au Département de médecine préventive et sociale de la Faculté de sciences médicales de l'Université d'État de Campinas, pour leur accueil et leur encadrement chaleureux. Je remercie aussi les membres du groupe de recherches Santé collective et santé mentale : interfaces et du groupe *Paidéia* pour l'appui et pour les nombreux débats passionnés. Un merci tout spécial à Julia Amorim Santos, Ellen Machado Rodrigues et Pedro Tourinho pour l'accueil et le réconfort.

Je tiens à remercier les membres de l'ARUCI-SMC pour m'avoir donné la possibilité d'échanger, de débattre et de créer des liens solides avec des personnes extraordinaires. Je pense d'abord à mes compagnons de route : Thaïs de Carvalho Otanari pour « l'alchimie » durant toute cette aventure, Sabrina Stefanello et Deivisson Vianna pour les ponts de complicités et de comforts entre Montréal et Campinas, Paula Brum Schappi pour la poésie et les traductions, Emmanuelle Khoury pour l'écoute et les conseils de mère sans oublier Céline Cyr, Louise Paquet et Lisa Benisty pour les coups de pouce ici et là ainsi que Juliana Fernandes, pour la joie de la fin. Je veux finalement souligner l'aide précieuse de Diana Gagnon, Pierre-Luc Saint-Hilaire et Marina Martins respectivement coordinateur de l'ARUCI-SMC au Québec et au Brésil tout comme Eduardo Passos, professeur de psychologie à l'Université fédérale de Fluminense, pour la beauté de nos échanges.

Aucun mot ne permet de remercier pleinement ceux qui m'ont soutenue de près tout au long de ce périple intellectuel : mon amoureux Grégory Nielsen, mes parents Hélène Jobin et Gérard Ruelland, mes précieux amis de longue date et ma grand-mère Marguerite Boucher qui n'aura pas vu l'aboutissement...

Je souhaite remercier des personnes qui, par leurs parcours, m'ont donné la curiosité, l'inspiration et le courage nécessaire pour mener cette thèse à terme. Mes amis docteurs Henrique Parra, Rémy Rouillard, François Robert, Guillaume Ouellet, Daphné Esquivel Sada, Baptiste Godrie, Carole Yerochewski, Thiago Trapé, Andreia Oliveira, Érik Bordeleau, avec lesquels j'ai eu le privilège de partager les joies et les doutes de ce parcours. Je pense aussi à Jacques Rhéaume, Michel Parazelli, Robert Sévigny et feu Marie-André Bertrand pour leurs conseils de maîtres.

Je salue au passage les petites attentions d'Isadora Reis, de Marta Campos, de mes chers voisins Richard Trottier, Hélène Veilleux, Diane Savard et feu Robert Cadotte ainsi que celles d'Aude Fournier et de Geneviève McClure et Marie-Claude Rose du CREMIS.

Je mentionne les compositeurs Philippe Glass et Tim Hecker dont les œuvres musicales ont coloré l'expérience solitaire de l'écriture de cette thèse.

Enfin, pour leur soutien financier, je remercie le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH), le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC), ainsi que l'Université de Montréal, l'ARUCI-SMC et le CREMIS.

Introduction

Au Brésil, depuis plus de trente ans, les réseaux locaux de santé mentale sont les scènes de discours et de pratiques qui mettent de l'avant la transparence et la distribution équitable du pouvoir entre les gestionnaires, les travailleurs¹ et les destinataires dans l'organisation quotidienne des services. Les discours véhiculent une approche critique de l'administration des politiques publiques de santé mentale qui veut aller plus loin dans la démocratisation des organisations en proposant de remplacer le principe hiérarchique, perçu comme un facteur de rigidité, par un fonctionnement basé sur des espaces collectifs de prise de parole (Baremblytt, 1992 ; Campos, 2005 ; Carvalho, 2005 ; Feirrerá Mendes, 2007 ; Lancetti, 2008 ; Merhy et Amaral, 2007 ; Merhy, 2012 ; Moffatt, 1997 ; O'Gorman, 1983 ; Paim, 2008 ; Wagner de Lima Gois, 2008).

Des recherches consultées à ce jour, il ressort que si dans les mouvements anti-asilaires² brésiliens de tels espaces collectifs de prise de parole apparaissent avec évidence, dans le cadre de réseau de services de santé mentale impliquant des travailleurs, des gestionnaires au côté de destinataires, ils sont souvent récupérés par des processus de régulation et d'institutionnalisation. Il est alors postulé que des espaces collectifs agissant sur les rapports sociaux de pouvoir de manière à les démocratiser ont davantage la possibilité de se produire en dehors de l'organisation des services notamment de par les inégalités sociales de pouvoir

¹Pour faciliter la lecture du texte, le générique masculin est utilisé dans l'unique but d'alléger le texte.

²Les mouvements anti-asilaires brésiliens ont certains points en communs avec les mouvements antipsychiatries européens tout en s'en éloignant entre autres en ce qui concerne l'usage des mots « fou » et « folie » (moins tabou au Brésil) ainsi que la place des travailleurs et des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale dans la lutte. Il existe aussi des tensions, voire des oppositions au sein des mouvements anti-asilaires au Brésil notamment en lien avec ce dernier aspect. Les mouvements anti-asilaires tout comme les tensions qui les traversent ne font pas l'objet de cette thèse. Je reconnais toutefois ces tensions en mettant mouvements au pluriel.

inhérentes à son fonctionnement (Borges et al., 2012; Coelho et al., 2005 ; Escorel et Moreira ; 2009)³.

Malgré tout, plusieurs pratiques alternatives, aux fonctionnements variés, sont mises de l'avant dans divers réseaux de santé mentale au Brésil tels que l'approche d'autoanalyse et d'autogestion de Barembliitt (1992, 2003) dans l'État du Minas Gerais, l'approche de la santé communautaire de Wagner de Lima Gois (2008) dans l'État du Ceará, l'approche de la clinique sociale *peripatética* de Lancetti (2008) dans l'État de Rio de Janeiro et la méthode d'analyse et de cogestion de Campos (2005) dans l'État de São Paulo. Cette dernière méthode est la plus répandue au pays (MS, 2010). D'abord intégrée au réseau de la ville de Campinas, la méthode d'analyse et de cogestion s'est ensuite répandue à plusieurs autres municipalités⁴ avant d'être intégrée à des programmes du Ministère fédéral de la Santé (tels que *Humaniza-SUS* et *Saúde da Família*) (Campos, 2007).

J'ai d'abord découvert la méthode d'analyse et de cogestion par l'entremise d'un ouvrage⁵ présenté par des Brésiliens qui étaient en visite à Montréal et travaillaient au sein du réseau de santé mentale de Campinas. J'ai ensuite voulu comprendre comment ce modèle de gouvernance collaborative s'organise concrètement sur le terrain.

³ Par exemple, une recherche portant sur le Conseil municipal de santé de la ville de São Paulo dans l'État du même nom met en lumière comment: « [...] a management council's organizational structure can reinforce existing inequalities among the actors involved » (Coelho et al., 2005:175). Ce « renforcement » des inégalités existantes se traduit entre autres par le problème d'accessibilité: « Even when councils are implemented, the poorest remain excluded and continue to lack sufficient resources to articulate their demands, while the costs of participation continue to be lower for those with more resources. » (Coelho et al., 2005 :175). L'étude d'Escorel et Moreira (2009) auprès de 5463 Conseils municipaux de santé CMS (sur un total de 5564 au pays) relève tout autant ce problème d'accessibilité en plus de ceux liés à l'autonomie politique et à l'organisation des ressources. Les enjeux d'inégalités sociales et d'accessibilité demeurent évidemment plus problématiques en ce qui concerne la participation de citoyens vivant avec des problèmes de santé mentale.

⁴ Elle fonde l'organisation des services de santé et de santé mentale dans les municipalités de plusieurs États tels que ceux du Minas Gerais, de São Paulo, du Paraná et de Rio Grande do Sul.

⁵ Il s'agit du livre *Um método para análise e co-gestão de coletivos* (Une méthode pour l'analyse et la cogestion des collectifs) de Campos (2005).

En pratique, la méthode d'analyse et de cogestion prend la forme d'un dispositif collectif plus ou moins institué, par lequel un petit groupe d'individus impliqués dans un même contexte organisationnel se rencontrent en face à face afin de réfléchir, de débattre, de prendre des décisions, de planifier, d'organiser les ressources locales en santé. En santé mentale, de tels dispositifs existent certes pour rendre l'organisation des services plus efficace, mais aussi pour favoriser la réflexion critique et la participation à un projet éthique et politique plus large fondé sur une vision non discriminatoire de la subjectivité et de la folie. Campinas constitue, à ce titre, une expérience pionnière. En 2001, le « système d'analyse et de cogestion » (SACOG) fondé sur cette méthode devient le mode de gouvernance du réseau de services de santé mentale de la ville (Onocko Campos et coll., 2009; Trapé, 2010).

Au début de l'étude l'idée était d'étudier le système d'analyse et de cogestion et ces dispositifs de rencontre, de soutien et de collaboration entre les gestionnaires, les professionnels et les personnes et communautés parmi les plus défavorisées. Plus précisément, je voulais examiner les effets de cette organisation participative sur les rapports sociaux de pouvoir. En plus d'observer les rencontres au sein des dispositifs participatifs, j'ai accompagné différentes activités telles que des forums, des conférences et des manifestations. Au cours de ces rencontres et de ces activités politiques, j'ai été témoin de l'émergence d'espaces collectifs de prise de parole que les différents participants nomment des « *rodas* » (cercle en portugais). Je décide alors d'orienter ma recherche vers une compréhension de ces espaces collectifs uniques.

Dès mon arrivée à Campinas, je suis aussi plongée dans ce que la plupart des individus rencontrés nomment la « crise » du réseau local de santé mentale. Le système d'analyse et de cogestion de Campinas atteint un point charnière notamment de par les restrictions budgétaires liées aux politiques économiques de modernisation de l'État en vigueur depuis les années 1990. Il en va même de la survie du réseau. Devant cette situation, des individus se mobilisent afin de lutter pour défendre leur réseau ainsi que son mode de gouvernance unique au pays.

Quelles formes pratiques cette lutte prend-elle? La crise constitue-t-elle un événement révélateur des rapports sociaux de pouvoir au sein de l'organisation participative?

Dans ce contexte, je décide de choisir parmi les *rodas* observées celles au sein desquelles est abordé la crise du réseau de santé mentale de Campinas. Comment ces *rodas* agissent-elles sur les rapports sociaux de pouvoir entre les individus impliqués durant une période allant d'octobre 2011 à décembre 2012 ? Pour répondre à cette question centrale, la présente thèse se structure de la manière suivante : un premier chapitre est consacré à la présentation des fondements normatifs et théoriques de la méthode d'analyse et de cogestion, ce qu'elle propose de faire faire aux individus impliqués, les conséquences appréhendées ainsi que les pratiques proposées. J'y explique entre autres comment cette méthode d'inspiration critique mise sur des dispositifs de « démocratisation institutionnelle » implantés de haut en bas (*top-down*). Il s'agit d'imposer un modèle de gouvernance collaborative, mais pas son mode de fonctionnement au quotidien. Par la suite, je situe le contexte historique, social, politique et économique en amont de la création puis de l'intégration du système d'analyse et de cogestion au sein du réseau de santé mentale de Campinas au début des années 2000. Comment cette structure horizontale a-t-elle façonné la culture politique participative à Campinas?

L'organisation des services de santé mentale au Brésil s'inscrit aussi dans un contexte social marqué par un ensemble de phénomènes : globalisation économique, précarisation du monde du travail, restructuration des composantes de l'État, territorialisation des politiques sociales, partenariats public-privé, etc. D'une part, les conditions socioéconomiques des populations contribuent à l'émergence de nouvelles formes de vulnérabilité sociale et économique ainsi qu'au caractère permanent de ces vulnérabilités. Ce phénomène a toujours été au cœur de la réalité sociale et économique du Brésil. Le côté chronique de l'exclusion et de la misère sociale est une problématique à laquelle les populations sont confrontées, et ce, en dépit d'une certaine croissance économique et des investissements politiques et sociaux dans le courant des années 2000. D'autre part, les réseaux locaux de santé mentale sont affectés par la montée d'une logique économique et libérale caractérisée notamment par la pénétration du droit, la

montée de la responsabilité individuelle, et l'utilisation des techniques et des critères de la gestion économique.

Comment le système d'analyse et de cogestion réussit-il à voir le jour malgré ces différentes forces sociales et politiques en tensions constantes? Cette mise en contexte historique expose certaines pistes de compréhension. Je relève d'abord comment les réformes proposées par les mouvements sanitaire et de la réforme psychiatrique et celles initiées par des politiques économiques de modernisation de l'État semblent se rejoindre à la fois sur le plan de la critique du fonctionnement hiérarchique et bureaucratique des services issus de la dictature et sur le plan des alternatives pratiques proposées, telles qu'une organisation décentralisée et participative des services. Il subsiste toutefois une distinction fondamentale sur le plan normatif qui se révèle au plus près de la réalité vécue par les individus au sein du réseau de santé mentale de Campinas.

Dès les années 1970, l'engagement de citoyens pour les mouvements de la réforme sanitaire et psychiatrique à Campinas ouvre de nouveaux chemins pour la démocratisation du Brésil par la construction d'un des premiers réseaux communautaires de santé au pays (Lavras et al., 2007). Forte de ces expériences, Campinas constitue dans les années 2010 une référence en termes de gouvernance collaborative des politiques publiques de santé et de santé mentale (Trapé, 2010; Campos et Dometti, 2007). Qui plus est, le système d'analyse et de cogestion, comme mode de gouvernance collaborative, était en voie de devenir à l'image de l'utopie démocratique qui l'a vu naître. Qu'est-ce qui vient nuire à cette lancée? Je présente les multiples obstacles issus notamment des divers paliers de gouvernement (municipal, étatique et fédéral) et comment ceux-ci prennent parfois le dessus sur les avancements concrets de ce projet. Comment les individus impliqués au sein du réseau de santé mentale réagissent-ils devant ces obstacles? Est-ce qu'ils luttent pour garantir une cohérence avec l'utopie initiale?

Le premier chapitre se termine en 2012, au moment où des mesures d'austérité (1300 employés du réseau de santé mentale mis à pied et la réduction du tiers du budget alloué) sont

imposées de haut en bas (*top-down*) par le gouvernement municipal. Ces mesures sont appliquées en parallèle à la création d'un plan d'action en santé mentale qui vient changer le mode de gouvernance collaborative des services par un modèle contractuel. Comment ces mesures sont-elles perçues par les citoyens? Est-ce qu'ils se mobilisent pour s'y opposer? Si oui, par quelle pratique mènent-ils cette lutte? Ce parcours historique soulève des questions sur comment étudier des pratiques citoyennes au cœur de tensions entre l'organisation participative et un projet de démocratisation en cours, et ce, sans faire l'économie de la prise en compte des rapports sociaux de pouvoir.

Le chapitre 2 propose un survol des différents courants de la sociologie des organisations et de comment ceux-ci traitent de la question de la démocratisation. Je situe d'abord la notion d'organisation ainsi que celle d'organisation de services de santé mentale en rapport aux virages technocratiques et participatifs qui traversent son fonctionnement. Ensuite, je propose de comprendre comment ces différents courants de la sociologie abordent la dimension sociopolitique de l'organisation. Comment chacun des courants prend-il en compte les inégalités sociales de pouvoir nécessairement produites par tout type d'organisation de services de santé mentale - qu'elle soit asilaire, alternative, participative, communautaire ou autre? Quel rôle l'intégration de la figure de « l'utilisateur » ou du « destinataire » de services dans l'analyse organisationnelle vient-il jouer dans l'étude des rapports sociaux de pouvoir? À cet égard, je remarque comment les premières recherches critiques ouvrent une brèche vers le social avec l'étude du pouvoir du destinataire sur l'organisation des services de santé mentale. L'idée de démocratisation repose alors sur l'« émancipation » en rapport aux différents cadres institués « d'aliénation », que ce soit la famille, l'asile, l'école ou la prison (Lapassade et Lourau, 1971; Vrancken, 2011). Cette émancipation repose notamment sur les capacités des individus à débattre et à réfléchir rationnellement sur leur situation d'oppression.

D'autres recherches critiques se détournent d'un tel courant pour mieux problématiser les rapports sociaux de pouvoir impliquant des individus vivant avec des problèmes de santé mentale. En voulant comprendre leurs expériences des rapports sociaux de pouvoir au sein de

l'organisation participative, des chercheurs se tournent vers l'étude des «subjectivations politiques» (Guattari [1989] 2012; Fonseca et Francisco, 2000 ; Fonseca et coll., 2007 ; Fourniau, 2007 ; Guattari et Rolnik, 2005 ; Lancetti ; Machado et coll., 2007 ; Merhy et Amaral, 2007 ; Passos et coll., 2010 ; Rodriguez et coll., 2002 ; Rodriguez et Benevides de Barros, 2003). Ce survol historique met en lumière comment la littérature européenne et nord-américaine proposant des historiographies du champ des organisations (Ballé, 2009; Marshall in Box, 2007; Scott, 2004 ; Friedberg, 2015) ne font pas mention d'une telle approche critique. Je m'attarde alors sur ce courant d'étude tout en demeurant au fait des dérives militantes dont nous met en garde, entre autres, Vasconcelos (2012). Cette approche inspire finalement mes choix de la *roda* et d'un enjeu social – la « crise » du réseau de santé mentale de Campinas - afin d'observer les rapports sociaux de pouvoir entre les individus impliqués au sein de l'organisation participative.

Le chapitre 3 est consacré à la présentation de la méthodologie sur laquelle repose cette recherche. Je décris la portée et les limites d'une ethnographie pour étudier ce phénomène social. Ce chapitre permet aussi d'exposer les différents choix et les différents critères qui ont permis de délimiter les contours de l'étude et les principaux outils de cueillette de données utilisées durant un terrain ayant eu lieu au sein du réseau de santé mentale de Campinas entre octobre 2011 et décembre 2012. Afin de clore cette section méthodologique, je présente les dispositions éthiques, l'analyse critique de mon implication ainsi que la démarche d'analyse des données employée.

Les chapitres 4 à 5 traitent des différentes découvertes réalisées sur le terrain. Durant ces chapitres, je déploie une analyse descriptive des seize *rodas* au cœur de cette recherche en les situant dans le temps et dans l'espace. Au fil de cette analyse détaillée, je mets l'emphase sur les échanges par lesquels la crise est analysée et par lesquels les individus impliqués élaborent des stratégies d'action pour agir sur elle. Qui participe à ces échanges? Comment participe-t-il? Les diverses réponses à ces questions permettent peu à peu de révéler certaines

configurations communes à l'ensemble des *rodas* étudiées. Ces configurations font l'objet du chapitre 6. Il s'agit de les décrire en les mettant en dialogue les unes avec les autres.

Au cours des deux derniers chapitres, j'approfondis les liens entre ces différentes configurations communes aux *rodas* et les rapports sociaux de pouvoir qui traversent l'organisation des services de santé mentale à Campinas ainsi que la société brésilienne en général. Le chapitre 7 ouvre sur la problématisation de certaines particularités de l'État social brésilien et la manière dont celles-ci mènent à un mode d'organisation hybride des services de santé mentale à Campinas. Comment l'histoire des mouvements sociaux antiautoritaires brésiliens ainsi que celle du réseau local de santé de Campinas façonnent-elles la culture politique véhiculée par certains individus au sein des *rodas* et de l'organisation participative? Qu'est-ce qui influence la manière d'analyser et de cogérer les services publics de santé mentale de la ville? Ce chapitre permet d'identifier une « grammaire militante » qui tend à réduire certaines inégalités de pouvoir produites par l'organisation des services tout en produisant de nouveaux rapports d'exclusion. Plus fondamentalement, je relève comment les *rodas* agissent sur la hiérarchisation des rapports de pouvoir entre les individus occupant différentes positions au sein de l'organisation des services (gestionnaires, professionnels de santé, destinataires, personnel de soutien) de la manière à la réduire. Je constate aussi comment, par leur configuration spécifique, celles-ci tendent à nuire à l'inclusion de certains individus aux échanges qui y prennent forme. Y-a-t-il, malgré tout, des leviers de production de subjectivation politique au sein de l'organisation de services de santé mentale?

Le dernier chapitre de la thèse ouvre finalement sur la problématisation des rapports que les *rodas* entretiennent avec l'organisation participative du réseau et plus largement avec la démocratisation du droit à la santé mentale et de l'État social brésilien. C'est l'occasion d'aller plus loin dans la réflexion pour saisir comment cette thèse contribue au champ de la sociologie critique des organisations. Plus précisément, je discute des apports de l'étude des *rodas* brésiliennes à celle de la dimension sociopolitique des organisations. Pour ce faire, je resitue la recherche sur les *rodas* en rapport aux questionnements théoriques de départ autour de l'idée

de démocratisation par l'organisation. Au sortir de ce huitième chapitre, force est de constater qu'en tant qu'affirmations du collectif, les *rodas* créent des espaces de partages d'affects et de savoirs entre les dispositifs de participation institués et les processus de démocratisation de la santé mentale. La prise en compte de tels espaces collectifs de prise de parole et d'actions politiques donne des pistes afin de ne pas confondre la présence de dispositifs de participation avec celle de processus de démocratisation en cours dans l'étude des organisations.

Chapitre 1 : Le système d'analyse et de cogestion du réseau de santé mentale de Campinas au Brésil et son contexte d'émergence

Les politiques économiques de modernisation de l'État, tout comme les mouvements sociaux antiautoritaires, tels que les mouvements sanitaire et anti-asilaire, contribuent, de manières différentes et parfois contradictoires, à la création d'un modèle d'administration des politiques publiques de santé et de santé mentale misant sur la décentralisation municipale et la participation sociale. Ce modèle se traduit localement par la mise en place d'un réseau de réhabilitation psychosociale dans lequel le Centre d'attention psychosociale (CAPS) joue un rôle central.

Ce contexte constitue le terreau à partir duquel se construit, dans les années 2000 à Campinas, un mode de gouvernance collaborative en santé mentale unique au Brésil: le système d'analyse et de cogestion (SACOG). Dans ce chapitre, je décrirai d'abord les fondements normatifs et théoriques de ce projet, ce qu'il propose de faire faire aux individus impliqués, les conséquences anticipées ainsi que les pratiques proposées. Par la suite, je reviendrai sur le contexte social, politique et économique en amont de la construction du système d'analyse et de cogestion au sein du réseau de santé mentale de Campinas.

Le système d'analyse et de cogestion comme instrument de démocratisation de la santé

Le système d'analyse et de cogestion est inspiré des expériences d'organisations collectives des mouvements populaires de santé ainsi que celles des mouvements anti-asilaires de Campinas et d'ailleurs au Brésil. C'est de là que lui viennent les fondements démocratiques de

son modèle. Le système d'analyse et de cogestion est aussi grandement inspiré par les travaux du Laboratoire de planification et d'administration en santé de l'Université d'État de la ville de Campinas (UNICAMP). Les chercheurs du Laboratoire s'inspirent principalement des théories de la psychanalyse (Freud, Winnicott, Lacan), du marxisme (Marx, Gramsci, Lefebvre), de l'analyse institutionnelle (Castoriadis, Lourau, Lapassade, Baremlitt) de la phénoménologie (Merleau-Ponty, Heidegger) et des philosophies de la différence⁶ (Foucault, Deleuze et Guattari) pour orienter leur recherche critique en politique et en administration sociale de la santé. Parmi les chercheurs influents du Laboratoire soulignons Emerson Elias Merhy et Gastao Wagner de Sousa Campos⁷, l'auteur de l'ouvrage⁸ *Une méthode pour l'analyse et la cogestion des collectifs*⁹ qui décrit le modèle au cœur du système d'analyse et de cogestion. Je me réfère à ce livre pour saisir le projet normatif derrière son application concrète au sein du réseau de santé mentale de la ville de Campinas.

⁶ Ce courant philosophique ne fait pas consensus au niveau de son appellation. Certains parlent aussi du poststructuralisme, du courant de penseurs postnietzschéens, etc. (Cusset, 2003). Par les nombreuses différences entre les idées des penseurs qui y sont associés, certains récusent même l'idée qu'ils forment un courant philosophique spécifique.

⁷ Contrairement à Merhy, Campos demeure critique des courants de l'analyse institutionnelle et de la philosophie de la différence telle que la schizo-analyse, répandu au Brésil comme modèles de gestion alternatifs des organisations. Ces critiques ne l'empêchent pourtant pas de s'approprier certaines notions clés comme celles de plan, d'intercesseur, d'agencement, de dispositif, d'analyseur et de groupe-sujet dans cet ouvrage qui offre une synthèse de sa conception et de ses expériences de la méthode d'analyse et de cogestion.

⁸ L'ouvrage a été écrit en 2005 et en est à sa troisième réédition.

⁹ Le nom de cette méthode a changé plusieurs fois. Elle fut nommée d'abord *méthode paidéia*, ensuite, *méthode activant le facteur paidéia*, une notion classique de la démocratie athénienne. - La *paideia* grecque réfère à une éducation humaniste classique, définie par Isocrate, au IV^e s. av. J.-C. (<http://www.philolog.fr>, consulté le 04-10-11). Elle ne serait pas seulement une éducation au sens d'apprendre une spécialité, mais plutôt un processus de formation intégrale de l'homme grec. - Tout en critiquant le côté transcendantal du cogito, le facteur *paideia* de la méthode revient à penser la gestion comme un processus de construction délibéré (pas omnipotent, mais intentionnel) des sujets avec un niveau important d'autonomie. Campos découvre ensuite le concept de la cogestion en opposition à l'autogestion anarchiste et à la gestion conventionnelle et hiérarchique. Campos récupère finalement l'idée de la *roda* (cercle) communément employé dans les mouvements sociaux et populaire ; la *roda* comme espace démocratique et comme mode d'opérationnalisation de l'analyse et de la cogestion des collectifs organisés (Campos, 2005 :15).

Quatre principes fondent la perspective normative de la méthode d'analyse et de cogestion. Elle véhicule, premièrement, une position anti-tayloriste et une volonté de dépasser la « rationalité managériale hégémonique » afin de favoriser les conditions favorables à la démocratisation de la vie en société (Campos, 2005 :16). Le taylorisme constitue un des principaux véhicules politiques et culturels de la rationalité managériale qui, selon Campos, domine encore aujourd'hui les modes d'organisation des services publics du Brésil. Pour ce dernier, les nouvelles formules flexibles inspirées, entre autres, par la Nouvelle Gestion Publique¹⁰ (NGP), sont fondées sur cette même rationalité hégémonique, puisqu'elles n'ont pas comme finalité de « produire des sujets et des collectifs de sujets », c'est-à-dire de produire de la démocratie (Campos, 2005). En effet, la plupart des approches du néo-management considèrent l'accompagnement d'individus motivés et de collectif de travail « coopératifs » et « démocratiques » comme des moyens plutôt que comme des fins.

Cette méthode est aussi traversée par une vision dialectique du rapport entre individu et société. C'est dans cette perspective que Campos conçoit les contradictions et les conflits dans les espaces collectifs¹¹ d'organisation des services de santé comme des leviers d'émancipation. Pour ce dernier, la relation dialectique entre l'individu et le collectif implique l'existence d'espaces pour l'expression, les conflits et la reconstruction des intérêts et des désirs de ses membres. La conception du sujet qui se dégage d'une telle vision dialectique considère autant la subordination que l'insurrection, autant l'adaptabilité des sujets aux situations d'oppression que la capacité de gérer de nouveaux contextes de créer d'autres subjectivités, d'autres

¹⁰ La Nouvelle Gestion Publique se nourrit de courants théoriques qui ont aussi émergé depuis une trentaine d'années avec la montée de l'idéologie néolibérale sous l'impulsion de Ronald Reagan et de Bill Clinton aux États-Unis, et de Margaret Thatcher en Angleterre; des théories qui tendent à transformer les citoyens en clients et les droits en besoins (Piron, 2003). Plus précisément, elle puise ses fondements théoriques de l'École de Public Choice (fondée par James M. Buchanan & Gordon Tullock, William D. Nordhaus, William H. Riker, Anthony Downs et Mancur Olson) et du mouvement de la qualité totale (créé par Edward Deming et Joseph Juran). Alors que celle-ci met l'emphase sur une compréhension économique des rapports politiques, celui-là tend à réduire les rapports humains à leur valeur économique (Rouillard et Gagnon, 2008). Ces orientations normatives véhiculées par des pratiques de firmes privées mises sur la participation et l'engagement subjectif des différents acteurs (gestionnaires, travailleurs et destinataires) dans la production des services.

¹¹Un espace collectif est « [...] un arrangement concret de temps et d'espaces, par lequel le pouvoir est en jeu; et où, de fait, s'analysent les problèmes et où l'on délibère.» (Campos, 2005 :42) (Traduction libre du portugais brésilien).

imaginaires, d'autres institutions. À ce propos, Campos précise qu'il y a, d'un côté, des formes de domination contemporaines (le « zague »), mais il y a aussi, de l'autre côté, des formes d'émancipation possible (le « zigue »). C'est le «zigue zague» du rapport sujet-objet (Campos, 2005 :87). Il existe des efforts organisés pour réduire les individus à des conditions d'objets; mais en même temps, ces efforts peuvent activer des mécanismes qui stimulent ceux-ci à désirer des choses et à se considérer comme des êtres de droits, comme des sujets. Le zigue et le zague demeurent, selon lui, les deux aspects dominants dans la constitution de la subjectivité contemporaine.

La « démocratisation institutionnelle » constitue un troisième principe qui guide la méthode. Pour ce médecin et chercheur brésilien, la démocratie institutionnelle demeure à la fois le moyen et la finalité pour l'avènement d'une société plus égalitaire. Elle est le fruit de praxis au cœur de groupes-sujets¹² tout en étant productrice de subjectivité. En ce sens, la démocratie dépend de l'intervention délibérée de sujets ainsi que des capacités collectives de construire des espaces de pouvoir partagés (Campos, 2005 :41). L'existence de ces espaces collectifs s'avère donc, selon lui, un signal de démocratie. Pour fonctionner, ceux-ci dépendent de la « capacité de gouverner »¹³ de chaque membre d'un espace collectif donné. Cette capacité peut être socialement construite, à partir du moment où la gouvernance devient une tâche pour tous les membres du collectif. Puisque cette capacité est à la base de l'analyse et de la cogestion des collectifs, et donc, à la base de la démocratie, son apprentissage par tous constitue un objectif fondamental de la méthode. Selon Campos, la socialisation de cette aptitude permet de réduire concrètement la distance entre les gouvernants et les gouvernés, entre les différentes « classes institutionnelles »¹⁴ (gouvernants, gestionnaires, prestataires et

¹² Le *groupe-sujet* est un concept originellement développé par Sartre (1960) pour opposer au concept de sérialité. Il a été repris par Guattari (1980) pour indiquer un groupe capable d'exercer une certaine autonomie et de faire face aux aléas de son contexte social, politique et historique.

¹³ Campos (2005) se réfère ici à Gramsci (1978) pour qui la capacité de gouverner est l'habileté et le potentiel pour créer des alliances et pour implanter des projets.

¹⁴ Concept d'un théoricien et praticien important du mouvement institutionnaliste brésilien, Gregorio Barembliitt (1992), qui indique les différences de distribution de pouvoir dans les organisations.

destinataires de services). Elle permet de la réduire, certes, mais jamais complètement puisque les conflits de classe tout comme les conflits entre les intérêts et les désirs des sujets et la production de valeurs d'usage¹⁵ sont inhérents à tout collectif (Campos, 2005).

Finalement, la méthode propose de tenir compte des contradictions inhérentes à tout collectif organisé sans pour autant prétendre les résoudre ou les dépasser complètement. Il s'agit plutôt d'assurer des conditions pour que les contradictions et les conflits entre les classes institutionnelles et entre ces classes et la valeur d'usage des services produits se manifestent constamment (Campos, 2005 :123). La plupart du temps, les solutions proposées par les organisations pour rendre compatibles les intérêts et les désirs des différentes classes institutionnelles ainsi que les intérêts et les désirs des différentes classes avec les services produits tendent à naturaliser les contradictions et les conflits en les présentant comme simplement conciliables ou évitables. Les contradictions et les conflits semblent conciliables dans le processus d'organisation et de production des services à partir du moment où ils sont nommés, analysés et traités collectivement. C'est notamment en participant aux processus d'analyse et de transformation du conflit dans un collectif que les individus impliqués s'émancipent, selon Campos¹⁶.

En principe, l'exercice d'analyse et de cogestion dépend, toujours selon Campos, de la production simultanée d'espaces collectifs qui répondent à trois fonctions de base : une fonction classique d'administration et de planification des processus de travail objectivant la

¹⁵ Campos utilise ce concept de Marx, mais pour des services produits par les systèmes publics tels que les services de santé et l'éducation. À ses yeux, les services ont une double face : ils ont une utilité sociale, un potentiel de répondre aux besoins des populations : leur valeur d'usage et, en même temps, ils sont aussi des instruments de contrôle social. Ce caractère double permet selon lui d'expliquer la production de services dans les institutions publiques. Tous les services produits, qu'ils soient issus d'un système public ou privé, ont une valeur d'usage, c'est-à-dire qu'ils ont le potentiel de répondre aux nécessités sociales (aux utilités socialement construites). (Campos, 2005 :236)

¹⁶ Campos s'éloigne ainsi de la plupart des philosophes et théoriciens critiques tels que Marx, Marcuse, Arendt et Adorno puisque, pour ceux-ci, il y a des obstacles incommensurables à toute forme d'émancipation du sujet dans le travail de production de biens ou de services que ce soit dans une institution publique ou privée. Au fond, pour eux, l'émancipation demeure inconciliable avec la nécessité sociale produite par les institutions.

production de valeurs d'usage; une fonction politique de cogestion et de transformation des relations de pouvoir menant vers la « démocratie institutionnelle » et, finalement une fonction thérapeutique¹⁷ et pédagogique qui concerne le processus d'émancipation des sujets¹⁸ (Campos, 2005 :79). Un espace collectif permet ainsi de favoriser la production-construction de sujets et d'un collectif en même temps. Il s'agit pour lui d'un espace-temps concret destiné à la communication, à l'élaboration et à la prise de décision (Campos, 2005 :147). Pour faciliter leur émergence, ce médecin propose de mettre en place divers types de dispositifs institués tels que le conseil de cogestion, le *colegiado* de gestion, les dispositifs de participation et les dialogues et prises de décision du quotidien. L'agencement de ces divers espaces collectifs constitue le système d'analyse et de cogestion (SACOG) comme celui que Campos a contribué à mettre en place au sein du réseau de santé mentale de Campinas, lors de son élection à titre de Secrétaire municipal de la santé du gouvernement de cette ville en 2001.

En somme, le système d'analyse et de cogestion paraît innover sur le plan des fondements normatifs par la critique radicale des inégalités sociales de pouvoir dans l'organisation ainsi que par l'importance accordée à l'émancipation des sujets dans les espaces collectifs de débats. De plus, il se distingue dans le fait de miser sur l'émergence d'espaces collectifs pour réfléchir et agir sur les inégalités et les contradictions institutionnelles tels que la hiérarchisation des savoirs et des pratiques entre les différentes «classes institutionnelles » ou encore les contradictions entre ces classes et les services produits (valeur d'usage)¹⁹. Qu'en est-il de la mise en œuvre du système d'analyse et de cogestion au sein du réseau de santé mentale de la ville de Campinas? Avant d'aborder cette question et pour mieux saisir la

¹⁷ Campos précise qu'il est question ici d'une fonction thérapeutique et non pas d'un collectif de thérapie ou d'une cure au sens strict (Campos, 2005 :145).

¹⁸ Le potentiel d'influence que la cogestion a sur la production de subjectivité constitue le facteur « *paidéia* » dont il a été question plus tôt.

¹⁹ De telles contradictions amènent des militants à s'en prendre, par exemple, aux médecins qui préfèrent travailler uniquement en clinique individuelle au lieu de s'impliquer dans la cogestion des services publics produit par le centre de santé où ils pratiquent, et ce, même si celui-ci souffre d'un manque criant de ressources humaines et financières.

conjoncture sociale, politique et économique au sein de laquelle ce système a vu le jour, il faut rappeler certains éléments de l'histoire de l'administration des politiques publiques de santé au Brésil.

L'administration des politiques publiques de santé au Brésil

Au Brésil, les services aux personnes vivant avec des problèmes de santé mentale font partie du Système unique de santé (SUS) : un vaste réseau national de services publics de santé. Comme système universel de santé, le Système unique de santé a vu le jour avec la Constitution de 1988. Marquant la fin de la dictature (1964-1989)²⁰, cette constitution accorde le droit à la santé pour tous et donne le devoir à l'État de le faire respecter. Le Système unique de santé demeure le plus important instrument public de démocratisation du droit à la santé pour tous au pays (Paim, 2008). Avec ce système, le gouvernement veut certes garantir ce droit mais, aussi démocratiser l'État. Pour ce faire, l'administration des politiques publiques de santé repose sur un mode d'organisation décentralisé à l'échelle municipale ainsi que sur la participation sociale. Ces deux grands instruments ont ouvert la voie aux réseaux locaux de réhabilitation psychosociale et au système d'analyse de cogestion des services de santé mentale de Campinas.

²⁰ Il s'agit du troisième grand système autoritaire qu'a connu le pays - après l'esclavagisme (1611-1888) et la dictature de Getulio Vargas (1937-1945).

Le Système unique de santé et le mouvement sanitaire

« La santé au Brésil est un champ de lutte contre la dictature »
Sergio Arouca²¹

Le mouvement sanitaire a vu le jour durant la seconde dictature brésilienne (1964-1989) pour devenir un acteur politique et idéologique important dans la défense du droit à la santé pour tous. En réaction à un État centralisateur et autoritaire qui limite grandement l'accès et la qualité de services de santé²², des individus (citoyens, professionnels, universitaires et politiciens) se sont mobilisés dans des luttes locales afin de revendiquer le droit à la santé pour tous et aussi le droit de participer aux décisions et à l'organisation collective pour le maintien de ce droit. Ce mouvement social mise, d'une part, sur la démocratisation institutionnelle contre les dérives de l'autoritarisme et du centralisme de l'État et, d'autre part, sur le collectif comme réponse à l'individualisme grandissant dans la société brésilienne moderne. Ces principes directeurs ont inspiré de nouvelles lois et de nouvelles politiques publiques engagées dans la démocratisation des services de santé et de leur mode organisation. Ces dernières ont mené, quelques années plus tard, à la création du Système unique de santé.

La plupart des historiens de la santé collective brésiliens situent le début de ce processus d'institutionnalisation au moment de la 8^e conférence nationale de santé en 1986²³ (Paim,

²¹ Antonio Sergio da Silva Arouca est médecin et professeur à la Faculté de médecine de l'UNICAMP. Il a aussi été chercheur à la Fondation Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (1975-1978), fondateur et président du Centre d'étude brésilien en santé (CEBES) (1976), président de la FIOCRUZ (1985-1989); Député fédéral (entre 1990 et 1994), Secrétaire municipal de santé de Rio de Janeiro (2001-2003); Secrétaire de santé de l'État de Rio de Janeiro (1987-1989); Secrétaire de la gestion participative du Ministère fédéral de la santé (2003).

²² Les services de santé incluent les services de santé mentale.

²³ Le rapport final de la 8^e Conférence conçoit la santé comme un droit citoyen. Ce document mise aussi sur l'importance de revoir l'ensemble des politiques de santé en vigueur par la création du SUS. Afin de garantir le contrôle de ce nouveau système public de santé par ses destinataires, ce dernier préconise la création à l'échelle municipale, étatique et régionale, de conseils de santé composés par des représentants élus par la communauté. Comme des instances externes aux pouvoirs publics, ces conseils ont pour but de permettre la pleine participation citoyenne à la planification, à l'exécution et à la fiscalisation des programmes de santé. En ce qui concerne les Conseil national de santé, le rapport propose de changer sa composition et ses fonctions en donnant une plus

2008 :324; Escorel, 1999). Cette rencontre a permis d'organiser politiquement le champ de la santé afin de mieux s'opposer au régime militaire aux côtés d'un ensemble d'acteurs sociaux. Une grande convergence des forces progressistes a contribué à l'avènement de la Constitution fédérale du 5 octobre 1988²⁴ et au retour de l'État démocratique et libéral (Coelho et al., 2005). Par un long processus d'articulation sociale et politique, les protagonistes du mouvement sanitaire ont réussi à obtenir que la Constitution établisse la santé comme droit du citoyen et devoir de l'État, en plus de formaliser légalement l'organisation des actions et des services de santé en un Système unique de santé²⁵, régi par les principes de décentralisation, d'intégralité et de participation des communautés (Coelho et al., 2005). Il s'agit de démocratiser l'État et ses appareils en garantissant la décentralisation des processus de prise de décision et de « contrôle social »²⁶, ainsi qu'en favorisant l'éthique et la transparence des gouvernements²⁷ (Paim, 2008).

grande place aux citoyens (Escorel et Moreira, 2008). Ce rapport précise aussi que les activités des conseils de santé doivent être orientées vers la lutte contre les intérêts et les demandes du marché, en particulier celles qui, de manière directe ou indirecte, interfèrent sur le flux des ressources publiques susceptibles de financer les politiques sociales (Escorel et Moreira, 2008). C'est entre autre pour cela qu'un tel document génère une forte opposition du secteur privé de la santé (Paim et al., 2011).

²⁴ « Aussi nommé la « constitution citoyenne », ce document affirme juridiquement le principe sous-tendant le fait que les droits des citoyens (santé, éducation, travail, terre, habitation, salaire minimum, etc.) sont des devoirs de l'État qui doit les respecter par l'entremise de politiques publiques. Cette constitution, garantit aussi la participation sociale par l'entremise des instances suivantes : Les élections directes par l'entremise du suffrage universelle, les plébiscites, les référendums et les initiatives populaires. » (Escorel et Moreira, 2008 :993). Le nouveau modèle constitutionnel de politiques publiques du pays se caractérise par l'universalité de la couverture, la reconnaissance des droits sociaux, l'affirmation des devoirs de l'État, la subordination des pratiques privées aux règlements dans une logique de cogestion par laquelle le secteur public oriente les décisions alors que le secteur privé exécute des tâches dans un cadre organisationnel décentralisé (Fleury, 2011).

²⁵ La planification nationale de la réforme sanitaire qui mène au SUS repose sur cinq principes - l'équité, la qualité, l'efficacité, la durabilité et la participation sociale (Paim, 2008) - ainsi que sur trois composantes principales - la constitution d'un corps politique, la formation d'un nouveau cadre juridique et les compétences de gestion en santé (Fleury, 2011). Fleury précise que ces trois composantes empruntent « [...] des trajectoires et des rythmes différents ce qui tend à produire des cycles interminables de tensions et de défis. » (Fleury, 2011 :1725).

²⁶ Je reviendrai plus loin sur cette notion propre à l'organisation de la participation en santé au Brésil.

²⁷ À ce principe de démocratisation de l'État s'adjoint ceux de la démocratisation de la santé : « ce qui implique l'élévation de la conscience sanitaire à propos de la santé et de ses déterminants ainsi que la reconnaissance du droit à la santé, inhérent à la citoyenneté, garantissant l'accès universel et égalitaire au SUS et à la participation sociale dans les établissements politiques et dans la gestion. » (Paim, 2008 :173) et de la démocratisation de la société « en atteignant les espaces d'organisation économique et culturelle que ce soit dans la production et dans la distribution équitable des richesses et des savoirs ou que ce soit dans la mise en place de « changements

Le Système unique de santé et les politiques économiques de modernisation de l'État

L'administration des politiques publiques de santé est aussi influencée par un projet économique néolibéral caractérisé par la Nouvelle Gestion Publique. Cette grande réforme fut fondée sur l'idée que l'État doit coordonner mais non exécuter la prestation de services publics (Bherer, 2011 ; Rouillard et Gagnon, 2008 ; Pacheco, 2010 ; Sorj et Martuccelli, 2008). Cette réforme a été largement diffusée en Amérique latine notamment par l'Organisation de Coopération et de Développement (OCDE), le Fond Monétaire International (FMI) et la Banque Mondiale (Campos, 2005; Contreiras et Matta, 2015; Jetté et Goyette, 2010). Ces différentes instances internationales ont vu dans l'externalisation et la décentralisation de l'État, par la participation active d'acteurs du secteur privé, des moyens d'augmenter la transparence comptable, de réduire le clientélisme et le paternalisme politique issus des anciens régimes dictatoriaux (Soares, 2003). C'est d'ailleurs là que résiderait la valeur « démocratique » d'un tel programme de modernisation de l'État²⁸ qui a pris un sens particulier dans le continent latino-américain (Pacheco, 2010).

Au Brésil, un tel virage politique est souvent associé au gouvernement de Fernando Collor Mello (1990-1992), le premier président élu par un vote populaire après la seconde dictature. Ce programme néolibéral a été maintenu par le président qui lui succède, Itamar Franco

globaux » en rapport à l'ensemble des politiques publiques et des pratiques de santé ou encore par l'entremise d'une réforme intellectuelle et morale. » (Paim, 2008 :173). Une des branches critiques du mouvement sanitaire conçoit la réforme sanitaire comme un projet de civilisation permettant de radicaliser la démocratie dans une perspective socialiste ce qui amène Paim (2008) à préciser que la RS porté par le mouvement sanitaire n'est pas uniquement un projet étatique de politiques sociales de santé. Elle implique aussi des transformations culturelles et sociales que l'État incorpore de manière « partielle et contradictoire».

²⁸ Pacheco précise à ce sujet : « L'efficacité de l'État demeure une condition fondamentale à la démocratie. Ainsi, bien que la Nouvelle Gestion Publique ne garantisse ni la démocratisation des relations entre l'État et les citoyens ni la complémentarité constante des résultats produits avec les aspirations sociales et la promotion des droits, elle ne doit pas non plus être considérée comme l'antithèse à toutes ses aspirations. » (Pacheco, 2010:217).

(1992-1994)²⁹. Avec l'arrivée de Fernando Henrique Cardoso (1994-1998), les politiques économiques se sont organisées autour de trois axes : un programme de restructuration économique fondé sur les orientations du Fonds Monétaire International (FMI) misant sur la privatisation des services publics dont le principal instrument est le *Plano Real*, un programme d'ouverture commerciale et financière au capital étranger et un programme de réformes du fonctionnement de l'appareil d'État dont le principal vecteur demeure le Plan Directeur de la Réforme de l'Appareil d'État (PDRAE) (Visentini, 2006). *Grosso modo*, le Plan Directeur vise à rendre plus efficace et plus transparente l'administration des politiques publiques en introduisant de nouvelles pratiques managériales inspirées de la Nouvelle Gestion Publique³⁰. La réélection de Cardoso en 1998 a permis d'atteindre la plupart des objectifs politiques et économiques du Plan Directeur (Paim et al., 2011). Le président Luiz Inácio Lula da Silva (élu en 2002 puis réélu en 2006) ainsi que la présidente Dilma Rousseff (élue en 2010 puis réélue en 2014), tous deux du Parti de travailleurs (PT), ont maintenu plusieurs aspects des politiques de leurs prédécesseurs dont le Plan Directeur³¹. Un tel programme a d'ailleurs été intensifié par le nouveau président Michel Temer, arrivé au pouvoir en 2016 suite à la mise en accusation (*impeachment*) de la présidente Rousseff.

La décentralisation municipale des politiques publiques et la structure nationale de participation sociale en santé sont les deux principaux instruments par lesquels la société civile - avec le mouvement de municipalisation (MM) et le mouvement sanitaire en tête - et les politiques économiques de modernisation de l'État ont façonné le Système unique de santé. Leurs influences ont agi de manières différentes et souvent contradictoires. Je propose maintenant de saisir la manière avec laquelle ces deux dispositifs à visée démocratique ont

²⁹ Ce président est accusé de corruption en 1992 et remplacé par son vice-président Itamar Franco jusqu'à la prochaine élection fédérale de 1994.

³⁰ C'est dans ce plan mis en place en 1995 qu'on fait mention de la NGP pour la première fois (Pacheco, 2010).

³¹ C'est d'ailleurs une administration municipale du Parti des travailleurs (PT), sous la gouverne de Celso Daniel à la ville de Santo André dans l'État de São Paulo, qui constitue une référence dans le domaine de la gestion efficace et démocratique fondé sur la Nouvelle Gestion Publique. Cette ville a d'ailleurs gagnée plusieurs prix nationaux et internationaux pour son style de gestion des services publics. Selon Pacheco (2010 : 184) ce cas « [...] illustre les dilemmes et les possibilités d'associer les thèmes de la nouvelle gestion publique aux questions démocratiques. »

préparé le terrain pour la mise en place du système d'analyse et de cogestion dans le réseau de santé mentale de la ville Campinas.

La décentralisation municipale en santé

La décentralisation des pouvoirs de planification et d'exécution des politiques publiques de santé vers les municipalités est d'abord mise de l'avant par des militants du mouvement de municipalisation qui s'allient par la suite à ceux du mouvement sanitaire durant la seconde dictature. Leur engagement dans les débats politiques de l'époque a permis d'inscrire la décentralisation municipale en santé dans la Constitution de 1988. La ville est ainsi devenue le lieu principal de la structuration du Système unique de santé.

Aujourd'hui, chaque réseau local de santé repose sur une structure tripartite composée du gouvernement fédéral, du gouvernement d'un État donné et du gouvernement municipal d'une ville donnée. Chacun de ces gouvernements assume un tiers des coûts de la santé incluant la santé mentale alors que la planification et l'exécution des services sont assurées par la municipalité³².

Selon Lemieux (1997, 2003), le mouvement de centralisation/décentralisation entre les paliers d'un gouvernement est influencé par la tendance à l'accroissement ou à la réduction de l'État. Dans le cas du Brésil, le contrôle des finances municipales par les instances étatique et fédérale est d'autant plus serré quand l'État oriente ses politiques vers la lutte au déficit, comme c'est le cas depuis les années 1990 avec l'application du Plan Directeur de la Réforme de l'Appareil d'État (PDRAE).

³² À quelques exceptions près comme dans les cas des hôpitaux fédéraux hautement spécialisés.

Le mouvement de municipalisation, le mouvement sanitaire ainsi que le Plan Directeur ont mené à l'actuelle configuration des réseaux locaux de santé et de santé mentale comme celui de Campinas.

Les influences du mouvement de municipalisation et du mouvement sanitaire

Le mouvement de municipalisation (MM) est le nom donné par divers historiens de la santé collective brésilienne au processus de réactivation de la politique électorale municipale durant la dictature dans certaines villes en périphérie des grandes métropoles – pour leur part dominées par les pouvoirs centraux - dont Campinas (dans l'État de São Paulo), Niteroi (dans l'État de Rio de Janeiro) et Londrina (dans l'État du Parana) (Lavras et al., 2007; Escorel, 1999). Les leaders du MM considéraient la décentralisation des politiques publiques vers les municipalités comme une composante essentielle de la démocratisation du pays. Cette mobilisation politique était, à l'époque, motivée par le manque flagrant de financement dans les politiques publiques de la part du gouvernement central : « Comme instance étatique à la recherche d'un consensus populaire durant la dictature, la municipalité constitue le seul lieu où les tensions politiques peuvent s'exprimer ne serait-ce que pour légitimer le système de pouvoir central³³. » (Smeke, 1989 :306). L'élection de maires du Mouvement démocratique brésilien (MDB), un parti politique s'opposant au régime militaire, en 1976, a constitué un pas important dans l'appropriation de certains pouvoirs publics par les acteurs sociaux de ces trois villes pionnières.

Dans le champ de la santé, le MM s'est allié aux acteurs locaux du mouvement sanitaire en devenir. Ce mouvement provient essentiellement des Départements de médecine préventive et sociale de différentes universités publiques du pays dont l'Université d'état à Campinas (UNICAMP), l'Université fédérale à Niteroi et l'Université d'état de Londrina. Les

³³ Toutes les citations d'ouvrages en portugais brésilien font l'objet d'une traduction libre par l'auteure.

programmes de médecine communautaire des Départements de médecine préventive et sociale de ces trois universités publiques ont provoqué des réarrangements qui ont permis de consolider la participation de la population à la construction et à l'organisation des services locaux de santé en marge du gouvernement central. Selon Escorel (1999), ces initiatives organisationnelles ont mené à la création de partenariats durables entre les universités et les institutions publiques municipales.

La thèse de Smeke (1989) portant sur le mouvement sanitaire de Campinas montre que dans le cas de cette ville, c'est au moment de l'élection de représentants du Mouvement démocratique brésilien (MDB) qu'a pris forme un partenariat entre l'UNICAMP et les institutions publiques locales. L'étude de Smeke révèle aussi comment ce partenariat a mené à la création d'innovations organisationnelles sur le plan de la cogestion des services de santé avec la communauté. Des professeurs de l'UNICAMP, des professionnels de santé et des citoyens impliqués dans des mouvements populaires urbains se sont alliés aux nouveaux élus du MDB³⁴ pour municipaliser la santé par la mise en place d'un réseau local de services de santé. Bon an mal an, la ville de Campinas organise son système de santé en marge du gouvernement central en étant guidée par l'idée que « [...] l'organisation de la santé est une activité intersectorielle qui implique la participation constante de la société. » (Júnior in Lavras et al., 2007:8).

Selon Lavras et al. (2007), les premières configurations du réseau de la municipalité se sont inspirées directement des pratiques communautaires créées autour du Laboratoire d'éducation médicale et de médecine communautaire de l'UNICAMP. De telles pratiques « [...] accordent une grande place à la participation de la population dans la gestion des services de santé par l'entremise d'une pédagogie démocratique auprès des mouvements sociaux.» (Lavras et al., 2007 :66) Par exemple, les « assemblées générales du peuple », organisées par la municipalité,

³⁴ L'équipe politique de Sebastião de Moraes - le Secrétaire de la santé entre 1977 et 1981 sous la mairie de Francisco Amaral du Mouvement démocratique brésilien (MDB).

misait sur la participation active des habitants de chaque quartier aux côtés d'universitaires, d'élus, de gestionnaires et de professionnels³⁵. Dans sa recherche, Smeke (1989 :306) remarque que ces assemblées du peuple furent largement investies par les acteurs locaux durant et après la dictature. Elle précise notamment qu'un ajustement entre les discours émancipatoires des protagonistes et la réalité vécue par la population locale s'est rapidement imposé au cours des rencontres. La population locale, confrontée à un manque flagrant de services locaux (d'éducation, de logement, de santé, etc.), a d'entrée de jeu exigé des services minimaux pouvant répondre aux nombreux besoins qu'elle éprouvait, en refusant d'écouter des discours théoriques sur l'émancipation des autres qui n'ont pu faire autrement que de s'adapter à leurs demandes légitimes.

Le mouvement de la municipalisation et le mouvement sanitaire se sont grandement inspirés des assemblées du peuple. En s'appropriant des pouvoirs de planification et d'organisation des services de santé durant les dernières années de la dictature, le mouvement de la municipalisation et le mouvement sanitaire de la ville de Campinas ont construit un modèle de cogestion de leur réseau de santé en devenir entre la population, l'UNICAMP, les élus municipaux et les agents publics de santé. Une telle innovation sociale a ouvert la voie à la décentralisation municipale et la participation sociale en santé à l'ensemble du pays avec la Constitution de 1988.

La participation et le contrôle social

Au Brésil, les références à la participation sociale en santé a connu une progression fulgurante depuis une trentaine d'années. Elle traverse aujourd'hui la plupart des services publics de l'État (Neveu, 2011). La loi 8.080 de la Constitution de 1988 est venue déterminer et

³⁵ Les assemblées générales du peuple réunissaient des milliers de personnes qui revendiquaient leurs droits sociaux en matière de logements, d'éducation, d'infrastructures et de services publics variés. Avec les représentants de chaque quartier se préparaient les actes publics (le premier acte public a été écrit le 8 mars 1979) sous la coordination de leaders populaires et d'agents pastoraux.

réglementer le cadre et les dispositifs de participation et de « contrôle social » au sein du Système unique de santé (SUS) (Fleury, 2011).

Le contrôle social signifie dans ce cadre la possibilité, pour la société, de contrôler l'État par l'entremise d'instances participatives. En 1990, quand l'organisation juridique du pays incorpore les conseils de santé dans la structure de prise de décision du SUS, le terme de contrôle social subit une nouvelle inflexion en intégrant le sens de fiscalisation de la gestion des ressources publiques (Escorel et Moreira, 2008: 1001).

Selon cette loi, la participation et le contrôle social doivent se faire par l'entremise de dispositifs délibératifs dont l'un des principaux demeure les « conseils de santé ». Ceux-ci font partie d'un grand ensemble de « conseils de gestion » créés par la Constitution fédérale et par ses lois complémentaires dans le champ de la santé, de l'éducation, de l'assistance sociale, de l'habitation, de l'enfance et de l'adolescence et de l'emploi³⁶ (Gohn, 2001). Les conseils de santé sont des dispositifs de délibération reconnus légalement comme ayant la responsabilité d'intégrer les citoyens dans la gouvernance quotidienne des politiques et des services publics de santé. Il s'agit de forums politiques dans lesquels les participants discutent des enjeux et font des alliances dans le but de contribuer à la planification et à l'identification de priorités pour orienter et définir les politiques de santé et de santé mentale.

En 1990³⁷, la loi 8.142 a précisé la structure du contrôle social à l'échelle étatique et municipal ainsi qu'au niveau « local » des établissements de santé³⁸. Dans la foulée des conseils

³⁶ Depuis 1989, plus de vingt-huit milles conseils ont vu le jour dans le champ de la santé, de l'éducation, de l'environnement parmi d'autres (Coelho et al., 2005).

³⁷ La résolution 33/1992 de la loi 8.142 établit la parité suivante pour chaque conférence et pour chaque conseil de santé: 50% des conseillers doivent représenter les usagers 25% les travailleurs de la santé et 25% les fournisseurs de services (Escorel et Moreira, 2008). Selon une recherche de Moreira et Escorel (2009) auprès de 5463 Conseil municipaux de santé (sur un total de 5564), ceux-ci comptent 72 184 conseillers titulaires dont 36 638 sont des usagers du Système unique de santé.

³⁸ Le conseil local est créé au sein des établissements publics prestataires de service de santé tels que le centre de santé ou l'hôpital. Il a pour fonction d'opérationnaliser l'organisation publique de service de santé. Il crée un lieu pour que les individus directement impliqués dans l'organisation puissent créer des projets respectant leurs visions du monde tout en abordant les contradictions et les conflits liés à cette tâche. Il constitue un organe interne de l'établissement de santé. Y participent des gestionnaires, des travailleurs de la santé et des destinataires. Un

étatiques, municipaux³⁹ et locaux sont créés. De plus, des municipalités telles que Campinas et Belo Horizonte, ont pris l'initiative de créer des conseils de « districts » (nom donné à la sous-division administrative du territoire sanitaire dans ces villes).

La décentralisation municipale de l'administration des politiques publiques de santé a fait du conseil municipal de santé (CMS) une arène politique importante. Qui plus est, depuis l'adoption de la loi 8.142, le transfert du financement fédéral – gérant plus de 60% du budget public en santé — se fait uniquement vers les municipalités disposant d'un CMS. Le pouvoir de décision des CMS semble néanmoins limité par des enjeux externes liés à leur légitimité politique, aux mécanismes de reddition de comptes des paliers de gouvernements supérieurs, ainsi que par des enjeux internes propres à leur structure (Borges et al., 2012; Coelho et al., 2005; Escorel et Moreira, 2009).

Les influences du Plan Directeur de la Réforme de l'Appareil d'État

Avec la mise en place du Plan Directeur de la Réforme de l'Appareil d'État (PDRAE) dans les années 1990, la décentralisation s'est traduite par une augmentation des responsabilités municipales en ce qui a trait à l'administration des politiques publiques de santé de la part des gouvernements étatique et fédéral. Ces derniers conservant les fonctions de financement, de contrôle et d'évaluation. Borges et al. (2012) nomment ce phénomène la « municipalisation des risques sociaux et sanitaires ». Ce cadre a augmenté les défis de gestion et d'organisation pour les municipalités qui n'avaient pas suffisamment de ressources et de compétences pour gérer efficacement leurs services publics de santé. Afin de pallier à cette situation en allégeant leur tâche, des municipalités se sont faites proposer ou se tournent d'elles-mêmes vers la sous-traitance (Campos, 2005; Fleury et al., 2010). Soares (2003) fait remarquer que cette

participant de chaque conseil est aussi nommé comme représentant interne afin de composer le conseil du district et le conseil municipal.

³⁹ 76,7% des 5463 CMS dénombrés en 2008 ont été créés entre 1991 et 1997 (Moreira et Escorel, 2009).

stratégie de privatisation est aussi préconisée par la Banque Mondiale depuis 1993 pour les pays d'Amérique latine.

Au Brésil, le Plan Directeur favorise ce processus de privatisation par différents moyens juridiques et administratifs, dont l'un des plus importants demeure la Loi sur la responsabilité fiscale⁴⁰. Avant de se pencher sur cette loi, il convient d'expliquer les fondements structurels sur lesquels repose ce plan et qui rend possible la création d'une telle loi. Le Plan Directeur distingue 4 secteurs spécifiques de l'État : le noyau stratégique, les activités exclusives, les activités non-exclusives et la production de biens pour le marché (Pacheco, 2010). Il relève aussi différents statuts de propriété : la propriété étatique, la propriété publique non-étatique et la propriété privée⁴¹. La santé, l'éducation, la culture et la recherche sont considérées comme des « activités non-exclusives » à l'État. Elle passe ainsi d'un statut de « propriété étatique » à un statut de « propriété publique non-étatique ».

Les activités non-exclusive de l'État sont considérées par le Plan Directeur comme «nécessairement publiques » parce qu'elles s'adressent aux droits fondamentaux (santé, éducation, culture) ou parce qu'elles génèrent des externalités qui ne peuvent pas être privées. De telles activités doivent être financées par l'État. Mais leur statut juridique devient, selon ce plan, celui d'organisation non-étatique (Pacheco, 2010 :193).

⁴⁰ Dans les faits, celle-ci a pris toute son importance en fonctionnant de pair avec la Loi sur les « organisation sociales ». Ce type d'organisation est « [...] une personne juridique de droit privé, sans but lucratif, avec des activités dirigées dans le champ de l'enseignement, de la recherche scientifique, du développement technologique, de la protection et la préservation de l'environnement, de la culture et de la santé selon les exigences de la loi 9.637/1998 » (Borges et al., 2012 :114). Pour leur part, les organisations sociales de santé se sont développées par le biais de contrats avec les gestionnaires du Système unique de santé (à l'échelle fédérale, étatique et municipale). L'État attribue ainsi un service d'intérêt public à une organisation de droit privé sans but lucratif reconnue par le pouvoir public comme organisation sociale de santé. Cette dernière exerce alors une fonction de l'État. Cependant, le patrimoine acquis dans l'exercice de cette fonction lui revient d'office (Borges et al., 2012). Par ce genre de contrat, les OSS obtiennent une partie du financement public, tout en ayant l'autonomie suffisante pour décider de la façon d'obtenir leurs propres fonds par des mécanismes d'autofinancement. Elles peuvent ainsi décider des coûts des services publics de santé offerts qui seront assumés par la population. À partir du moment où une organisation est reconnue comme organisation sociale de santé, elle peut recevoir du financement public, gérer les biens de l'État et encadrer son personnel.

⁴¹ De plus, le plan intègre des mesures affectant directement les ressources humaines avec entre autres l'évaluation périodique du rendement des fonctionnaires. Il évalue aussi la qualité de la gestion des gouvernants étatiques et municipaux.

Le rapport entre l'État et les organisations publiques non étatiques est médiatisé par trois types de contrôles : le contrôle social direct (par l'entremise de conseil d'administration), le contrôle des résultats (par un « contrat de gestion » avec l'État⁴²) et le contrôle par la compétition administrative (par le concurrence du marché) (Pacheco, 2010). Dans le champ de la santé, l'agencement de ces modes de contrôle se fait par la décentralisation de la coordination des services aux municipalités, par la contractualisation des résultats entre le gouvernement et les différentes organisations de service et par la mise en place de dispositifs de participation des destinataires selon un principe de services au client. Selon Pachado (2010 :192), ces différentes stratégies ont été mises en place dans le but

[...] d'améliorer les résultats des municipalités et de leurs organisations publiques (par une plus grande autonomie, une plus grande clarté des objectifs et des mesures de ces résultats) et aussi dans le but d'améliorer leur imputabilité (accountability) et la transparence des organisations par la publication de résultats rendant possible le contrôle social.

Sur le plan juridique, ces fondements structurels se traduisent par la loi sur la responsabilité fiscale. Cette loi a été conçue dans le but de contrôler les dépenses des gestionnaires publiques des États et des municipalités du pays. Pour ce faire, elle établit un plafond des dépenses sur le plan des ressources humaines pour chaque secteur ; celles-ci ne devant pas dépasser 60% du budget total de la ville ou de l'État (Borges et al., 2012). Selon Campos (2005), le dépassement de cette limite se traduit par des pénalités sévères aux dirigeants. Qui plus est,

[...] dans le champ social tel que la santé plusieurs municipalités atteignent rapidement ce plafond et ce, sans que les objectifs de bases du SUS soient atteints. Dans les faits, ce plafond a été estimé en suivant une logique comptable et non en fonction d'une étude des dépenses de la municipalité liée aux programmes sociaux de base (Campos, 2005:9).

Par conséquent, les municipalités se tournent vers la sous-traitance auprès d'organisations privées et philanthropiques afin de combler leurs besoins en termes de personnels. De par les

⁴² Concrètement, un contrat de gestion est signé entre une organisation publique non-étatique et l'État qui établit des cibles de résultats à atteindre pour une durée limitée.

besoins élevés dans le champ de la santé mentale ce recours est quasi systématique (Borges et al., 2012 :83).

À l'époque des luttes sociales contre la dictature, la décentralisation municipale des pouvoirs de planification et d'organisation des politiques publiques de santé a favorisé la création d'espaces de cogestion menant à la construction de réseaux municipaux de santé. À ce sujet, la ville de Campinas fut pionnière. Depuis la mise en place des lois et des politiques économiques du Plan Directeur, la décentralisation municipale semble toutefois limiter les moyens et les pouvoirs d'action des acteurs locaux. Qu'advient-il des espaces collectifs de cogestion des services de santé mentale de la ville de Campinas dans ce contexte marqué par la précarité et les restrictions des pouvoirs municipaux par des nouvelles pratiques de contrôle et de reddition de comptes? À quoi ressemble la réalité quotidienne de ces espaces dans un tel contexte politique et économique? Avant d'éclairer ces questions à partir du cas de Campinas et de son système d'analyse et de cogestion, je propose de saisir comment prennent forme les réseaux municipaux de santé mentale au Brésil.

Les réseaux municipaux de santé mentale au Brésil

Les réseaux de santé mentale, aussi nommés réseaux de services de réhabilitation psychosociale, se sont répandus au Brésil avec la loi n° 10.216, aussi nommée la loi de la réforme psychiatrique, établie en 2001 par le Ministère de la Santé (MS). En amont de cette loi, le mouvement de la réforme psychiatrique brésilien a vu le jour dans le contexte de luttes pour la démocratisation du pays à partir du mouvement des travailleurs de la santé mentale, à la fin des années 1970 (Amarante, 2001). Un des piliers de la réforme psychiatrique est la transformation en profondeur du rapport à la folie dans le but d'instaurer une nouvelle réponse sociale à la souffrance et à la maladie mentale, ce qui implique des changements d'ordre social, culturel, politique, éthique ainsi qu'au niveau des modes de gestion des services et des pratiques cliniques (Furtado et Onocko Campos, 2005). Le mouvement de la réforme psychiatrique brésilien dénonce la psychiatrie et la médecine libérale en misant sur des

pratiques communautaires de la psychiatrie, sur des pratiques sociopolitiques de la prévention et sur des modèles de gestion démocratique inspirés, entre autres, des idées de la psychothérapie institutionnelle française (Oury et Guattari) et du modèle italien de la *Psichiatria Democratica*⁴³ mis de l'avant par Basaglia (Amarante, 2001).

Sur le plan organisationnel, la loi nationale de la réforme psychiatrique tend à remplacer l'ancien modèle «hospitalocentrique», considéré comme discriminatoire et aliénant par de nouvelles formes d'organisation des services tels que l'ouverture de lits psychiatriques dans les hôpitaux généraux, les Centres de vie (*centro de convivência* en portugais) offrant des activités sociales et culturelles à la personne souffrant de problèmes de santé mentale et les centres d'attention psychosociale (CAPS) offrant des services de troisième ligne dans la communauté. Pour ceux qui vivent une longue période d'internement dans les hôpitaux psychiatriques, la loi propose la mise en place de services de résidence thérapeutique intégrée dans des quartiers urbains afin de faciliter l'insertion dans la communauté. L'agencement de ces différents services constitue le «réseau de réhabilitation psychosociale» d'une municipalité donnée.

Au cours des dernières années, les politiques publiques ont misé sur l'intégration des actions en santé mentale dans les unités de services de santé de première ligne par l'entremise d'équipes volantes spécialisées en santé mentale (appui matriciel), afin d'offrir un support au travail des équipes de santé primaire. De plus, l'intégration des différentes actions de première ligne avec les autres services du réseau de réhabilitation psychosociale est assurée par les centres d'attention psychosociale (CAPS).

⁴³ « L'Italie est un exemple de mouvement critique vigoureux qui s'est opposé à un système psychiatrique globalement archaïque et a fini par le réduire. Ce mouvement, commencé au début des années soixante à Gorizia autour de Franco Basaglia, est resté longtemps marginal minoritaire. Il a su cependant se constituer peu à peu en force sociale importante en s'associant à des courants politiques et syndicaux. En 1978, en grande partie grâce à l'influence de ce mouvement devenu *Psichiatria Democratica*, le Parlement italien a voté la loi 180, qui programme la suppression des hôpitaux psychiatriques et prévoit l'intégration de la psychiatrie dans une réorganisation territoriale des services de santé. » (Castel [1981] 2011: 37).

Les centres d'attention psychosociale

En tant qu'organisation publique inspirée par les idées et les luttes du mouvement anti-asilaire brésilien⁴⁴, le CAPS tend à répondre à une demande sociale pour un changement culturel du rapport à la folie. Depuis les premières expériences du mouvement antipsychiatrique européen dans les années 1930, il est établi que ce changement culturel passe par la démocratisation de l'organisation des pratiques de santé mentale. Dans cette perspective, le CAPS se doit de produire un collectif de travail dynamique et peu bureaucratisé qui repose sur la participation des destinataires à la gestion des pratiques de santé mentale. Cela constitue un défi quotidien puisque cette organisation est un service intégré au Système unique de santé, un système institutionnalisé et de plus en plus bureaucratisé entre autres à cause de dispositifs de gestion verticaux issus de normes fédérales de plus en plus nombreuses (Furtado et Onocko Campos, 2005). Ainsi, d'un côté, le CAPS constitue une structure orientée par des principes du Système unique de santé: garantir l'accès, l'équité, la qualité des services en santé mentale et, de l'autre côté, il est porté par une vision démocratique et critique de la logique hiérarchique.

Comme service de santé mentale du Système unique de santé, les CAPS ont pour mission :

[...] d'offrir des services à la population de son territoire en réalisant un accompagnement clinique et en facilitant la réinsertion sociale des usagers par l'accès au travail, le loisir, l'exercice des droits civiques et la consolidation des liens familiaux, sociaux et affectifs. Les soins offerts s'inscrivent toujours dans un Projet thérapeutique individuel inspiré par les droits humains (MS, 2004: 13).

⁴⁴ Le mouvement anti-asilaire brésilien est constitué de différents courants des plus radicaux aux plus réformistes. L'essentiel de leurs divergences se situe au niveau de la place des professionnels et du destinataire comme protagoniste de ses soins. Les différentes branches se livrent aussi des batailles idéologiques et politiques autour de différents thèmes d'actualité comme l'accès gratuit au transport public, les résidences thérapeutiques pour les utilisateurs de drogues dures, etc. Leurs différences et leurs divergences ne sont pas essentielles à saisir dans le cadre de cette thèse portant sur les dispositifs de gestion au sein des services publics de santé mentale.

Cette mission se traduit par des objectifs spécifiques comme celui de « [...] stimuler l'engagement des usagers et des familles en promouvant des activités participatives et de contrôle social, des assemblées hebdomadaires, des activités de promotion, de diffusion et de débats des politiques publiques et de défenses de droits dans le territoire» (MS, 2004 : 20). Pour opérationnaliser cet objectif, plusieurs dispositifs ont été créés comme « l'assemblée d'usagers ».

Il existe aujourd'hui cinq types de CAPS: les CAPS spécialisés en alcoolisme et en toxicomanie, les CAPS pour enfants ainsi que les CAPS I, II et III pour les autres personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale mineurs à graves. C'est au CAPS III que revient le mandat d'accompagner la crise psychique aiguë dans la communauté; c'est-à-dire un accompagnement fondé sur une démarche concertée entre la personne, ses proches, les services de réhabilitation psychosociale et les autres ressources de son territoire. Pour réaliser ce mandat, le CAPS-III doit, en principe, offrir des services 24 heures et Sãoa aujourd'hui plus de 2096 CAPS (tout type confondu) qui, généralement, travaillent à pleine capacité en ayant de la difficulté à accueillir de nouveaux destinataires. Des 2096 CAPS, seulement 82 sont des CAPS-III. (MS, 2016) La moitié de ceux-ci sont concentrés dans quelques grandes villes de l'État de São Paulo (29) et du Minas Gerais (10) (MS, 2016). Pour Vasconcelos (2012), cette concentration est favorisée par le système de financement tripartite des CAPS-III et des services de santé en général entre le gouvernement fédéral, étatique et municipal. Selon lui, seules les municipalités riches et engagées politiquement dans la réforme psychiatrique, qui réussissent à « conquérir » l'appui financier de leur État ou bien qui peuvent assumer l'ensemble des coûts, sont en mesure d'offrir des services de santé mentale convenables à leur population.

Dans ce cadre politique et économique, développer et maintenir un réseau public de santé mentale de qualité et organisé de manière démocratique est un défi de taille pour les municipalités brésiliennes. Soumis aux aléas de la politique municipale, étatique et fédérale, aux intérêts d'organisation privées et philanthropiques, plusieurs initiatives avortent ou sont

inexistantes dans plusieurs régions du pays où l'on retrouve, encore aujourd'hui, comme seule service, un gros asile (Amarante, 2013). L'avancement d'un tel projet public varie donc beaucoup d'une ville à l'autre.

Pour sa part, Campinas jouit d'un réseau de santé mentale constitué de plusieurs organisations différentes. Ce réseau est le fruit d'actions de protagonistes des mouvements de la réforme sanitaire et de la réforme psychiatrique devenus ensuite politiciens, gestionnaires, professeurs d'université, formateurs ou travailleurs de la santé. Avec ces six CAPS-III – le nombre le plus élevé de toutes les villes du pays - et avec la mobilisation politique des citoyens dans la gestion des politiques publiques en santé mentale, Campinas constitue une référence vers laquelle se tournent les municipalités souhaitant construire un réseau de réhabilitation psychosociale (Campos et Domitti, 2007 ; Lavras et al., 2007 ; Onocko et coll., 2009; Trapé, 2010, Smeke, 1989; Escorel, 1999). C'est aussi au sein du réseau de santé de la ville de Campinas, vers la fin des années 1980, que la méthode d'analyse et de cogestion fut expérimentée pour la première fois en milieu institutionnel (Campos et Domitti, 2007). Quelques années plus tard, en 2001, elle a servi de référence dans la mise en place du système d'analyse et de cogestion (SACOG) du réseau de santé et de santé mentale de la ville. Comment le système d'analyse et de cogestion s'est-il intégré à la gouvernance du réseau de santé mentale de Campinas?

Le système d'analyse et de cogestion du réseau de santé mentale de Campinas

Comme j'ai souligné plutôt, il s'est organisé au Brésil dans les années 1970, une grande convergence des mouvements sociaux pour lutter contre la dictature et pour la construction d'un État social et démocratique. Cette mobilisation nationale a contribué à l'évolution des lois et des politiques publiques en matière de santé physique et de santé mentale au pays. À l'échelle municipale, plusieurs facteurs ont influencé l'histoire, toute singulière, de la construction des réseaux de santé mentale tels que la présence et la force des mouvements

sociaux locaux et la succession de gouvernements élus aux divers paliers (fédéral, étatique et municipal)⁴⁵.

Dès les années 1960 à Campinas, différents acteurs dont le gouvernement municipal, les universités locales ainsi que des mouvements populaires et religieux ont participé à la création de postes communautaires de santé dans des quartiers pauvres et éloignés du centre de la ville afin de répondre à la demande locale. La plupart des postes communautaires misaient sur la collaboration entre des professionnels de la santé (médecins généralistes, stagiaires et résidents de l'une des deux facultés de médecine⁴⁶ de la ville) et des « auxiliaires de santé⁴⁷ » recrutés à même la communauté. L'organisation d'assemblées citoyennes – les assemblées générales du peuple – a permis de stimuler la participation populaire (Smeke, 1989). Des services de santé mentale ont aussi été créés dans certains postes communautaires. Les quelques équipes de santé mentale des postes communautaires de santé constituaient la porte d'entrée vers d'autres soins se limitant à l'époque à l'hospitalisation dans l'un des deux grands hôpitaux psychiatriques de la ville : le Tiberiçá et le Dr. Cândido Feirreira (Braga Campos, 2000; L'Abbate, 1992). En 1976, le réseau public de santé a pris de l'ampleur pour devenir un des plus vastes réseaux de services de première ligne du pays⁴⁸ (L'Abbate, 1992).

⁴⁵ Chaque palier de gouvernement est composé d'une instance de pouvoir en santé : un ministère au palier fédéral et un secrétariat aux paliers étatique et municipal. Ces instances souvent gouvernées par des partis politiques variés doivent s'accorder au rythme des changements de gouvernement qui ont lieu à chaque deux ans en alternance pour des mandats respectifs de quatre ans. Par exemple, des élections des gouvernements fédéral et étatiques ont eu lieu en 2014 et des élections municipales en 2016. De nouvelles élections fédérale et étatiques en 2018...

⁴⁶ Celle de l'UNICAMP et celle de l'Université pontificale et catholique.

⁴⁷ Smeke (1989) souligne que durant le processus de construction des postes de santé, une grande part des auxiliaires de santé ont été sélectionnés parmi les leaders politiques des communautés ecclésiastiques de base. Aucune exigence de formation en santé n'était requise puisqu'ils étaient formés par les médecins durant leur temps passé aux postes communautaire de santé. Ainsi, en plus d'accompagner les programmes de santé et de faire de la consultation, les médecins de première ligne étaient responsables de la formation des auxiliaires.

⁴⁸ Plusieurs éléments ont contribué à mettre en place le modèle communautaire (Attention primaire en santé) tels que l'appui politique et financier de l'État de São Paulo (le premier état du pays à institutionnaliser la pratique de santé communautaire), la mobilisation populaire contre la dictature et pour les droits citoyens à la santé, au logement et au transport public ainsi que l'engagement des universités dans la recherche et la formation sociale de professionnels de la santé notamment par l'entremise du Laboratoire d'éducation médical pour la communauté

En 1988, les citoyens de Campinas ont élu un gouvernement municipal issu du Parti des travailleurs (PT). Campos, le Secrétaire municipal de santé de ce parti, s'engagea dans la réforme sanitaire et dans la réforme psychiatrique, toutes deux déjà en cours à l'échelle nationale. Concrètement, il travailla à l'élargissement de l'offre de services de santé et de santé mentale et à la démocratisation de sa gestion : des organisations privées et philanthropiques en santé ont été municipalisées, d'autres ont été créées et des centaines de concours publics ont été ouverts pour diverses catégories de professionnels de la santé.

Sur le plan de la gouvernance, l'équipe du Secrétariat municipal de santé (SMS) fut protagoniste dans la mise en place du Conseil municipal de santé (CMS) et de nombreux conseils locaux de santé tel que promu par la loi. Parallèlement, de nouveaux mécanismes de cogestion se sont adjoints à ces dispositifs de contrôle social tels que le Conseil de coordonnateurs de services, l'assemblée des travailleurs de la santé, les ateliers de planification intersectorielle et les comités locaux de planification et d'évaluation. Ces nouveaux dispositifs étaient des espaces officiels de formulation de propositions à être débattues puis adoptées au sein du CMS (Braga Campos, 2000). À ce sujet, voici les propos du Secrétaire municipal de santé de l'époque recueillis lors d'un entretien réalisé dans le cadre de cette recherche⁴⁹:

En 1988, le PT gagne l'élection à la mairie de Campinas. On avait déjà un programme de santé structuré. C'était les débuts de la construction du SUS, qui n'était pas encore une loi, mais la politique de participation sociale était déjà approuvée par la Constitution de 1988. On déployait les services de première ligne, on créait des réseaux locaux de services publics, etc. Et, en santé mentale, la réforme psychiatrique, la lutte anti-asilaire, on avait déjà construit un modèle de services alternatifs et de réseau alternatif par nos

de la Faculté de médecine de l'Université d'État de Campinas (UNICAMP) (Smeke, 1989 ; Braga Campos, 2000). Cette dernière initiative issue du travail conjoint entre les mouvements populaires, les universités et le gouvernement municipal a d'ailleurs inspiré les orientations théoriques et pratiques de la loi de réforme sanitaire qui a mené à la création du Système unique de santé en 1988.

⁴⁹ Ces propos ont été recueillis durant notre recherche terrain puis librement traduit du portugais brésilien par l'auteur. À notre avis, ce contenu participe ici d'une compréhension plus fine du contexte historique du réseau de santé mentale et de la création du système d'analyse et de gestion à Campinas.

contacts avec Franco Basaglia qui est venu plusieurs fois au Brésil. D'ailleurs, un homme de Trieste, Franco Rotelli est venu nous rejoindre. Quand je suis devenu Secrétaire, j'ai fait venir Rotelli pour qu'il donne des cours, de la formation, qu'il nous aide à planifier la réforme psychiatrique ici. Il est resté un mois. Alors une de nos lignes directrices c'était la réforme psychiatrique. Nous étions en train de créer plusieurs ressources locales qui s'en inspiraient : des hôpitaux de jour, des centres de référence – ils ne portaient pas le nom de CAPS encore – des centres de vie, des équipes de première ligne en santé mentale dans les Centres de santé. J'ai eu beaucoup de chance parce qu'il y avait déjà un mouvement populaire de santé communautaire et aussi de santé mentale très fort à Campinas. Des mouvements de travailleurs aussi très fort. J'ai même déjà vu un mouvement de médecine communautaire, de médecine sociale, aller manifester à l'Hôtel de ville. Alors j'ai essayé d'adjoindre ces personnes au Secrétariat municipal de santé. Campinas dépensait très peu en santé. 3% du budget municipal. Et aucune ressource financière ne venait du fédéral parce qu'il n'y avait pas encore le SUS comme tel. Alors, avec la création du SUS en 1988, les ressources financières fédérales commencent à arriver en ville. J'ai réussi à augmenter le budget municipal de 3 à 17%. Alors en deux ans et demi le Secrétariat est passé de 300 à 3800 fonctionnaires. De 17 centres de santé on est passé à 34. On a aussi construit le premier hôpital de jour, genre CAPS. C'était une occasion unique pour embaucher beaucoup d'employés, de construire des nouvelles unités, d'acheter des équipements. Une très grande expansion du réseau et en plus avec, au cœur, cette discussion de modèle de démocratie institutionnelle. L'embryon des toutes ces théories était là et on s'est développé à partir de ce modèle en devenir.

En ce qui concerne la santé mentale, le réseau a augmenté son nombre d'équipes spécialisées réparties dans différents centres de santé de la ville. À la même période, le Secrétaire de santé est invité à intégrer sous sa responsabilité le plus gros hôpital psychiatrique de Campinas, le Dr Candido Feirra, fondé en 1924. Cet établissement philanthropique comptait plus de 300 lits dont 131 étaient occupés par des patients chroniques, et ce, malgré des ressources humaines, techniques et financières limitées (Braga Campos, 2000). De nouveau le Secrétaire de santé de l'époque:

Après six mois au pouvoir, un grand monsieur de l'élite de Campinas, un grand propriétaire terrien, mais aussi un philanthrope vient me rencontrer et dit : « Je veux savoir si vous pouvez m'aider. Nous avons une fondation philanthropique qui possède entre autres un hôpital psychiatrique qui se nomme le Dr Candido Feirra. » Je lui ai dit : « Allons la visiter pour mieux la connaître » Alors j'ai invité l'équipe de santé mentale du Secrétariat et on est allé là voir l'hôpital. Il y avait 300 patients. La majorité d'entre eux étaient là depuis plus de dix ans avec presque aucun contact avec leur famille. Il y avait plus de 40 patients dans des cellules isolées, comme des animaux solitaires, sans vêtement, violents et agressifs. J'ai été très touché par ce que j'ai vu. Le maire ne

voulait pas municipaliser cet hôpital car il était bien trop grand. Le Candido avait à l'époque 700 fonctionnaires, plusieurs médecins, cela aurait pu paralyser toute notre réforme en cours. Moi-même, en faisant les comptes, je me suis dit qu'il fallait mieux ne pas le faire. Alors j'ai proposé au Candido de faire une cogestion avec l'UNICAMP et nous, de la ville. La proposition que nous avons développée était que le contrat d'achat de services entre le SUS et le Candido deviennent une entente de cogestion ; c'est-à-dire que le Candido s'intègre aux espaces de cogestion du district public de santé et qu'il suive ses règles. Il s'agissait aussi d'intégrer au sein du Candido de la supervision publique, du contrôle social et des conseils de cogestion. Nous avons donc créé un conseil de cogestion là-dedans. Le premier endroit où nous avons essayé de les créer c'était là, au Candido!

L'entente de cogestion entre le Secrétariat municipal de santé et le Candido a ouvert un espace pour expérimenter de nouvelles méthodes de gouvernance collaborative dans la foulée du processus de transformation de l'hôpital psychiatrique du Candido. Ces configurations collectives sont à la fois inspirées des processus de prise de décision de certains mouvements sociaux ainsi que des travaux de recherche sur les groupes organisés en santé du Laboratoire de planification et d'administration en santé du Département de santé collective de la Faculté de médecine de l'Université d'État de Campinas – d'où est issu le Secrétaire de santé de l'époque et où il retourna lorsqu'il quitta cette position politique (Braga Campos, 2000). Dans un ouvrage faisant le bilan de l'expérience et du processus de démantèlement de l'hôpital psychiatrique Candido, d'autres membres du Laboratoire impliqués dans ce processus de démantèlement de l'hôpital expliquent que :

Avec la cogestion, la gouvernance se décentralise en fonction des opérations et des services et, les processus décisionnels sont démocratisés à travers des collectifs de gestion. Cela rend possible la construction collective de projet, processus par lequel, ceux qui planifient sont aussi ceux qui exécutent. Ce nouveau modèle organisationnel a permis aux acteurs d'avoir un plus grand pouvoir d'intervention et d'analyse critique sur leur propre réalité institutionnelle, rendant ainsi possible la reconstruction d'une praxis. Un tel processus traverse toutes les dimensions organisationnelles des services offerts et tend vers l'atteinte des objectifs de cette réforme psychiatrique, la déshospitalisation et la réhabilitation psychosociale des usagers en récupérant leur potentialité. (...) C'est dans cette nouvelle culture que prennent forme les négociations avec le pouvoir public de la municipalité de Campinas qui, en mai 1990, mène à la signature de l'entente de cogestion entre le Candido et Campinas. Cette entente a consolidé la dimension publique du Candido et a fait de cet hôpital une organisation du réseau de services publics à part entière. Le Candido changea aussi de nom et devint les Services de santé Candido Feirra (Merhy et al. 2002: 2).

Deux ans avant la fin de son mandat (d'une durée normal de quatre ans) le Secrétaire de santé donna sa démission tout comme plusieurs personnes de son équipe en signe d'opposition contre les actes de corruption de leur maire Jacó Bittar⁵⁰. Malgré tout, le processus de construction du réseau santé mentale perdue par l'engagement de citoyens, d'agents publics, et d'universitaires⁵¹ qui firent le pont entre les Services de santé Candido Feirreira et le réseau public. Par exemple, divers centres d'appui psychosocial⁵² ont continué de voir le jour dans diverses communautés par l'entremise de la mobilisation locale. Des anciens employés et des anciens patients du Candido ont activement participé à la création de telles ressources.

À partir de 1993, les gouvernements élus – le Parti de la social-démocratie brésilienne (PSDB) de 1993 à 1996 et le Parti du mouvement démocratique brésilien (PMDB) de 1997 à 2000 - misèrent sur la régionalisation et la décentralisation des services de santé pour aboutir aux cinq districts de santé caractérisant le réseau de santé de Campinas d'aujourd'hui. En 2001, le Parti des travailleurs (PT) est réélu à la tête du gouvernement municipal avec Campos, le même Secrétaire de santé qu'en 1988. Son objectif fut alors d'implanter le projet « *Paideia* en santé de la famille ». Il misa sur une approche transversale et intersectorielle alliant l'accompagnement, la cogestion et la «démocratisation institutionnelle» (Campos, 2005). Ce projet amena des modifications au Programme de Santé de la famille – une nouvelle politique fédérale en matière de soins de santé de première ligne – en y incluant entre autres une approche de cogestion des politiques publiques de santé : le système d'analyse et de cogestion.

⁵⁰ Élu en 1988 sous la bannière du Parti des travailleurs, est soupçonné de corruption par les membres de son parti et quitte finalement son poste en 1991 suite à la démission massive de plusieurs Secrétaire de son gouvernement (Braga, 2000).

⁵¹ Braga Campos (2000) souligne notamment l'apport des universités de la ville dont l'Université d'État de Campinas et l'Université pontificale et catholique dans la mise en place de services de consultation et de programmes de formation en continue pour les employés et aussi pour des étudiants (cours, stages professionnels dans différentes disciplines – psychiatrie, communication, psychologie, économie, médecine, etc.) au niveau des études des premier, deuxième et troisième cycles).

⁵² Les centres d'appui psychosocial de Campinas ont précédé d'une dizaine d'années la création des centres d'attention psychosociale (CAPS) issus de la loi fédérale de 2001 et qui se sont, par la suite, répandus à l'échelle nationale.

Le système d'analyse et de cogestion fut construit selon un processus en deux temps : un premier mouvement de haut en bas (« top-down ») par lequel l'équipe du Secrétariat municipal de santé a négocié une structure générale de cogouvernement avec les autres acteurs locaux. Il laissa ensuite libre cours aux mouvements transversaux et ascendants (« bottom-up ») d'analyse et de cogestion qui se créèrent au sein des espaces collectifs de prise de parole du réseau déjà existant comme les conseils locaux, de districts, municipaux. Avec le système d'analyse et de cogestion, ces différents espaces sont conçus comme des lieux où se prennent des décisions qui doivent être intégrées à la cogouvernance générale du réseau.

Concrètement, à l'échelle municipale, le système d'analyse et de cogestion s'est agencé au Conseil municipal de santé (CMS) déjà existant (créé en 1992). Est créé un collectif de gestion constitué du coordinateur de santé mentale de la ville, des gestionnaires du Candido ainsi que des « appuieurs institutionnels⁵³ » en santé mentale répartis dans les cinq districts. L'appuieur institutionnel est un gestionnaire qui a pour mandat de faciliter l'agencement entre les différents espaces collectifs de prise de parole pour tendre vers une plus grande démocratisation du système d'analyse et de cogestion⁵⁴. À Campinas, les appuieurs institutionnels en santé mentale sont des professionnels chevronnés, reconnus au sein du

⁵³ Afin d'assurer l'agencement entre ces divers espaces Campos développa d'autres dispositifs dont celui de l'appui institutionnel qu'il expérimenta d'ailleurs pour la première fois à Campinas. Le terme « appui » suggère une manière d'opérationnaliser les relations horizontales en construisant plusieurs « lignes de transversalité » (Campos, 1999); c'est-à-dire une méthodologie de travail collectif se fondant non pas sur l'autorité, mais plutôt sur le « dialogue ». La notion d'« appui » signifie aussi quelque chose de spécifique sur le plan clinique. Ce sens varie selon que le gestionnaire et les professionnels s'inspirent du champ de la psychanalyse, de l'analyse institutionnelle ou de la schizo-analyse de Deleuze et Guattari (1972). Ce fonctionnement dialogique postule que dans la gestion collective, dans la clinique et dans les processus pédagogiques, le dialogue entre les sujets est constamment possible, et ce, malgré les différences de pouvoir, de savoirs, de valeurs, etc. C'est par les différents espaces collectifs de travail que se crée le dialogue par lequel se construisent l'analyse, l'interprétation et l'accord collectif à propos des axes d'interventions et de la division des tâches. Concrètement, l'appuieur soutient le dialogue entre les différents établissements et les différents paliers gouvernementaux et entre les espaces collectifs de gestion locaux (Campos et Domitti, 2007).

⁵⁴ Avec l'appui institutionnel, « il s'agit d'inventer un nouvel ordre organisationnel qui stimule l'engagement des équipes dans la production de la santé et du bien-être pour tous, sans pour autant leur exiger l'omnipotence et l'omniscience, mais plutôt en leur offrant la possibilité de se réaliser personnellement et professionnellement. » (Campos, 1999: 395).

réseau pour leur engagement dans la défense et l'actualisation des principes et des valeurs du mouvement sanitaire et de la réforme psychiatrique. Ils sont rattachés à l'un ou l'autre des cinq districts de santé. Chaque district jouit d'une équipe composée d'une dizaine d'appuyeurs; chacun d'eux étant responsable d'un champ de santé particulier tels que la santé mentale, l'hygiène buccale, etc.

À l'échelle des districts de santé, l'organisation varie beaucoup d'un territoire à l'autre. Prenons le cas du district 3, l'un des plus pauvres de la ville. Pour ce territoire, il existait déjà, en 2001, un collectif des travailleurs en santé mentale, un collectif des coordinateurs d'établissements de santé (incluant la santé mentale) ainsi qu'un conseil du district de santé. Ce dernier conseil incluait des gestionnaires, des travailleurs aux côtés de destinataires de services du territoire. À ces espaces collectifs, s'adjoint une équipe de quinze appuyeurs institutionnels, dont deux en santé mentale; ceux-ci se réunissant au sein du collectif des appuyeurs du district 3.

La mise en place du système d'analyse et de cogestion s'est inscrite dans un grande vague d'expansion du réseau de santé mentale de la ville. En phase avec la loi n° 10.216 (aussi nommée la loi de la réforme psychiatrique), établie en 2001 et avec le règlement n° 336/GM de 2002⁵⁵, qui intègre les services de santé mentale au sein du réseau du Système unique de santé (SUS), le Secrétaire municipal de santé a favorisé la création de nouvelles ressources en santé mentale tels que les centres d'attention psychosociale de type III (CAPS-III)⁵⁶. Pour se conformer à la loi, le CAPS III doit respecter certains critères sur le plan de l'espace physique (locaux pour les rencontres individuelles, salles pour les activités de groupe, espace de

⁵⁵ Ce règlement consolide le fonctionnement et développe la complexité des CAPS. Ceux-ci ont pour mission d'offrir des services aux personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale sévères et persistants dans un territoire donné. Un CAPS doit offrir des soins cliniques et de réhabilitation psychosociale afin de remplacer le modèle centré sur l'hôpital psychiatrique tout en favorisant l'exercice de la citoyenneté et de l'inclusion sociale des destinataires et de leurs familles.

⁵⁶ Qui, rappelons-le, offre des services 24 heures ainsi que de l'hébergement de courte durée. Le CAPS III a pour objectif de travailler la réhabilitation psychosociale des personnes avec de graves souffrances psychiques. Ces établissements doivent être ouvert aux situations de crises et ainsi offrir l'hospitalité de jour comme de nuit.

convivialité, cuisine, salle à manger, salle de bain, cours pour des activités extérieures) ; sur le plan de l'organisation du travail (équipes de référence multi-professionnelles, appui matriciel auprès des conseils de santé de son territoire) ainsi que sur le plan de la participation des destinataires par la mise en place d'une « assemblée d'usagers », d'ateliers thérapeutiques et de groupes de référence (Ministère de la santé, 2004). Tous ces espaces collectifs du CAPS ont été intégrés au système d'analyse et de cogestion.

Des menaces à la continuité du système d'analyse et de cogestion

En 2001, Campos, le Secrétaire municipal de santé de l'époque, investit massivement dans l'embauche de personnel qualifié en santé mentale. Afin de respecter les exigences du Plan Directeur de la Réforme de l'Appareil d'État (PDRAE)⁵⁷, le Secrétaire établit un contrat avec les Services de santé Candido Feirra (SSCF). Par ce dernier, le gouvernement municipal légalisa l'embauche de personnel par l'entremise du Candido. Le Secrétaire de santé qui lui succéda en 2004 se servit de ce même contrat, cette fois, pour embaucher des employés dans les services de santé de première ligne. En novembre 2011, certaines clauses de ce contrat sont jugées « non-conformes » par le Tribunal des comptes de l'État⁵⁸ de São Paulo⁵⁹. Par le biais de « mesures d'ajustement de conduite », le Tribunal des comptes exigea au gouvernement municipal de mettre fin aux contrats de travail de plus de 1300 employés du réseau de santé mentale embauchés via le Candido.

⁵⁷ Plus précisément, pour respecter la loi sur la responsabilité fiscale. Rappelons que cette loi limite la portion du budget du gouvernement municipal pouvant être alloué aux dépenses reliées aux personnels.

⁵⁸ Le Tribunal des comptes de l'État de São Paulo a pour mandat de veiller à la saine gestion des finances publique des municipalités de cet État ainsi que de toutes les organisations avec lesquelles elles établissent des contrats. (Tribunal de contas do Estado de São Paulo, 2016)

⁵⁹ Les contrats de travail du personnel des CAPS de la ville avec le Candido sont pour leur part été jugé « conforme » puisqu'ils s'inscrivaient exclusivement dans le champ d'expertise du Candido, en occurrence la santé mentale.

Cette période coïncidait avec la fin d'un vaste processus de délibération au sein du système d'analyse et de cogestion qui devait mener à la création d'un nouveau plan d'action en santé mentale pour la ville. À la fin de ce processus, le nouveau plan d'action, tout comme son budget, prévu devait, pour entrer en fonction, être soumis au contrôle social du Conseil municipal de santé puis approuvé par la majorité de ses conseillers. Or, à la dernière minute, le budget de 5,6 millions de réal qui a été établi au terme de ce processus a été réduit du tiers par le gouvernement. Qu'est-il advenu du projet de « démocratisation institutionnelle » véhiculé par le système d'analyse et de cogestion du réseau de santé mentale, dans ce contexte de mises à pied et de coupures financières?

Questionnements de recherche

Plusieurs recherches brésiliennes révèlent des impasses structurelles produites par les politiques économiques de modernisation de l'État – comme celle du Plan Directeur - qui entravent la mise en place de politiques publiques en santé et en santé mentale (Borges et al. 2012 ; Escorel et Moreira 2009 ; Figueiredo et Onocko Campos, 2009 ; Fleury et al., 2010 ; Paim, 2008; Smeke, 1989 ; Vasconcelos, 2012). Par exemple, Vasconcelos (2012 :11) constate comment :

Dans un pays comme le Brésil, et dans le sud de l'Amérique latine en général, les revendications pour des politiques sociales universelles ont toujours rencontrés des limites structurelles. Dans ce contexte, il s'est développé un modèle de politiques sélectives, généralement adaptées aux personnes déjà intégrées au marché du travail formel. Dans les années 1960-1970 et durant une partie des années 1980, les dictatures militaires et la répression des mouvements sociaux populaires ont empêché toute initiative d'universalisation de politiques sociales en santé et en santé mentale. Ce fut seulement lorsque la dictature a perdu de sa vigueur, que la lutte démocratique-populaire au Brésil a réussi à insérer cette revendication dans la Constitution de 1988. Toutefois, le pays était déjà dans un contexte de plein avancement des politiques néolibérales. D'où l'énorme effort politique nécessaire pour essayer d'implanter le SUS et la réforme psychiatrique.

Dans un même ordre d'idées, Paim et al. (2011) remarquent comment les orientations néolibérales du gouvernement fédéral des vingt-cinq dernières années entraînent d'énormes restrictions en ce qui a trait aux capacités d'intervention de l'État en matière de santé. Elles contribuent entre autres à donner une place prépondérante au secteur privé au sein du Système unique de santé⁶⁰, qui, dès lors, est moins subventionné pour ses services qui déclinent en quantité et en qualité devenant, selon leurs constats, « l'alternative des pauvres ». Qu'en est-il des pratiques décentralisées de participation et de contrôle social au cœur de l'administration des politiques publiques de santé?

Selon Dagnino (2004), les initiatives contemporaines de construction démocratique des politiques publiques du Brésil et d'Amérique latine sont traversées par une « crise discursive » qui résulte

[...] d'une confluence perverse entre, d'un côté, le projet néolibéral qui s'installe dans les pays d'Amérique latine au cours des dernières décennies et, de l'autre côté, d'un projet de démocratisation, participatif, qui émerge à partir des crises des régimes autoritaires et des différents efforts nationaux d'approfondissement démocratique. Cette confluence et la crise discursive de laquelle elle émerge, sont particulièrement visibles au Brésil (Dagnino, 2004:140).

Les recherches de Dagnino exposent aussi comment cette « confluence » influence la manière de considérer les inégalités sociales de pouvoir et d'agir sur celles-ci à partir des dispositifs participatifs de l'État.

Dans la mesure où ces nouvelles définitions de la participation n'ont que faire des espaces publics où le débat sur les objectifs même de la participation peut avoir lieu, sa signification politique et son potentiel de démocratisation sont remplacés par des formes strictement individuelles de prise en charge des questions telles que l'inégalité sociale ou la pauvreté (Danigno in Neveu, 2011 :203).

⁶⁰ Le Système unique de santé est le système national universel et public de santé au Brésil. Il repose sur trois piliers structurels dont deux sont privatisés : le secteur des établissements privés (hôpitaux, bureau de médecin spécialistes, etc.) et celui des assurances privées ; l'autre pilier étant le secteur public dont les services sont financés et offerts par l'État à l'échelle fédérale, étatique et municipale (Fleury, 2011).

Aujourd'hui, ces impasses vécues au sein des dispositifs institués de prise de parole semblent, selon Sorj et Martuccelli (2008), inspirer de nouvelles formes de lutte qui dépassent le cadre des réseaux publics de services. Selon ces derniers, les processus de démocratisation — tels que celui de la santé mentale au Brésil — s'observent dans la culture et dans les mouvements issus de la société civile. Ils invitent à se pencher sur les forces de la base responsables des « transformations culturelles démocratisantes » (2008 :156), dont la plus importante demeure aujourd'hui pour eux la « mutation symbolique-culturelle antiautoritaire » (2008 :277). L'intégration de cette culture antiautoritaire dans les institutions publiques — intégration qu'ils nomment le « réformisme démocratique » — constitue à leurs yeux le plus grand défi auquel doit faire face l'Amérique latine contemporaine. Dans un même ordre d'idées, des recherches relèvent comment un certain idéal antiautoritaire imprègne radicalement les politiques publiques, le droit administratif, les modes de gouvernance et les pratiques professionnelles des institutions publiques brésiliennes depuis la fin de la dictature en 1989 (Blondiaux, 2008; Blondiaux et Fourniau, 2011; Cabannes, 2006; Gret et Sintomer, 2002; Gret et al., 2008; Le Goff, 2012; Neveu 2011⁶¹; Rabouin, 2009).

De tels constats sont généralement construits à partir du cas du budget participatif et de l'expérience pionnière de la ville Porto Alegre dans l'État de Rio Grande do Sul⁶². Ces recherches mettent notamment de l'avant l'apport d'une culture politique unique issue des mouvements sociaux à l'émergence et la vitalité de dispositifs de participation dans divers secteurs de l'État social. « Dans le cas brésilien, on a, plus qu'un héritage, une traduction

⁶¹ «Le cas du budget participatif de Porto Alegre semble ainsi constituer un cas de figure presque paradigmatique du rôle des mouvements sociaux dans l'émergence et la consolidation de pratiques participatives [...]. » (Neveu, 2011 :188).

⁶² De plus, ces recherches ne reposent pas sur des études empiriques approfondies tels que l'ethnographie institutionnelle permettant d'éclairer les rapports sociaux de pouvoir plus explicitement. Il s'agit souvent d'études descriptives soulignant l'existence du caractère « alternatif » ou « innovant » dans une perspective critique en comparaison avec les limites et les incohérences des dispositifs participatifs du « Nord ».

directe des projets des mouvements sociaux dans un projet étatique. » (Neveu, 2011 :188)⁶³. Cette « traduction directe » repose semble-t-il sur l'existence de cadres de pensée et d'action partagés entre des acteurs de la société civile et des acteurs du pouvoir public ainsi que sur la convergence des projets politiques de mouvements sociaux et des partis progressistes accédant au pouvoir (Goirand, 2010; Dagnino et al., 2008 ; Dagnino et Tatagiba, 2010 ; Neveu, 2011). En santé mentale, cette traduction directe s'opère par les mouvements sanitaire⁶⁴ et anti-asilaire.

L'engouement pour cette culture politique antiautoritaire et pour son potentiel d'innovation sociale ne doit pas faire oublier l'influence tout aussi significative des politiques économiques de modernisation de l'État brésilien. Des chercheurs brésiliens constatent de nouvelles formes de mobilisation dans le champ de la santé mentale pour s'opposer aux forces politiques et économiques néolibérales. (Borges et al., 2012; Fleury et Mafort, 2008, Merhy, 2012; Vasconcelos, 2012) Vasconcelos (2012: 12) soutient par exemple qu'« aujourd'hui, des secteurs du mouvement anti-asilaire sont en train de se mobiliser de nouveau, mais cette fois pour lutter contre la privatisation du SUS [...] ». Pour leur part, Borges et al. (2012) notent, à partir de leur recherche sur le réseau de santé de la ville de São Paulo, qu'il se développe de plus en plus de projets et d'actions permettant l'ouverture d'espaces collectifs de cogestion. Ces espaces participent selon eux à des changements culturels, politiques et institutionnels menant à la reconnaissance de la santé comme un bien public, et ce, en même temps que s'ouvrent de nouveaux marchés privés dans le secteur de la santé. Dans ce contexte, « la défense du droit de la santé assume de plus en plus un caractère anticapitaliste. » (Borges et al., 2012: 55).

⁶³ Cette « traduction directe » demeure toutefois fragile puisqu'elle repose sur « [...] l'arrivée au pouvoir, tant fédéral que local, de partis ou groupements politiques issus des mouvements sociaux et partageant avec eux une même conception des enjeux et objectifs de la participation.» (Neveu, 2011 :192).

⁶⁴ Le mouvement sanitaire regroupe des individus et des entités de différentes natures fonctionnelles, organisationnelles, et politiques autour d'une proposition éthique-politique visant un intérêt collectif : la démocratisation de la santé. Cet «[...] ensemble articulé de pratiques idéologiques, politiques, scientifiques, théoriques, techniques et culturelles » (Paim, 2008 :34) est le fruit de réflexions et d'actions sociales et politiques menées par des citoyens, des travailleurs, des intellectuels et des étudiants engagés dans le champ de la santé.

Après avoir mené une lutte ardue contre la dictature et les formes autoritaires d'organisation de services de santé (contre l'ampleur des pouvoirs accordés à la médecine classique) et de santé mentale (contre les asiles et les nombreux pouvoirs accordés à la psychiatrie), les mouvements sanitaire et anti-asilaire semblent, selon les observations de ces sociologues, se mobiliser aujourd'hui pour s'opposer aux politiques économiques néolibérales. La défense du droit à la santé pour tous, portée par la conviction que « la vie de chacun vaut autant la peine d'être bien vécue » (Merhy, 2012), prend maintenant aussi la forme d'une lutte pour la survie de services publics qui, pour le meilleur et pour le pire, tendent à faire respecter ce droit.

Par la présente recherche, je veux comprendre comment, dans un contexte marqué par l'application de mesures d'austérité, les différents espaces collectifs de prise de parole mis de l'avant par le système d'analyse et de cogestion agissent sur les rapports sociaux de pouvoir dans le réseau de santé mentale de Campinas. Pour éclairer la manière d'aborder une telle question, le prochain chapitre propose un survol des principaux courants de la sociologie des organisations sous l'angle du thème de la démocratisation.

Chapitre 2 : La sociologie des organisations et la démocratisation

Née de la rencontre entre les préoccupations managériales des responsables de l'industrie et de l'administration publique et celles, moins pragmatiques, des chercheurs en science sociales, l'étude des organisations (ou les *organizational studies*) porte la marque de cette dualité (Ballé, 2009 : 122). Plusieurs disciplines, telles que la sociologie, les sciences politiques, la communication et les sciences de la gestion sont actives dans ce champ qui appelle une collaboration pluridisciplinaire. Dans cet univers de production de connaissances, l'organisation de services en santé mentale constitue un cas parmi d'autres qui permet d'éclairer les rapports entre l'organisation et la démocratisation. L'étude des organisations s'est d'abord développée à l'occasion des recherches portant sur l'usine et sur la bureaucratie publique. Ces premiers terrains d'étude demeurent liés à la demande de l'époque:

[...] impuissants devant la rigidité des appareils, l'autoritarisme du commandement, la difficulté des communications et le manque de feedback qui devenait un frein pour l'organisation de la production de biens ou de services. Il fallait moderniser la bureaucratie, la rendre plus souple, faciliter les communications internes, éduquer les cadres pour obtenir de nouvelles formes d'autorité et de contrôle, un commandement plus « démocratique » (Lapassade et Lourau, 1971 :143).

Dès lors que les sciences sociales se mettent au service de la direction d'établissements pour en « démocratiser le commandement », elles ne peuvent envisager l'analyse des relations sociales sous l'angle de la production de collectifs et de la démocratisation des rapports sociaux de pouvoir dans l'organisation, car elle risquerait de s'abandonner à une posture antinomique. Cette posture descriptive et prescriptive semble traverser, voire même biaiser la plupart des études du champ des organisations qui s'élargit progressivement à l'ensemble des organisations comme l'hôpital, l'asile, l'école ou même la prison (Ballé, 2009; Scott, 2004).

Les sociologues des organisations qui s'intéressent aux enjeux de démocratisation sont confrontés à cette dualité: d'une part, ils se préoccupent de comprendre et d'expliquer la

réalité des processus organisationnels ainsi que les dynamiques de pouvoir; d'autre part, ils sont tentés de concevoir, à la lumière de leurs recherches, de nouveaux modes d'organisation « plus démocratiques ». Cette double vocation scientifique et pratique est une particularité de la réflexion sur les organisations et sur les pratiques dites démocratiques. La question de la façon de comprendre les organisations et la démocratisation en cours n'est jamais bien loin derrière celle de la façon d'organiser les services de santé mentale. Cette proximité est une force mais aussi une limite de ce champ. Un tel mode de construction de connaissances agençant description et prescription marque les différentes manières de problématiser les rapports entre l'organisation et la démocratisation.

Dans le chapitre qui vient, je définirai premièrement les notions d'« organisation » et d'« organisation de services » tels que le réseau local de santé mentale de Campinas. Cette démarche permet de relever une indistinction relative entre l'idée de participation et celle de démocratisation, notamment en ce qui a trait aux rapports sociaux de pouvoir. Ce constat soulève la pertinence d'approfondir l'étude des liens entre l'organisation et la démocratisation.

Deuxièmement, j'expliquerai comment, à travers l'historiographie de la sociologie des organisations, les différents courants qui ont constitué cette sous-discipline abordent la dimension sociopolitique de l'organisation et plus particulièrement l'idée de démocratisation des rapports sociaux de pouvoir par l'organisation. Tout au long de ce parcours, les travaux historiques de Crozier (1963) ainsi que ceux de Lapassade et Lourau (1971) serviront de repères. Malgré leurs différences idéologiques, ces deux manières « types » d'aborder l'histoire de la sociologie des organisations présentent plusieurs similarités en ce qui concernent les sociologues retenus, la définition des principaux courants de recherche et même certaines des critiques adressées. Ces deux points de vue historiques permettront aussi d'exposer une tendance générale de l'historiographie du champ qui tend à orienter la recherche vers la prescription de modèle d'organisation et de méthode de recherche-

intervention⁶⁵. Pour mieux se distancier de cette tendance, le présent survol sera entrecoupé de liens avec d'autres études plus récentes issues des *organizational studies* anglo-saxonnes et de l'administration publique ainsi que de théories critiques en sciences sociales et en philosophie politique.

Un consensus se dégage dans la littérature au sujet des premières études sociales sur les organisations. Celles-ci sont la plupart du temps associées aux travaux précurseurs de Weber (1864-1920) ainsi qu'aux premières recherches mécanistes et fonctionnalistes associées à Fayol (1841-1925) et à Taylor (1856 -1915). Les travaux du courant états-uniens des relations humaines, ainsi que ceux portant sur les dysfonctions bureaucratiques succèdent à ces recherches pionnières tout en s'en inspirant. Ce consensus relatif se défait au sujet de la suite de l'histoire de ce champ pour se diviser en deux voies opposées caractérisées, d'un côté, par les approches néo-rationalistes (Crozier, 1963)⁶⁶ et, de l'autre, par les approches critiques (Lapassade et Lourau, 1971)⁶⁷.

Dès les années 1950, les orientations des travaux de l'école des relations humaines tout comme ceux des théoriciens des dysfonctions bureaucratiques sont dénoncées de toutes parts.

⁶⁵ L'approche néo-rationaliste et la méthode de l'analyse stratégique pour Crozier, l'approche critique et la méthode de la socioanalyse pour Lapassade et Lourau.

⁶⁶ Par exemple, Michel Crozier (1963 :177) explique qu' : « on est passé de l'analyse rationaliste étroite, presque mécaniste, des Taylor et Fayol, qui dominait dans les années 1920, à l'étude des organisations en termes de relations humaines. » Il intègre dans le champ de l'étude des relations humaines les travaux sur la bureaucratie de Merton et de ces successeurs. Il construit ensuite une critique du champ à partir de ces différents travaux dont ils relèvent les faiblesses communes. Ce sociologue conclut cette analyse historique en précisant, qu'à ses yeux, la piste de recherche la plus prometteuse en termes de compréhension objective des organisations et de ses rapports de pouvoir demeure l'étude des prises de décisions de Simon et March.

⁶⁷ Lapassade et Lourau (1971 :133) soulignent: « Les ouvrages qui traitent de la sociologie des organisations présentent habituellement le développement de l'analyse organisationnelle comme une dialectique qui passerait, historiquement, par trois phases. Dans une première phase, celle de « l'approche classique » avec Taylor et Fayol, etc., on construit la théorie de l'organisation formelle. La seconde phase, dite des « relations humaines » (qui commence avec Mayo) est la négation de la première dont on renverse toutes les propositions pour construire, à la place, une théorie de l'organisation informelle. La troisième phase réalise enfin une synthèse structuraliste des deux phases précédentes. » Au lieu d'associer cette « troisième phase » aux travaux de Simon et March, Lapassade et Lourau (1971) s'inspirent plutôt de ceux de Etzioni pour construire leur propre point vu critique.

Certains remettent en question leur point de vue idéologique en faveur d'une démocratie rationnelle qui oriente leurs recherches vers une approche instrumentale des organisations (Lourau, 1981). D'autres s'en prennent plus spécifiquement à leur orientation microsociologique exclusivement axée sur les comportements humains et sur la dimension informelle des dysfonctions organisationnelles ; de telles perspectives faisant perdre de vue les « problèmes de gouvernement » et leurs incidences sur les rapports sociaux de pouvoir (Crozier, 1963 ; Lourau et Lapassade, 1971).

Dans les décennies qui suivent la seconde guerre mondiale, deux courants importants proposent, de manière différente, de combler les diverses lacunes de l'étude des organisations en termes d'analyse de gouvernement et de rapports sociaux de pouvoir. D'un côté, se déploient les approches « néo-rationalistes » à la suite des travaux sur la prise de décision publique de Simon (1944), de ceux de la sociologie française des organisations initiée par Crozier et Friedberg ([1967] 1977) et des travaux des *organizational studies* anglo-saxonnes inspirés des théories des systèmes ouverts initiés par Wiener (1949). De l'autre côté, prend forme à peu près à la même époque (1950), un tournant critique issu des travaux néo-marxistes (Lapassade et Lourau, 1971) et des travaux poststructuralistes (Deleuze et Guattari, 1980 ; Lazzarato, 2004 ; Rancière, 1995, 1998, 2003, 2009).

Ce survol historique de la littérature permet aussi de relever différentes tendances. En ce qui concerne l'organisation, on note le passage d'une compréhension fonctionnaliste de l'organisation en termes de structure et de fonction à une conception plus fluide accordant une importance aux « processus » et aux « réseaux ». D'un côté comme de l'autre, les recherches contemporaines sur les organisations tendent vers une conception qui renvoie à un ensemble hétéroclite de pratiques, de relations, d'instruments, de contenus, de réseaux, de programmes et de technologies contribuant à l'effacement des frontières de leurs structures. Depuis les premières remises en question du fonctionnalisme, des sociologues démontrent que les organisations sont des constructions aléatoires, qui se structurent et évoluent dans une large mesure en fonction des cadres juridiques, des interactions entre les membres, des processus

d'innovation technologique et managérial ou même des agencements de production de subjectivités. Des sociologues des organisations⁶⁸ qui se sont aussi penchés sur l'histoire des théories de ce champ notent à ce propos le passage d'une conception de l'organisation en termes d'entité (l'organisation)⁶⁹ à une conception en termes de processus (l'« organisé »)⁷⁰.

L'attention grandissante portée aux individus et aux groupes, aux réseaux et aux systèmes, aux processus et aux évolutions suggère un véritable changement épistémologique qui tend non seulement à gommer la « réalité sociale » des organisations, mais également à « déconstruire » la notion d'organisation (Ballé, 2009 : 110).

Scott (2004) constate ce même délaissement de l'étude de la « réalité sociale des organisations » notamment des inégalités sociales de pouvoir. Le passage d'une compréhension de l'organisation en termes de structures et de fonctions à une conception plus fluide des dispositifs et des processus organisationnels posent de nouveaux défis pour comprendre les liens entre l'organisation et les rapports sociaux de pouvoir. En ce qui concerne l'idée de la démocratisation par l'organisation, le champ d'études des organisations semble divisé entre, d'un côté, des recherches axées sur l'efficacité par l'autonomie et la liberté des individus (les approches néo-rationalistes et leur schème actanciel) et de l'autre, des recherches mettant l'accent sur les modes contrôles omniscients, les pratiques émancipatrices ou de production de subjectivité en dehors de tout espace institué d'assignation (les approches critiques en général).

Entre idéalisation et stigmatisation, les rapports réels entre des modes d'organisation spécifiques et les rapports sociaux de pouvoir restent trop souvent méconnus comme tels.

⁶⁸ Tels que Ballé (2009), Bernoux (2009), Courpasson (2000), Scott (2004), Tournay (2011).

⁶⁹ « De manière classique, on caractérise l'organisation par les traits suivants : division des tâches, distribution des rôles, système d'autorité, système de communication et système de contribution-rétribution. » (Bernoux, 2009 : 135).

⁷⁰ Scott, un doyen de la sociologie des organisations états-uniennes, note déjà en 2004 que nous sommes « at the beginning of the shift from an entity-based to a process-based view of organization » (2004 : 1).

L'équilibre, atteint par une orientation simultanément théorique et empirique tend à se rompre tantôt par une dérive managériale⁷¹ qui instrumentalise l'analyse organisationnelle et tantôt par une dérive militante qui tend à prescrire un idéal démocratique à atteindre collectivement par tel ou tel modèle participatif innovant. Devant cette polarisation marquée, Blondiaux et Fourniau (2011) prêchent pour un « sain refroidissement »; qui n'irait pas jusqu'à dépolitiser le débat. Pour sa part, Scott, (2004) prêche pour l'amorce d'un retour au concret en sociologie des organisations.

Avec ce survol, je découvre aussi comment l'intégration du destinataire de services dans l'analyse organisationnelle des services de santé mentale ouvre une nouvelle voie dans de l'étude des rapports sociaux de pouvoir. À ce titre, des études comme les travaux de Guattari à la clinique de la Borde participent à la création d'une approche critique du rapport entre organisation et rapports sociaux de pouvoir. Je m'attarde sur cette approche qui semble la plus à même d'inspirer l'étude de la dimension sociopolitique des dispositifs du système d'analyse et de gestion du réseau des services de santé mentale de la ville de Campinas.

Il s'agit de déplacer l'enjeu sociologique du lien entre l'institution et l'organisation vers celui entre les dispositifs et les individus (Martuccelli, 2010). Cette orientation microsociologique est prometteuse afin de comprendre, dans une perspective ouverte, comment les dispositifs agissent sur les rapports sociaux de pouvoir. La notion de « roda » (cercle en portugais) utilisée par les individus rencontrés sur le terrain est finalement préférée à celle de dispositif. Dans cette perspective, la présente recherche met de l'avant une approche exploratoire axée sur la roda comme *modus operandi* d'un projet de démocratisation du réseau de santé mentale de Campinas.

⁷¹ Cette distance est d'autant plus nécessaire à l'heure où la sociologie semble délaisser de plus en plus cet objet au profit d'une approche gestionnaire (Ballé, 2009 : 112; Bernoux, 2009 : 271; Flocco, 2006 : 87; Scott, 2004 : 7).

La notion d'organisation

À chaque époque et dans chaque contexte social et culturel correspondent certaines façons de concevoir l'organisation, ses dispositifs, les rapports sociaux de pouvoir, la démocratisation ainsi que la possibilité ou non de mettre en place des pratiques contribuant à cette dernière. Le social soumis à la gestion, le social institué, planifié, coordonné, comporte plusieurs moments et plusieurs états.

Ce social des systèmes, ce social du dedans n'est jamais facile à cerner: sa configuration bouge constamment à travers le temps et l'espace. Tant et si bien qu'il faut à la fois reconnaître son impact structurant indéniable sur le social en général et concéder que sa configuration, ses frontières, sont inlassablement produites et reproduites (Maheu et Toulouse, 1993 :12).

À partir du XVIII^e siècle, l'industrialisation produit de profondes transformations dans la société tel que l'avènement des organisations de services sociaux et de santé. Celles-ci prennent une importance grandissante avec la généralisation d'un modèle organisationnel à tous les secteurs de la vie sociale. Lapassade et Lourau (1971 :132) voit cette transformation comme une « bureaucratisation » du monde et de la vie :

L'état bureaucratique a remplacé l'organisation politique de la féodalité. On avait déjà connu, au cours de l'histoire des grands systèmes bureaucratiques au Pérou, en Égypte, dans la Chine impériale, à Byzance. Mais des organisations, dans ces Empires, ne regroupaient qu'une minorité de la population, tandis que le reste du peuple restait dans le cadre de petites communautés [...]. Dans la société bureaucratique moderne, au contraire, toutes les activités essentielles sont organisées selon un modèle « rationalisé ».

Au moins depuis l'industrialisation des sociétés occidentales ce « modèle rationalisé » est associé à la notion d'organisation. En sociologie, il est fréquent de confondre les notions d'institution et d'organisation. C'est dans cette confusion que réside, pour Dubet (2002 :23) le plus grand des malentendus, « car si la plupart des institutions peuvent être organisées, il ne va pas de soi que toutes les organisations sont des institutions ».

L'institution réfère, comme le suggère le terme, aux fondements sociétaux d'un champ de pratiques sociales. Il y aurait ainsi un nombre limité de grandes institutions symbolisées dans leurs figurations conventionnelles et familières, comme la famille, l'Église, l'école, le travail, l'hôpital, le tribunal, le gouvernement, la prison. L'institution est une dialectique entre l'institué et l'instituant, ce dernier concept référant à ces mouvements de société et d'individus qui questionnent sans relâche ce qui est institué et visent à créer de nouvelles institutions (Lourau, 1981 ; Lapassade, 1996). Admettre qu'une organisation sociale peut obéir à des logiques institutionnelles, c'est l'étudier du point de vue de sa mission, de sa vocation, des valeurs qui l'orientent et qu'elle met en œuvre ainsi que de la mémoire sociale qu'elle conserve (Juan in Hoarau et coll., 2008). À la différence de l'analyse organisationnelle, l'étude institutionnelle se centre davantage sur les enjeux symboliques de cohésion et d'intégration sociale globale (Castells, 1998).

La notion d'organisation se distingue par le fait qu'elle désigne le mode opérationnel, la mise en forme des moyens, matériels et symboliques, ainsi que la coordination des humains réunis pour réaliser, par le travail, des actions, des productions et des services concrets. Les organisations sont des ensembles pratiques généralement plus systématisés que d'autres ensembles sociaux tels que la famille ou le groupe d'amis. En ce sens, l'organisation distribue des positions, assigne des places aux individus impliqués (Dubet et Caillet, 2006). Elle constitue l'ensemble des moyens qui orientent explicitement et/ou implicitement les conduites vers un plan indiquant plus ou moins clairement ce qu'il est important de faire (normes, mission), comment cela doit être fait (techniques, méthodes), ce qui devrait être réalisé (effets, résultats) et quoi faire si ce n'est pas le cas (contrôle et contrainte). Le champ normatif des objectifs organisationnels est la traduction de la « mission » qui évoque la poursuite d'un idéal institutionnel (Ruelland et al., 2014). L'institution soutient et traverse toute l'organisation, mais cette dernière possède une autonomie relative qui modifie en retour l'institution et l'infléchit.

Dans le cas de réseaux de services de santé mentale comme celui de la ville de Campinas au Brésil, il convient de comprendre comment il s'inscrit dans une administration publique - le Système unique de santé (SUS) - où dominent les formes bureaucratiques professionnelles. Ces dernières sont traversées par des changements structurels majeurs tels que le virage technocratique et le virage participatif.

L'organisation des services de santé mentale

Au Brésil, comme en Occident en général, l'organisation des services de santé mentale est intégrée au sein d'un système politique représentatif et d'une économie capitaliste. Avec ce système, la démocratie est fondée sur la représentation du peuple et l'État, pour être légitime, doit rendre opérationnelle cette souveraineté du peuple. Cette opérationnalisation se fait par le biais de la division du travail⁷² au sein de l'État entre des dirigeants politiques (dont le pouvoir résulte directement ou indirectement d'une élection), des juges, des militaires et des administrateurs la plupart du temps insérés dans un type particulier d'organisation : la bureaucratie⁷³.

Dans sa forme classique, la bureaucratie repose sur trois piliers principaux : une forme de pouvoir hiérarchique soumis à des règles explicites ; une division du travail qui recourt prioritairement à la compétence comme base d'affectation à des postes ; une dissociation établie entre le poste correspondant à une tâche fonctionnelle et la personne qui l'occupe (Weber, 1995). La bureaucratie publique moderne est pour sa part caractérisée par la

⁷² Cette division du travail en démocratie existe au moins depuis Platon. Elle est ensuite défendue entre autres par Jean-Jacques Rousseau (Badiou, 2012).

⁷³ *Burra* (mot latin signifiant étoffe grossière de laine brune) et le verbe grec *cratie* (signifiant être fort, puissant, dominer, exercer le pouvoir) – au début (1316) le terme de bureaucratie était utilisé pour désigner le petit tapis sur lequel on fait les comptes et ensuite le lieu où on les fait. (Sauvy, 1961)

subordination des services aux représentants élus, la spécialisation, le recrutement des agents sur des critères de compétence et l'obéissance à des règlements impersonnels:

Les dirigeants politiques de l'État investis de la légitimité démocratique, disposent officiellement d'un pouvoir d'orientation des politiques publiques et de commandement des fonctionnaires de la bureaucratie. Ces derniers se tiennent en principe à l'écart des luttes politiques et se bornent à exécuter les décisions des dirigeants afin de respecter « la volonté populaire » (Gaxie, 2013: 4).

Une telle division du travail vient rappeler que, dans un système démocratique représentatif, les agents publics – tout comme les citoyens participant à la gestion publique - n'ont, en principe, aucune légitimité politique puisqu'ils ne représentent pas la « volonté populaire ». Ils sont là pour exécuter les politiques et les programmes formulés par les représentants du peuple, les élus. Une telle logique vient légitimer « démocratiquement » la hiérarchie dans l'organisation publique des services de santé mentale.

Au début de l'histoire des services publics, ce caractère démocratique est aussi attribué à la bureaucratie de par la neutralité et la rationalité de ses processus menés par des agents publics ayant des compétences et des expertises spécifiques. Cette expertise fonde la légitimité d'intervention et d'exécution de l'État en matière de services publics de santé mentale.

La bureaucratie professionnelle

Dans le cas des services de santé mentale, la plupart des organisations (hôpital, centre de santé, institut psychiatrique, etc.) prennent la forme d'une bureaucratie professionnelle. À ce jour, notre compréhension des bureaucraties professionnelles s'appuie sur l'analyse qu'en fait Mintzberg (1982), qui identifie le centre opérationnel comme leur partie clé. L'autonomie conférée aux professionnels porte sur les décisions d'ordre clinique, mais elle s'exprime aussi par le contrôle collectif qu'ils exercent sur les décisions administratives qui les affectent. Ainsi, la gestion des bureaucraties professionnelles se caractérise par un système d'influence mutuelle entre les dirigeants et les professionnels, lequel placent les dirigeants dans un rôle de

support ou de gardien de l'organisation. L'expertise managériale et l'expertise professionnelle viennent légitimer les agents publics ainsi que leurs interventions qui s'inscrivent dans un cadre de politiques et de programmes publics défini par les élus.

C'est par une telle division des pouvoirs décisionnels – entre, d'un côté, les professionnels et les gestionnaires et, de l'autre, les élus – que les gouvernements justifient l'idée de la démocratisation par l'organisation des services publics en général. Dès 1968, Mosher (1968: 5) se demande néanmoins: "How can we be assured that a highly differentiated body of public employees will act in the interests of all the people, will be an instrument of all the people?" En reprenant la célèbre phrase d'Abraham Lincoln à propos de la démocratie: «le gouvernement du peuple, par le peuple et pour le peuple», il est possible de constater qu'avec la division du travail comme instrument de démocratisation, la formule se restreint au gouvernement «pour le peuple»; le peuple ayant délégué leur pouvoir à des représentants élus qui, eux-mêmes, délèguent à des agents publics compétents (gestionnaires et professionnels) la gestion des services publics.

Le souci de transparence et de neutralité et les nombreux scandales d'abus ont fait prendre conscience à la population de l'importance d'en savoir davantage sur les modes d'organisation bureaucratiques des services tels que ceux en santé mentale. C'est pour répondre au besoin de consolider certaines valeurs démocratiques (comme la transparence et la neutralité) que se sont développés deux autres propositions organisationnelles: la technocratie et la participation.

Le virage technocratique

Alors que la bureaucratie renvoie au pouvoir des bureaux, la technocratie renvoie aux mérites de techniciens et leurs capacités de régler les problèmes, de plus en plus complexes (Sauvy, 1961). La technocratie se traduit par l'exercice d'un pouvoir, qui repose sur une connaissance d'expert dans un domaine, et non plus sur la connaissance des règles de fonctionnement de

l'organisation. Avec la technocratie, la source du pouvoir est donc en partie extérieure à l'organisation (Godbout, 1983).

Bien qu'il soit en principe indépendant, l'expert est présent à toutes les étapes décisionnelles et c'est à lui qu'incombe la préparation des décisions autant que leur application. Plus précisément, son expertise permet d'organiser le savoir pour que les décisions publiques soient appuyées sur des informations neutres et scientifiques, ce qui, d'un point de vue méthodologique, nécessite le développement de pratiques et d'outils de mesure qui permettent d'identifier la meilleure solution notamment par l'analyse coût-bénéfice (Bherer, 2011). La portée « démocratique » de la technocratie est d'ailleurs fondée sur la neutralité des experts — ce qui leur confère leur indépendance en rapport aux structures — et sur leur transparence — garantie par leurs compétences scientifiques. Par ailleurs, les experts ne sont généralement pas soumis directement au jugement et aux contraintes de l'intérêt public. Ainsi, en ultime instance, ce sont les politiciens qui sont responsables de leurs méfaits ou de leurs erreurs. C'est parallèlement à ce virage technocratique que se déploie également un « virage participatif » de l'organisation des services de santé mentale.

Le virage participatif

Contre une vision strictement représentative de la démocratie, qui amène son lot de division du travail, et du pouvoir décisionnel dans l'organisation des services ; contre, par ailleurs, une vision technocratique, plusieurs sociologues proposent une vision plus « participative » ou plus « directe » à l'organisation des services de santé mentale. Le système politique représentatif qui impose nécessairement des limites en termes de division des pouvoirs et de la prééminence de la bureaucratie, n'empêche pas la mise en place d'initiatives participatives au sein de l'organisation (Marshall in Box, 2007). En fait, toute initiative participative au sein de réseau de services de santé mentale s'adjoit nécessairement à une forme de technocratie et de bureaucratie professionnelle.

La participation institutionnelle impliquant côte à côte des travailleurs, des gestionnaires et des destinataires demeure aujourd'hui l'une des principales solutions mises de l'avant pour ramener la démocratie au cœur de l'organisation des services publics notamment en santé mentale. Selon Bherer (2011), les réformes de type Nouvelle Gestion Publique au sein de l'organisation de l'action publique traversant la plupart des États d'Europe (Blondiaux, 2008; Sorensen et Torfing, 2005), d'Amérique du nord (Bherer, 2011; Rouillard et Gagnon, 2008) et d'Amérique latine (Pacheco, 2011) constituent un des facteurs ayant conduit à la mise en place de dispositifs participatifs parmi les plus originaux et les plus ambitieux sur le terrain démocratique, comme ceux utilisant le tirage au sort ou encore ceux permettant de destituer un dirigeant – telles que les procédures électorales instituées avec une fréquence déterminée (Bazin, 2014).

Sans nécessairement soutenir l'idée d'un nouveau modèle d'organisation participative qui englobe la pluralité de pratiques se posant comme alternative au mode de coordination hiérarchique, d'autres recherches issues de diverses disciplines des sciences sociales et de la santé relèvent aussi la transformation des mécanismes par lesquels se définissent les conditions de participation, mais aussi de contrôle des acteurs dans l'organisation publique de la santé et des services sociaux. (Alderson et al., 2011 ; Fortier, 2012; de Gaulejac, 2010 ; Rhéaume et al., 2008) Cette orientation, communément nommée Nouvelle gestion publique, mène à une gestion décentralisée qui appelle une organisation des programmes et des services plus souple, ouverte sur l'environnement et capable de s'adapter à lui en mobilisant une diversité d'acteurs communautaires, universitaires et privés, tous plus ou moins responsables de la réalisation d'objectifs souvent définis puis évalués par des groupes d'experts ou par le haut d'une hiérarchie encore bien présente.

D'un point de vue technique, ces transformations se traduisent par le passage d'une conception de l'efficacité organisationnelle exclusivement fondée sur la rationalisation, les outils techniques et les procédures codifiées, vers une efficacité s'appuyant aussi sur l'autonomie des individus, leur esprit d'initiative et leurs expériences. C'est à travers l'implication des

individus dans différents espaces institutionnels de participation que devrait être obtenue l'optimisation de la production (Jetté et Goyette, 2010).

Les recherches de Box (2005; 2007) sur l'organisation des services publics états-uniens abordent la différence entre la "démocratie procédurale" (*procedural democracy*) "in which people have equal rights to participate in the economic and public life of society - the question of equality of opportunity" et la "démocratie substantielle" (*substantive democracy*): "in which society considers to what extent it will allow inequalities of wealth, power and privilege – the question of equality of outcome, situation and circumstances" (Box, 2007: X⁷⁴). Ces notions lui permettent notamment de découvrir que seule la « procedural democracy » réussit à prendre place dans l'organisation des services publics au détriment de la « substantive democracy » (Box, 2007). De ce point de vue, le projet de démocratisation par la participation instituée semble occulter les rapports sociaux de pouvoir. Les liens entre l'organisation et la démocratisation des rapports sociaux de pouvoir s'éclairent et se troublent à la fois lorsqu'on rapproche et qu'on confond l'idée de participation et de démocratisation par un rétrécissement du sens de la seconde au profit de la première. Cette indistinction relative soulève l'intérêt de se tourner vers l'histoire des théories des organisations pour tenter d'éclairer comment nous en sommes arrivés là.

Par un survol historique de la sociologie des organisations⁷⁵, je cherche à comprendre comment des études arrivent à identifier des pratiques qui contribuent à la démocratisation des rapports sociaux de pouvoir au sein de l'organisation des services de santé mentale; c'est-à-dire des pratiques qui permettent d'inclure les exclus du bas de l'organisation et de créer des rapports sociaux de pouvoir plus juste entre les individus occupant des positions différentes.

⁷⁴ Cette page est en chiffre romain.

⁷⁵ Sont ainsi mises de côté les études sociologiques portant sur l'organisation comme système politique tels que les études davantage inspirées de l'économie politique.

En d'autres mots, je veux savoir si ces études permettent de comprendre comment des pratiques agissent vers une distribution du pouvoir au sein de l'organisation des services de santé mentale.

Les approches classiques des organisations

Au début du XIX^e siècle, les changements d'échelle et la flexibilité que l'industrialisation et la structuration des États sociaux requièrent sont devenus des enjeux majeurs (Ballé, 2009). La difficulté de diriger des ensembles humains de cette envergure a fait de la connaissance de leur fonctionnement une priorité. Atteindre une meilleure efficacité par une meilleure organisation est apparu comme la clé du succès. Dans ce contexte, les innovations techniques et scientifiques en gestion étaient conçues comme des moyens pour améliorer le bien-être des travailleurs et la productivité des organisations.

Les études sur la bureaucratie de Weber et celle de l'organisation scientifique du travail⁷⁶ de Taylor s'inscrivaient dans l'air du temps et ont influencé la majorité des modes d'organisation du travail dans l'industrie et dans les organisations de services publics de l'Occident⁷⁷ et de l'Union soviétique⁷⁸. Leurs théories ont permis la construction d'un modèle classique de l'organisation des services publics de santé et de services sociaux constitué d'une grande

⁷⁶ Marshall résume la gestion scientifique du travail en énumérant 4 principes: "1- Organizations exist to accomplish production-related and economic goals; 2- there is one best way to organize for production, and that way can be found through systematic, scientific inquiry; 3- production is maximised through specialization and division of labor; 4- people and organizations act in accordance with rational economic principles." (2007 :45).

⁷⁷ Dès lors on tend à emprunter des modes de fonctionnement conçus pour répondre aux besoins des organisations privées dans le but de gérer les organisations publiques. Cette facilité de transfert des modèles et des méthodes organisationnelles entre des milieux de nature différente est due à l'importance accordée à la rationalisation des processus de travail par l'expertise au sommet pour toute organisation.

⁷⁸ Ces modèles, qui se répandent d'abord aux États-Unis au début du XX^e siècle, s'enracinent par la suite en Europe et en Russie. Le taylorisme et la bureaucratie mécaniste deviendront d'ailleurs les des modèles d'organisation du travail les plus importants de l'empire soviétique et ce, dès les débuts de la révolution.

bureaucratie mécaniste (la fonction publique) chapeautant diverses bureaucraties professionnelles (hôpitaux, asiles, écoles, prison).

Selon Tournay (2011 : 116) Weber s'interroge sur l'évolution des sociétés industrielles : «(...) la naissance et le développement du capitalisme ainsi que de la bureaucratie sont concomitants à l'extension de la rationalité en finalité qui renvoie aux types d'actions dont les moyens et les buts sont sélectionnés suivant leur efficacité ». Les recherches de ce sociologue allemand l'ont mené à étudier en profondeur l'organisation des services publics sous l'angle des rapports sociaux de pouvoir. Crozier (1963 :217) note toutefois que :

Son analyse de la rationalité bureaucratique qui repose sur la démonstration de l'importance de la notion de prévisibilité et des moyens de standardisation qui seuls, croit-il, la rendent possible, constitue un point de rencontre très significatif avec les théoriciens du modèle organisationnel taylorien dont Fayol⁷⁹ et Gulnick.

Pour leur part, les découvertes de Taylor sur le progrès par la rationalisation du travail se présentent à l'époque comme le modèle d'organisation le plus pertinent⁸⁰ pour tout type d'organisation confondu incluant celles de services de santé mentale. Le taylorisme se caractérise par une volonté d'augmenter la productivité par la modification de la structure de pouvoir dans le milieu du travail (Mendel et Prades, 2002). Ce modèle d'organisation a pour finalité d'augmenter l'efficacité des ouvriers en décomposant le travail et les tâches de chaque agent en opération simples à exécuter. Cette rationalisation est confiée à des « ingénieurs du travail » garants de la rapidité et de l'efficacité de l'agent et qui exercent un contrôle quasi absolu sur eux. Toute décision sur les modes de fonctionnement est prise par ces ingénieurs. Les tâches et les actions qui en découlent doivent être exécutées par l'agent. Par conséquent, l'organisation taylorienne est dominée par la recherche de comportements rationnels et

⁷⁹ Fayol développa aussi des modèles organisationnels spécifiques qui influencent l'organisation divisée par fonctions. Ces modèles sont, encore aujourd'hui, présents dans divers administrations publiques occidentales notamment celles de certains états des États-Unis (Box, 2007).

⁸⁰ Cela semble encore le cas aujourd'hui si l'on se fie à Martin (1994:11): « L'enjeu à toutes les époques a été et reste de dépasser le modèle taylorien d'organisation du travail.»

instrumentaux contraints par un gouvernement hiérarchique et centralisé. Cette hiérarchie suppose aussi un savoir rigoureusement divisé entre les individus. Un pouvoir informationnel et décisionnel partiel est alloué par le centre à ces petits groupes, par décomposition du processus de travail dont il conserve l'information générale. Il n'y a donc pas vraiment de gestion locale de ce savoir général dans une prise en compte de l'environnement de l'action (Boltanski et Chiapello, 1999).

Les approches classiques et la démocratisation par l'organisation

Selon Crozier (1963 :178), les chercheurs et concepteurs des approches classiques et mécanistes de l'organisation « souhaitent échapper, grâce à la science, aux problèmes du pouvoir que posent les organisations modernes. » Il donne l'exemple de Taylor qui, selon lui, pensa agir en ce sens en mettant « l'accent sur les stimulants financiers et les contrôles techniques, au lieu de le mettre sur le commandement et les problèmes humains » (1963 :178). La portée démocratique de la technique et de la science repose sur leur efficacité à séparer la dimension administrative et la dimension politique dans l'organisation. Autrement dit, en suivant cette logique, la technique assure la neutralité, la transparence, tout en garantissant l'efficacité des processus. Cette logique, associant démocratisation et rationalisation technique et scientifique, a contribué au déploiement retentissant des bureaucraties mécanistes et professionnelles dans les États occidentaux et parfois au-delà. En fait, la bureaucratie étaient conçues comme le mode d'organisation le plus efficace pour garantir rationnellement les intérêts du peuple au sein de l'action publique (Weber, 1995).

Plusieurs critiques se sont élevées contre une telle approche du rapport entre organisation et démocratisation. On lui reprocha notamment de faire fi du problème des rapports sociaux de pouvoir produits et reproduits par l'organisation (Ballé 2009; Crozier, 1963; Lapassade et Lourau, 1971; Martin, 1994; Scott, 2004). Au lieu de poursuivre sur cette voie, l'historiographie du champ se tourne plutôt exclusivement vers les recherches regroupées sous

l'égide des « relations humaines » et leurs critiques humanistes et psychosociales des approches classiques.

Les approches des relations humaines

La sociologie des organisations a en fait pris naissance à partir de l'affaiblissement du modèle classique (mécaniste et fonctionnaliste) de l'organisation (Scott, 2004). Ce modèle voit en toute organisation un ensemble intégré ayant à remplir des fonctions à la fois internes et externes (Courpasson, 2000). Dès les années 1920, des chercheurs en sciences sociales reprochèrent aux études inspirées par un tel modèle de négliger la santé et le bien-être psychologique des individus.

Tout l'effort scientifique des psychologues, des sociologues, des pédagogues et des expérimentateurs sociaux qui ont été les maîtres à penser de cette période, s'est développé contre la conception utilitaire du progrès et contre le taylorisme et son schéma mécaniste du comportement humain sur lequel on avait jusqu'alors vécu en matière de travail et d'économie. (Crozier, 1963 :178)

Au cœur de l'approche des relations humaines l'on retrouve le courant interactionniste et le courant participatif.

L'École interactionniste des relations humaines

Le courant interactionniste est issu des expériences de Mayo (1880-1949) et de Roethlisberger (1898-1974) à la Western Electric et à la *Training Within Industry*, de mêmes que des travaux du groupe rassemblé à l'Université de Harvard à la fin des années 1930 autour de Mayo, de Follett (1868-1933), de Barnard (1886-1961) et de Whitehead (1861-1947) (Crozier, 1963; Lourau, 1981; Marshall in Box, 2007 ; Mendel et Prades, 2002). En prenant en considération la motivation des employés, ces chercheurs ont mis en lumière les relations entre des conditions de travail adéquates, le climat de travail bénéfique et la productivité. Selon Crozier (1963), c'est à ce courant d'inspiration ethnologique, plus positiviste et empirique que

théorique, que revient la découverte du « facteur humain » dans l'étude des organisations. Qui plus est, ce courant a révélé l'existence de tout un ensemble de sentiments complexes qui gouverne les réponses et les refus des individus aux exigences de la production et a obligé à remettre en question les philosophies de l'action, qui, à l'époque, étaient pour la plupart fondées sur une vision fonctionnaliste de l'agir et des rapports sociaux de pouvoir. Par exemple, les travaux de Follett⁸¹ exposent comment les relations humaines constituent l'élément central de toute action organisée⁸². Son approche « intégrative » la mena à démontrer comment : “human activity resists reduction to causal analysis” (Marshall, in Box, 2007:47). À ses yeux, les relations humaines ne sont jamais statiques et jamais isolables de leurs réseaux d'interdépendance et d'inter-influence⁸³. De telles recherches qui attaquaient le modèle du comportement mécaniste sur lequel repose les analyses classiques de l'organisation et qui exposaient la complexité des relations humaines et de leur informalité ouvrirent la voie pour l'étude de la dimension politique de l'organisation et des rapports sociaux de pouvoir.

Le courant participatif des relations humaines

Un autre groupe demeure très influent dans le courant des relations humaines. Il s'agit de celui rassemblé au *Massachusetts Institute of Technology* (MIT) autour du psychologue juif allemand Kurt Lewin (1890-1947). Lewin est surtout célèbre pour ses recherches sur la dynamique des groupes et sur le changement normatif et rééducatif (Tessier et Tellier, 1993). Porté par une volonté de démocratiser les rapports humains par la participation et le

⁸¹ Cette femme, dont les recherches furent aussi influentes que celle de Mayo à cette époque à Harvard, fut toutefois complètement évacuée de la plupart des analyses historique du champ des organisations occidentales, restant toujours dans l'ombre de Mayo.

⁸² Selon Marshall (in Box, 2007 :47), contrairement à la plupart de ses collègues masculins du groupe de Harvard: « Follett did not see social cooperation as merely a functional element of industrial organization. Rather she saw it as evidence of the vital human bond between people. In a word, social process – the process of relating to others, an engagement of social experience- was a prerequisite to all human action. For Follett, relationship is the primary unit of analysis and the wellspring from which all else unfolds. »

⁸³ Elle s'opposa ainsi aux théories de l'équation stimulus-réponse de son contemporain Pavlov.

consensus⁸⁴, il fut l'un des premiers à démontrer l'importance de l'acceptation et de l'adhésion libre et consentie des individus pour le bon fonctionnement des groupes en organisation. Ses recherches s'appuient toutes plus ou moins sur l'hypothèse que de meilleures relations humaines sont garantes d'un fonctionnement démocratique et optimal de l'organisation⁸⁵. De tels travaux ont d'ailleurs contribué au développement des premiers dispositifs misant sur l'intensification de la participation personnelle, de la communication interpersonnelle ainsi que sur les processus de rétroaction (Sévigny, 1977). Encore aujourd'hui, de tels dispositifs sont mis en place dans le but d'œuvrer à la démocratisation et à la rationalisation des relations humaines⁸⁶. Ces découvertes constituent un appui scientifique de taille à la thèse de la démocratisation par l'organisation⁸⁷ (Marshall in Box, 2007).

⁸⁴ Par son histoire de vie, juif allemand exilé aux États-Unis peu de temps avant la Seconde Guerre mondiale, il a hérité des valeurs états-uniennes comme le triomphe de la croissance, le souci scientifique, l'idéal démocratique, la lucidité par l'application de la pensée rationnelle, la valorisation de l'authenticité, la préoccupation à l'égard des relations d'assistance et des problèmes d'autorité (Rondeau, 1980).

⁸⁵ L'ouvrage en huit tomes paru sous le titre *Changement planifié et développement des organisations* (Tessier et Tellier, 1993) offre un tour d'horizon assez complet de ces interventions.

⁸⁶ Dans les années 1940, plusieurs des successeurs de Lewin regroupés au *National Training Laboratories* (NTL) à Bethel, au Maine tels que Ronald Lippitt (1938-1987) poussèrent ces idées vers la recherche appliquée. Des stratégies telles que le Groupe de formation (*T-group*), l'enquête rétroaction (*feed-back*) et le processus de résolution de problème incitèrent les participants à s'entraider dans la remise en question de leurs habitudes tout en inspirant des attitudes et des valeurs démocratiques, ainsi qu'un comportement rationnel (Rhéaume, 1991, 1992). Ses stratégies contribuèrent à décimer les premières formes de gestion participative dans les organisations des services publics des États-Unis et, plus tard d'Europe. Il se dégage de ces stratégies un modèle du « bon » participant — celui qui valorise le groupe et la contribution de chacun et l'expression des sentiments — pour assurer la productivité de groupe comme valeur centrale (Tessier, 1981). Par les valeurs démocratiques et rationnelles qu'elles véhiculent, ces stratégies de participation s'harmonisent avec le principe de « plus de bien-être pour plus de productivité ». (Lapassade, 1975 ; Meignant, 1980) Ce n'est pas une coïncidence si ces idées ont constitué « la plus importante référence idéologique, le guide et l'inspiration de toutes les techniques de formation qui se sont développées en Amérique, puis en Europe » (Crozier, 1963 :178) dans la première moitié du XXe siècle.

⁸⁷ À titre d'exemple, dans les recherches réalisées en collaboration avec Margaret Mead (1901-1978) à l'Université de l'Iowa, Lewin découvrit que les processus organisationnels fonctionnent davantage lorsqu'ils sont issus de processus de décisions inclusifs (Marshall in Box, 2007). Lewin soutient alors que les processus de participation démocratique demeurent essentiels à l'efficacité organisationnelle (Sévigny, 1977). Plus tard, il réussit à démontrer que c'est le style « démocratique » de commandement d'un groupe – en comparaison avec le style « laisser-faire » et le style « autoritaire » - qui permet d'arriver le plus efficacement aux changements de comportements des participants et à l'efficacité organisationnelle.

Les approches des relations humaines et la démocratisation par l'organisation

La position humaniste de la plupart des chercheurs pionniers des approches dites des « relations humaines » se fonde sur un pragmatisme rationnel et démocratique introduit par les états-uniens Charles Sanders Peirce (1839-1914), William James (1842-1910) et John Dewey (1859-1952). Le pragmatisme prétend mettre la pratique au fondement de la philosophie en prenant acte que celle-ci est au cœur de toute activité humaine (Haber et Cotten 2004). Il n'y a donc pas de dualisme entre empirisme et rationalisme de même qu'entre théorie et pratique.

Selon Dewey (2003), le pragmatisme demeure la « philosophie de la démocratie ». Il concevait la démocratie comme le mode d'association par excellence puisqu'elle permet « [...] la personnification des possibilités inhérentes à la vie sociale en tant que telle, qui reposent sur le consensus et ont pour but d'assurer la possibilité de "*self-development*" de tous ses membres » (Bienenstock et Tosel, 2004 : 192). Dans cette logique, la démocratie devient possible par l'acquisition d'« habitudes démocratiques individuelles » produites culturellement, d'où l'importance, pour Dewey, de développer des pratiques collectives et éducatives faisant la promotion de la pensée scientifique — c'est-à-dire de la méthode instrumentale — afin de cultiver la raison pratique (le pragmatisme) dans des situations morales. Ainsi, si les pratiques dans les organisations se fondent sur une telle approche de la raison pratique, elles tendent, selon Dewey, à démocratiser les rapports sociaux de pouvoir.

Cette approche de la démocratisation par l'organisation collective et éducative a grandement inspiré les deux principales approches des relations humaines – le courant interactionniste et le courant participatif - dans l'étude des organisations et de leur rapport à la démocratisation ainsi que dans la mise en place de pratiques dans les milieux organisés d'Amérique du Nord, d'Europe et d'Amérique latine.

Toutes ces recherches mettent l'accent sur les dimensions personnelles et interpersonnelles de l'organisation. Une telle posture caractérise la manière dont la plupart des chercheurs des relations humaines abordent la dimension sociopolitique de l'organisation - son gouvernement, les mécontentements, les divisions, les conflits et les rapports sociaux de pouvoir - est pour sa part négligée. (Crozier, 1963; Lapassade et Lourau, 1971; Guattari, 1980; Marshall in Box, 2007; Mendel et Prades, 2002) Une telle orientation de la recherche marque la manière d'aborder la démocratisation par l'organisation⁸⁸. À la même époque, des sociologues s'inspirèrent du courant des relations humaines tout en allant plus loin dans la compréhension empirique des bureaucraties publiques et de leurs « dysfonctions ».

Les approches des dysfonctions bureaucratiques

Selon Beze et Pierru (2012 :45), de la fin du XIXe siècle à la première moitié du XXe siècle, les chercheurs s'intéressant à la bureaucratie véhiculent, « [...] une orientation normative qui souhaite améliorer les fonctionnements politiques, administratifs et sociaux en les rendant moins clientélistes, moins corrompus et plus efficaces ». Dans les années 1940, un premier groupe de sociologues développent un tel tournant empirique. Ce groupe rassemble entre autres Blau, Gouldner et Selznick⁸⁹, qui partagent une vision inspirée par Merton (1910-2003), un des pionniers de l'étude des bureaucraties états-uniennes⁹⁰.

⁸⁸ De manière critique, Lapassade et Lourau (1971 :135) soutiennent que ce courant repose sur une idéologie – le « libéralisme réformiste » - qui limiterait la portée sociale du projet de démocratisation.

⁸⁹ Selon Crozier (1963 :223) : «L'apport original de Selznick concerne le problème des moyens de contrôle dont l'organisation dispose pour empêcher ce processus d'aller trop loin. Pour sa part, Gouldner distingue la bureaucratie centrée sur l'expertise et la bureaucratie de type punitif. Il a su montrer d'une part que la punition fonctionne dans les deux sens, c'est-à-dire que la règle bureaucratique est utilisée par les ouvriers aussi bien que par l'ordre hiérarchique et d'autre part que l'existence de règles dont l'application peut être suspendue constitue un terrain de négociation excellent et un instrument de pouvoir pour les deux parties. Ainsi, les ratés du système ne sont plus des dysfonctions mais des fonctions latentes. »

⁹⁰ Beze et Pierru (2012) précisent que ces derniers sont aussi grandement inspirés, par les travaux de Simon et de son ouvrage *Administrative Behavior* ([1947] 1976). Je reviendrai sur la portée de cet ouvrage subséquemment.

Contrairement aux chercheurs de relations humaines, Merton et ses successeurs ne rompent pas avec le modèle de bureaucratie dont rend compte Weber, comme ces derniers l'ont fait avec l'analyse taylorienne. (Bherer, 2011, Crozier, 1963) Merton montre plutôt comment le « type idéal » de bureaucratie étudié par Weber entraîne des conséquences secondaires inattendues contraires aux objectifs et aux principes rationnels de l'organisation (Merton, 1938). Il met en lumière un écart considérable entre le prescrit formel et le fonctionnement réel de différentes bureaucraties ainsi que les impacts de cet écart sur l'efficacité collective. Son apport dans l'étude des organisations repose sur la découverte de cet écart. Plus précisément, ses recherches ont permis d'identifier comment le fonctionnement d'une gestion bureaucratique est exposé à des difficultés qualifiées de « conséquences inattendues » ou de « dysfonctions bureaucratiques » (Merton, 1938; Lapassade, 1970)⁹¹. Or, la plupart des travaux sur les dysfonctions bureaucratique n'abordent pas leurs rapports au gouvernement de l'organisation et aux rapports sociaux de pouvoir⁹² (Beze et Pierru, 2012; Crozier, 1963; Lapassade et Lourau, 1971).

⁹¹ Par exemple, Merton (1938) identifie la tendance à la « ritualisation bureaucratique » - désignant le repli constant des agents sur la règle écrite, le mandat prescrit, devenant une forme de rigidité défensive contre toute nouveauté ou agression possible de l'extérieur ; Selznick (1948) souligne la tendance des agents publics à affirmer leur champ de spécialité et l'autonomie de leur secteur dans la poursuite des intérêts particuliers, au risque d'aller à l'encontre de ceux de l'organisation ; Gouldner (1954), en distinguant une bureaucratie d'expertise et une bureaucratie punitive, montre comment la difficulté à se conformer aux règles prescrites peut engendrer, dans le deuxième cas, un excès de contrôle, de supervision qui empêche un fonctionnement rationnel de l'organisation.

⁹² Une étude de Selznick (1948) semble toutefois faire exception à cette tendance. En effet, Beze et Pierru (2012) relate comment sa recherche réalisée auprès la *Tennessee Valley Authority* (TVA) révèle le fonctionnement de l'organisation et la multiplicité des liens qu'elle entretient avec la « communauté politique » au sein de laquelle elle s'inscrit. Selznick montre notamment l'originalité de la philosophie politique de la TVA, qui met en avant la notion de démocratie participative (*grass roots democracy*) pour initier une politique de développement régional concertée, reposant sur une prise en compte des besoins des populations locales. (Beze et Pierru, 2012)

Les approches des dysfonctions bureaucratiques et la démocratisation par l'organisation

Contrairement aux travaux du courant des relations humaines, les études portant sur les dysfonctions bureaucratiques abordent la question du pouvoir que les bureaucraties peuvent exercer sur les individus. La critique porte entre autres sur les pathologies sociales générées par les bureaucraties et s'étend à l'idée qu'elles constituent une sorte de Léviathan portant atteinte à la nature humaine (Beze et Pierru, 2012 ; Crozier, 1963). On leur reprocha de demeurer centrés sur les dimensions personnelles et interpersonnelles tels que les comportements et les interactions constitutives des fonctionnements administratifs au détriment de la description des propriétés formelles des bureaucraties, de leur gouvernement et de leur rapport au politique en général. Ces critiques permirent, d'une part, des études du courant « néo-rationaliste » à la suite des travaux sur la prise de décision publique de Simon (1944), de ceux de la sociologie française des organisations initiée par Crozier et Friedberg (1977) et des travaux des organizational studies anglo-saxonnes inspirées des théories des systèmes ouverts (Winner, 1940). Ils virent, d'autre part, des recherches critiques issues des travaux néo-marxistes (Lapassade et Lourau, 1971) et, plus récemment de ceux inspirées des théories poststructuralistes. (Deleuze et Guattari, 1972, 1980 ; Lazzarato, 2004 ; Rancière, 1998)

Les approches néo-rationalistes des organisations

C'est dans les années 1950 que s'est développée, aux États-Unis, l'étude des prises de décisions publiques, qui prit les travaux Simon et March ([1958] 1971) autour de la « rationalité limitée » comme référence principale. Selon Crozier (1963:185), les recherches sur les organisations publiques de ces sociologues et économistes sont marquées par « un retour au rationalisme, mais sous une forme différente de l'analyse mécaniste classique, puisqu'il s'agit d'un type d'analyse qui doit permettre d'intégrer toutes les connaissances acquises en matière de relations humaines. » Le renversement de perspective au cœur de ce

nouveau courant s'opéra à partir de la reconnaissance du caractère libre et actif de chaque agent humain au sein d'une organisation⁹³. Toujours selon Crozier, le courant néo-rationaliste proposa une approche nouvelle des rapports de pouvoir, de surcroît, « la plus prometteuse » dans le champ de l'étude des organisations⁹⁴ (Crozier, 1963).

La perspective néo-rationaliste est reprise puis transformée par les recherches de Crozier et de ses collègues de la sociologie française des organisations sur les bureaucraties et les entreprises. Certaines recherches anglo-saxonnes présentent aussi des similarités avec la mouvance néo-rationaliste sur le plan de l'étude des rapports sociaux de pouvoir. En effet, bien qu'elles diffèrent de ce courant sur le plan théorique (en s'inspirant notamment de l'approche des systèmes ouverts) ainsi que sur le plan des objectifs de recherches (en cherchant par exemple à mieux composer avec la complexité des phénomènes organisationnels sans les isoler de l'environnement dans lequel ils naissent et évoluent), elles s'en rapprochent sur le plan normatif lorsqu'elles omettent d'intégrer ou, *a minima*, de reconnaître les rapports sociaux de pouvoir. Chacune de ces trois approches participe à cette omission (Scott, 2004; Ballé, 2009). Comment, sous cet angle, abordent-elles l'idée de démocratisation par l'organisation?

⁹³ Selon Crozier (2015), cette reconnaissance ouvre vers une nouvelle forme de rationalisme dont les bases sont, d'une part, une théorie nouvelle de l'action - fondée sur le concept simonien de « rationalité limitée » des acteurs par lequel sont introduits plusieurs éléments contingents dans une organisation qui apparaissait comme un univers déterministe- et, d'autre part, une théorie nouvelle du pouvoir développée dans une perspective instrumentale par des politologues comme Robert Dahl, James March à partir de recherches sur les groupes et de la théorie des jeux.

⁹⁴ L'histoire donne raison à Crozier puisque depuis les années 1980, les travaux de ces deux états-uniens déterminent les fondements théoriques et les fondements pratiques au cœur des réformes managériales des systèmes de santé et de services sociaux - communément nommée la Nouvelle gestion publique (NGP) - de la plupart des États occidentaux dont les États-Unis (Marshall in Box, 2007), le Québec (Rouillard et Gagnon, 2008) et le Brésil (Pacheco, 2011).

Les études de la prise de décision publique

Un des principaux apports des travaux sur la prise de décision publique aux théories des organisations demeure le modèle de la « rationalité limitée » de Simon (1944, [1947] 1976)⁹⁵. Ce modèle postule, d'une part, que les individus participant à un processus de prise de décision sont rationnels dans leurs intentions, mais limités par leurs capacités. Il postule, d'autre part, que l'organisation constitue un ensemble de « nœuds de contrats », ce qui, selon Bernoux (2002), déplace l'accent de la recherche de la gouvernance hiérarchique vers celle, plus libérale, des « contrats ». Les modes de légitimation des décisions relèveraient ainsi moins d'un fondement rationnel univoque que d'un échange d'arguments dans le cadre d'un débat organisé avec les destinataires de cette décision. De tels processus de légitimation augmentent l'incertitude qui pèse sur l'organisation et surtout sur les décisions prises.

Simon et March ([1958] 1971) proposent alors des moyens organisationnels afin de diminuer l'incertitude et d'augmenter l'efficacité. L'organisation se doit de standardiser les comportements par des dispositifs de contrôles spécifiques. Sous cet angle, l'individu demeure continuellement soumis à des stimuli qui l'obligent à adopter des chemins contrôlés par l'organisation. Suivant cette logique, les individus n'acceptent pas les buts de l'organisation parce qu'ils les partagent ou parce qu'ils y croient, mais plutôt parce que l'organisation dispose de mécanismes faisant en sorte que leurs comportements et leurs valeurs individuelles soient cohérents avec l'atteinte de ses objectifs. Selon Courpasson (2000), ce sont d'ailleurs les formes de contrôle « souple » ou « indirect » pesant sur les prémisses des décisions qui constituent, en définitive, la voie par laquelle Simon et March prennent en compte les rapports de pouvoir au sein de l'organisation⁹⁶.

⁹⁵ En 1978, Simon obtint le prix Nobel d'économie pour son ouvrage *Administrative Behavior* ([1947] 1976) dans lequel il présente le modèle organisationnel de la rationalité limitée. Le Comité du Nobel le définit alors comme « l'œuvre la plus marquante de son époque ». (Balducci, 2009 : 541)

⁹⁶ Plus tard, d'autres chercheurs de l'École du *Public Choice* dont Buchanan et Tullock (1965) élargissent le concept d'agir rationnel aux comportements « irrationnels ». Gruening (2001:5) explique à ce sujet que: "Their

Les études de la prise de décision publique et la démocratisation par l'organisation

Les travaux sur la prise de décision publique parviennent à démontrer la pertinence d'un modèle d'organisation décentralisé avec des dispositifs de contrôle indirect et aussi des zones d'autonomie des individus impliqués (Jardat, 2012). Ces zones d'autonomie prennent souvent la forme de dispositifs de participation impliquant des travailleurs et des destinataires au côté de gestionnaires. Ceux-ci s'inscrivent généralement dans un scénario stratégique plus large en matière d'adaptation, de réactivité locale ainsi que de prévention des conflits (Lapointe et al., 2003). Balducci (2009 :553) soutient qu'un tel modèle d'organisation constitue « une alternative efficace et démocratique faisant enfin prévaloir l'individu dans le rapport organisation/individu ». En considérant le contrôle indirect et la participation institutionnelle comme des outils de « démocratisation » sans égard aux rapports sociaux de pouvoir qu'elles peuvent contribuer à produire et reproduire, on risque de restreindre, une fois de plus, l'étude de la dimension sociopolitique à l'organisation. D'autres courants, dont la sociologie des organisations française inspirée par les travaux de Crozier et Friedberg ([1967] 1977) ainsi que les *organizational studies* fondés sur la théorie des systèmes ouverts, suivent cette voie.

L'école française de la sociologie des organisations

Crozier (1963) voit dans les recherches sur la prise de décision publique introduites par Simon et March, des « pistes prometteuses » pour l'étude des organisations. D'une part, elles démontrent que « les membres d'une organisation ne sont pas seulement mus par des

approach is based on the assumption that individuals pursue their own aims and act according to their preferences. It assumes a different concept of rationality than Simon did. From the public-choice perspective, rationality is not bounded compared with a theoretical optimum; rather, rational behavior is when a person acts to pursue his or her aims according to his or her knowledge of the situation. For example, a Native-American who believes that rainedancing produces rain and who begins to dance in a severe drought is behaving rationally.”

motivations d'ordre affectif⁹⁷, mais agissent comme des acteurs autonomes avec leurs stratégies propres (...) » (1963 :224) et, d'autre part, elles rendent compte des « problèmes de gouvernement »⁹⁸ liés notamment aux « jeux de pouvoir » entre les acteurs. Crozier va plus loin dans l'étude de ce dernier enjeu⁹⁹. Il découvre notamment que le pouvoir d'un individu à l'intérieur d'une organisation dépend de sa capacité de contrôler une source d'incertitude déterminante pour la bonne marche de l'organisation.

Crozier (1963) seul et, plus tard, Crozier et Friedberg ([1967] 1977) souhaitent comprendre les possibilités d'actions, plus que d'asservissement, existant dans les organisations. Dans leurs recherches ils se sont affairés à démontrer qu'aucun cadre organisationnel ne peut totalement contraindre les individus. De ce point de vue, l'approche mécaniste classique de l'organisation apparaît comme un échec car l'organisation ne peut pas vraiment être gouvernée rationnellement et de façon centralisée. Ces sociologues ont alors choisi de remplacer l'approche fonctionnaliste¹⁰⁰ de l'organisation pour se tourner vers un « schème actanciel ». Selon Quivy et Campenhoudt (2006 :91) :

Cette approche théorique est fondée sur l'idée que les comportements des «acteurs» sociaux ne peuvent être réduits à des effets de structure ou de systèmes. Les acteurs

⁹⁷ Comme dans la plupart des recherches inspirées de l'École des relations humaines.

⁹⁸ Crozier explique ce qu'il entend par « problème de gouvernement » : « Toute organisation, quelle que soit sa structure, quels que soient ses objectifs et son importance, requière de ses membres un montant variable mais toujours important de conformité. Cette conformité sera obtenue, pour partie par contrainte, pour partie en faisant appel à la bonne volonté. Les deux types de motivations sont toujours mêlés, mais leur part respective et surtout leur forme peuvent varier beaucoup. Finalement, la façon de parvenir à la conformité nécessaire constituera toujours le problème fondamental que pose le gouvernement d'une organisation. » (1963 :224) Il précise plus loin que : « l'exigence de conformité, contrairement à une opinion trop souvent répandue n'est pas à sens unique. Les subordonnés se servent aussi de la conformité pour lier la direction et se protéger ainsi contre elle. » (1963 :227).

⁹⁹ Ses recherches l'amènent à constater que les traits qui caractérisent le « phénomène bureaucratique » sont en fait les dysfonctions des éléments rationnels elles-mêmes et non pas leur cadre formel.

¹⁰⁰ En paraphrasant Quivy et Campenhoudt (2006 :89), il est possible de préciser que pour l'approche fonctionnaliste une organisation constitue un tout relativement cohérent qui a tendance à se reproduire et à rechercher son équilibre et sa cohésion. Chaque élément de l'organisation contribue objectivement à la reproduction et à la cohésion de celle-ci. Le concept de fonction représente non pas la tâche ou la mission de cet élément - comme dans le sens courant du terme-, mais bien cette contribution objective.

agissent et leurs actions sont intentionnelles et stratégiques. Les phénomènes expliqués en étant des composantes et résultantes de ces actions. Les (organisations) qui conditionnent les actions sont elles-mêmes produites par elles.

Crozier et Friedberg délaissent peu à peu la notion d'organisation au profit de celle d'« action organisée », c'est-à-dire une « construction sociale contingente, liée aux stratégies individuelles et collectives et aux jeux d'interactions qui leur donnent forme¹⁰¹ » ([1967] 1977 : 99). L'organisation y est décrite comme un lieu d'affrontements et de conflits, comme un espace régi par le modèle de la concurrence, des contrats et de la rivalité interpersonnelle et intergroupe. Celle-ci serait donc gouvernée par des logiques informelles du pouvoir de contournement de ses règles. Selon Courpasson (2000 :59): « Cette logique se retrouve autant dans leur compréhension des actions stratégiques entre l'acteur et le système qu'entre le système et son environnement. (...) L'organisation libérale trouve ici, par conséquent, l'une de ses principales sources théoriques. »

Plus tard, Friedberg (1997, 2001) va plus loin en affirmant que le concept d'organisation doit être « déconstruit ». À « l'organisation » doit se substituer la notion de « processus organisationnel » au sein duquel s'expérimentent les jeux de pouvoir entre acteurs autonomes. Avec cette vision « processuelle », Friedberg cherche à dissocier l'organisation rationnelle des théories fonctionnalistes classiques d'un modèle « libéral » marqué par l'assouplissement, la décentralisation et la fluidité. D'autres ténors de la sociologie française des organisations (Sainsaulieu, Terssac, Reynaud, Bernoux) suivent le pas et délaissent la notion d'organisation afin de mettre l'emphase sur la dynamique d'un « réseau de sociabilité », voire d'une « communauté » avec une « culture » et des « identités » (Sainsaulieu, 2006; Sainsaulieu et al. 2010), en interaction permanente avec l'environnement qui l'entoure. Alors que l'organisation était définie à partir des règles, des procédures, des hiérarchies, le « réseau » suggère l'idée de

¹⁰¹ Par exemple, une de leurs études célèbres en France (l'atelier du Monopole industriel (1967)) propose une analyse de la recherche de maîtrise des zones d'incertitude par les salariés. Ces zones sont liées aux pannes des machines, et la maîtrise de la réparation de ces pannes. Cette maîtrise permet aux salariés d'entretien de disputer victorieusement du pouvoir dans l'atelier.

processus susceptibles de produire des valeurs, des innovations, de les diffuser et de les légitimer.

En somme, l'organisation et son gouvernement sont conçus et étudiés comme des construits temporaires autour desquels des arrangements se négocient continuellement. Il n'y a rien de vraiment stable dans cet ensemble dissout en « processus organisés ». L'acteur n'accomplit pas un rôle déterminé, il le crée de manière continue. On lui préfère un modèle de négociateur autonome dans lequel le pouvoir prend une figure neutre et pacifique. Si le processus organisationnel est politique, ce n'est pas ici au sens de sa gouvernabilité, mais au sens des réarrangements incessants et précaires auxquels il donne lieu (Courpasson, 2000).

L'école française de sociologie des organisations et la démocratisation par l'organisation

Comme conséquence possible de l'exercice du pouvoir, l'inégalité est le résultat de « jeux » et de « négociations » autour des « zones d'incertitudes » et des « marges de liberté » des acteurs plutôt que celui de contraintes venant de l'organisation du travail ou du contexte social et économique plus large. Ces « jeux » reposent sur un principe d'équivalence implicite entre les acteurs de l'organisation selon lequel leurs ressources et leur positionnement social différencié ne sont pas pris en compte (Flocco, 2006). Toute contrainte - voire toute inégalité de pouvoir - est négociable et modifiable par les jeux des acteurs. Dans cette perspective, contrainte et autonomie ne sont pas opposées, mais représentent les deux facettes indissociables de l'action. (Crozier et Friedberg, [1967] 1977: 134) Pour étudier ces jeux, ces sociologues français mettent l'accent sur les objectifs, les stratégies et la logique de l'acteur plutôt que sur les contraintes de l'organisation ou sur les inégalités sociales plus larges :

Même si le poids de l'environnement et des structures joue un rôle, l'hypothèse est que celui-ci est suffisamment intégré dans la logique d'acteur et les structures de l'organisation pour qu'il suffise de décrire la relation entre ces derniers. [...] Ainsi, on ne s'interrogera pas sur les raisons éloignées de ces stratégies (déterminisme de l'environnement ou structure sociale) (Bernoux, 2009: 40).

Les études organisationnelles inspirées du schème actanciel mettent ainsi de côté l'analyse des règles et des contraintes autres que celles construites localement par les acteurs. Les contraintes existantes sont produites par les actions des acteurs pour structurer leur jeu; elles ne préexistent pas à ce dernier. Le contrôle hiérarchique ou panoptique, tout comme les inégalités sociales de pouvoir sortent du radar au profit des compromis et des contrats établis entre les acteurs. L'idée de contrôle est dissoute dans une volonté de démocratisation des processus organisationnels au sein desquels tout « acteur-entrepreneur » (Friedberg, 1997, 2001)¹⁰² devient co-responsable du gouvernement de l'organisation en devenir constant.

La volonté managériale de contrôle des actions et des informations provient en quelque sorte de tous les acteurs. Une telle manière d'aborder les rapports sociaux de pouvoir ne peut faire autrement que de contribuer à une conception restreinte de la démocratisation, qui devient synonyme d'autonomie et de liberté individuelle (Bazin, 2014; Jardat, 2012). L'idée de démocratisation par l'organisation se traduit alors par la mise en valeurs de pratiques favorisant une telle autonomie et une liberté individuelle.

Par un autre chemin, celui des théories des systèmes ouverts, les *organizational studies* anglo-saxonnes constituent un ensemble de recherches faisant aussi l'économie des rapports sociaux de pouvoir dans leurs études des organisations (Scott, 2004).

Les organizational studies inspirées des théories du système ouvert

Le champ des *organizational studies* constitue un corpus de recherche varié. Scott (2004) note comment un nombre grandissant des études empiriques demeurent influencées par la théorie

¹⁰² Guidé par l'image de l'«entrepreneuriat social», Friedberg défend l'idée selon laquelle l'acteur sait toujours trouver les ressources qui vont lui permettre de construire son parcours, sa vie, en déjouant tous les déterminismes sociaux pour augmenter sa liberté d'action.

des systèmes ouverts dans leur manière de conceptualiser et d'analyser les organisations. C'est d'ailleurs dans ce champ des sciences sociales que ces théories ont le plus d'impacts :

Although these ideas penetrated numerous fields of study, including sociology, nowhere did they have a larger impact than in organization studies. [...] In sum, the history of organization studies generally and organizational sociology in particular has been dominated in recent decades by the logic of open system (Scott, 2004: 5 et 10).

Toujours selon Scott (2004), ce serait en raison de leur contribution à l'ouverture de l'organisation à son environnement que les théories des systèmes ouverts se répandent autant dans les études sur les organisations aux États-Unis et en Occident en général. Ce cadre théorique permettrait, entre autres, de mieux saisir certains changements contemporains dans les stratégies de gouvernance des organisations telles que l'externalisation¹⁰³ et la production en réseau (comme les *clusters*). Dès les années 1940, ont lieu les premières études concevant l'organisation non plus comme une entité rationnelle (instrument modulable en fonction de fins déterminées), mais comme un « système naturel » (organisme composé de multiples parties interdépendantes cherchant à se maintenir en vie en s'adaptant à leur environnement). À titre d'exemple, le modèle informationnel de Wiener (1949) fournit un cadre scientifique global et apolitique priorisant l'adaptation des systèmes (individu, groupe, organisation) à leur environnement (Métayer, 1970). Suivant cette théorie, l'organisation et les rapports sociaux de pouvoir qu'elle contribue à produire n'apparaissent plus comme les résultats de dynamiques sociales, politiques et historiques, mais plutôt comme le fruit d'un processus d'évolution et de complexification (Lafontaine, 2004).

¹⁰³ Selon Scott (2004), l'externalisation réfère au mouvement d'ouverture de l'organisation pour pallier au manque de rationalité externe se traduisant par la recherche systématique d'une adaptation aux mécanismes du marché plutôt que sur le développement de mécanismes de rationalité et de contrôle interne.

Les organizational studies inspirées des théories du système ouvert et la démocratisation par l'organisation

Dans la foulée, ce modèle « adaptationniste » de l'organisation - c'est-à-dire d'une organisation conçue comme un organisme naturel s'adaptant à son environnement - facilite l'adéquation des études sur les organisations à la « logique autorégulatrice néolibérale » (Bellerose, 2003)¹⁰⁴ ou au « constitutionnalisme économique » (Jardat, 2012)¹⁰⁵. Dans les deux cas, on met en lumière comment les recherches inspirées d'une telle approche n'abordent pas les rapports sociaux de pouvoir de l'organisation.

À l'époque même où se déploient les approches néo-rationalistes, a vu le jour une mouvance critique de la recherche et de la production de connaissance sur les organisations.

Les approches critiques des organisations

Malgré la pluralité des approches critiques des organisations, qu'elles soient issues de la sociologie, des *critical management studies* (Huault, 2008) ou d'autres disciplines des sciences sociales, il est possible d'identifier certains points de convergence. Ces approches ont d'abord en commun de situer l'organisation dans un contexte sociale plus large. Par exemple, le virage participatif est étudié en rapport au déclin des institutions sociales (Dubet, 2002, 2009; Renault, 2004) à l'expansion du processus de rationalisation du social (Butler, 2002;

¹⁰⁴ Selon Bellerose (2003), les recherches de Hayek exposent le mieux cette complémentarité entre le néolibéralisme et la systémique de second ordre en raison de l'importance que celui-ci accorde au principe d'adaptation dans sa définition d'ordres sociaux spontanés. Pour Hayek (2002), la formation d'un ordre social spontané suppose l'adaptation des actions individuelles et des organisations sociales à certaines règles dictées par leur environnement.

¹⁰⁵ Jardat (2012 :180) précise que : « La traduction ultime de l'utopie libérale en gouvernement organisationnelle n'est pas, contrairement à ce que l'on pourrait croire, une autonomisation politique de cette entreprise, mais au contraire le rêve d'y secréter de l'influence et de la contrainte impérieuse sans commander ni assumer de souveraineté, en quelque sorte une gouvernementalité sans gouvernance ni gouvernement. »

Foucault et coll., 2001), à l'avènement de l' « État-réseaux » (Génard, 2007), au nouvel esprit du capitalisme (Boltanski et Chiapello, 1999) ou même en rapport au nouvel esprit de la démocratie (Blondiaux, 2008). Ensuite, les approches critiques ont en commun une volonté de dénoncer les injustices sociales reproduites par les organisations. Un dernier point commun important concerne leurs fondements théoriques : les premières de ces études critiques étaient majoritairement inspirées par le freudo-marxisme, alors que les plus récentes se tournent davantage vers des concepts poststructuralistes et ainsi forment un second courant critique, celui de la subjectivation (Cusset, 2003 ; Martuccelli, 1999). Ces premiers fondements théoriques rappellent que le conflit est premier et que toute étude du rapport entre organisation et démocratisation doit tenir compte de déterminismes psychiques et sociaux auxquels sont d'abord soumis les individus impliqués dans une organisation. L'analyse institutionnelle (Lapassade et Lourau, 1971) semble aller le plus loin dans cette voie en misant notamment sur le potentiel émancipateur de l'organisation et sur l'idée de «démocratisation conflictuelle». Les fondements théoriques poststructuralistes permettent pour leur part de problématiser le rapport entre l'organisation et les rapports sociaux de pouvoir sous l'angle de la « subjectivation politique » (Rancière, 1998), celle-ci constituant la base d'une conception renouvelée d'une démocratisation en devenir constant.

Les premières approches critiques des organisations

Marx et, plus tard, les théories critiques de l'école de Frankfort sont au cœur de la position théorique critique. Celle-ci est caractérisée par l'engagement à faire avancer les connaissances afin de favoriser l'émancipation de ceux qui sont en marge de la société (Mullaly, 2002). Les études sur les organisations qui s'en inspirent prétendent contribuer à la mise au jour des inégalités sociales et, ultimement, à la libération et à l'émancipation des individus impliqués dans un milieu organisé par le juste partage des savoirs et des pouvoirs.

Selon Lapassade et Lourau (1971), les études critiques des organisations des années 1920-1930 ont en commun de critiquer les théories classiques des organisations, qu'elles soient

issues de Taylor, Weber ou de l'école des relations humaines. Les recherches issues du groupe *Socialisme ou barbarie*¹⁰⁶ sur les processus d'émancipation des sujets au sein des organisations et de la société sont notamment citées en référence. Ce groupe souhaitait ainsi mettre l'emphase sur la dimension sociopolitique des organisations par-delà : « l'idéologie organisationniste » qui tend à « isoler les ensembles pratiques comme des totalités closes » et ce, « aux dépens (de l'étude) de l'histoire et des contradictions et de la lutte des classes. » (Lapassade et Lourau, 1971:171).

Les premières recherches critiques sur les organisations utilisèrent des grilles d'analyses marxistes et postmarxistes. Celles-ci ont orienté leur travaux vers l'analyse des rapports de pouvoir entre les classes (les conflits, l'autorité, les inégalités, la domination, l'aliénation). L'usage d'une grille psychanalytique était aussi fréquent et avait pour but de comprendre et d'analyser les enjeux psychiques des sujets impliqués. Les différents angles d'analyse (dimensions énergétique, économique, topique, et relationnelle) que la psychanalyse a développés pour étudier le système psychique et ses dynamiques convergèrent vers une conception des bases de l'expérience humaine en perpétuel conflit — conflit entre désirs et réalité, entre pulsions de vie et pulsions de mort, entre le jeu de ces pulsions et la rationalité du moi et du surmoi, etc. Le sujet repose sur des conflits fondamentaux par rapport auxquels il réalise des compromis temporaires ou transitoires. Ainsi, les principaux référents théoriques de ces approches critiques ont orienté vers l'étude des conflits tant sur le plan psychique que sur le plan social.

Sont dénoncées en bloc l'aliénation des individus, la perte de dignité et de vécu authentique causés par l'essor des bureaucraties et des institutions totalitaires. Par leur engagement envers une certaine justice sociale, les premiers sociologues critiques des organisations ont ouvert ce champ à l'étude des écoles, des églises, des hôpitaux, des prisons, et des asiles en se détournant de la bureaucratie d'État et de l'entreprise (Lapassade et Lourau, 1971). Les

¹⁰⁶ Ce groupe est entre autres constitués de George Lapassade, René Lourau, Cornelius Castoriadis et Claude Lefort.

sociologues critiques ont peu à peu remis en question le fonctionnement des hôpitaux, des usines et de toutes ces organisations à encadrement disciplinaire et à professionnels contraignants (Vrancken, 2011).

Les premières approches critiques et la démocratisation par l'organisation

Les premières approches critiques voient la démocratisation par l'organisation possible si tout d'abord celle-ci s'ouvre aux conflits ; conçus ici comme des révélateurs d'inégalités sociales. Autrement dit, les individus impliqués dans une organisation s'engagent dans la voie de la démocratisation des rapports sociaux de pouvoir en problématisant les tensions sociales et de conflits qui les traversent. Il s'agit de la démocratisation comme une ouverture du sens qu'y favorise le libre déploiement du conflit (Gauchet, 2002). Pour s'opposer à l'instrumentalisation des rapports sociaux ainsi qu'à la reproduction systématique des inégalités sociales de pouvoir engendrées par les organisations, des chercheurs militent ainsi pour l'ouverture de celles-ci à la « démocratisation conflictuelle » (Lapassade et Lourau, 1971).

Le sociologue critique porte ainsi attention aux discours et aux pratiques qui se reconnaissent en ceci qu'elles visent à la fois « [...] à rassembler ce qui se donne comme séparé et isolé et qui, de ce fait, présente une contradiction » et « [...] à dissocier ce qui se donne comme unité et qui n'est pas envisagé comme telle parce que cette unité est imposée par les organisations » (Rioux, [1982] 2011:493). En d'autres mots, observer les conflits revient à tenir compte des agencements de pratiques par lesquels se vit une certaine « complémentarité de l'autonomie et l'autogestion » ce qui revient, pour Rioux, à tableur sur les expériences des individus dans les collectifs.

Une telle idée se traduit par une visée émancipatrice : favoriser l'expression d'une parole qui se traduit en action susceptible d'agir sur les inégalités sociales. Cela revient à miser sur les effets de « conscientisation » du partage des savoirs entre les différents individus impliqués pour poursuivre dans l'action une participation et une réappropriation plus grande de son

pouvoir de sujet social (Campos, 1999; Paim, 2008; Wagner de Lima Gois, 2008; Feirreira Mendes, 2007). La démocratisation prend alors la forme d'une praxis¹⁰⁷ émancipatrice. Cette praxis se nourrit de l'analyse des rapports sociaux de pouvoir entre les acteurs impliqués afin qu'ils puissent créer et prendre collectivement en charge la production de biens ou de services. Des dispositifs et des règles viennent généralement soutenir cette visée émancipatrice telle que l'ouverture à l'échange des savoirs et des pouvoirs : tous peuvent s'exprimer et participer aux diverses décisions au sein de l'organisation. À ces règles s'ajoutent des méthodologies et des techniques spécifiques pour faciliter le déroulement des échanges.

La production de connaissances critiques sur les organisations s'accompagne souvent d'un mouvement de remise en cause des modèles organisationnels en vigueur et de leur portée démocratique, comme en témoigne entre autres les mouvements sociaux brésiliens derrière les Réformes psychiatrique et sanitaire et les initiatives politiques et institutionnelles qui en découlent. Un tel projet de démocratisation a notamment forcé la transformation des structures administratives de l'État afin d'élargir le rôle et les pouvoirs des citoyens dans les processus de prise de décision étatiques (Fleury, 2011; Escorel, 1999; Amarante, 2013; Paim, 2008). Ces transformations importantes ont contribué à l'entrée en scène du « destinataire » ou de l'« usager » de services dans l'étude des organisations, au Brésil et ailleurs.

Ces termes définissent prioritairement les citoyens comme des consommateurs de services, ce qui ne reflète pas forcément la façon dont ils se définissent eux-mêmes et a tendance à réduire la richesse de leurs savoirs aux seuls besoins de l'organisation des services, en mettant de côté leurs critiques. Ces notions sont ainsi vues comme des réductions de celles de citoyen en fonction des besoins de l'organisation, en fonction des exigences fonctionnelles des acteurs impliqués et même en fonction des besoins des sociologues en quête de mots pour qualifier les différents acteurs dans un contexte organisé donné. Malgré tout, la prise en compte du

¹⁰⁷ La notion de praxis ici évoque l'idée d'une pratique réflexive et critique, au sens de la problématique des rapports sociaux de pouvoir, plutôt que le seul efficace technique dont les buts ou les orientations implicites ou explicites demeurent non questionnés.

destinataire constitue une innovation importante dans la recherche sur les rapports sociaux de pouvoir au sein des organisations.

La prise en compte du destinataire

Plusieurs recherches critiques, notamment celles sur les entreprises autogérées (Rosanvallon, 1976; Martin, 1994), ont exclusivement mis l'emphase sur les rapports entre les travailleurs et les gestionnaires afin de relever les inégalités de classes et les formes d'exploitation en cours. Le client, le consommateur, le destinataire ou l'utilisateur était rarement considéré (Godbout, 1983). Celui-ci ne constituait pas encore un acteur ou un collectif d'acteurs à part entière au sein des organisations.

Godbout (1983) est un des premiers – du moins au Québec - à s'intéresser aux relations entre la « sphère de la production » (les employés) et la « sphère de la consommation » (les usagers) dans l'organisation des services sociaux et de santé du Québec, tels que les Centres locaux de services communautaires. Ses résultats l'ont amené à constater que : « Dans les rares cas où l'utilisateur exerce effectivement un certain pouvoir, des conflits éclatent au sein de l'organisation entre les producteurs et les usagers (...). Ces conflits correspondent à des intérêts objectifs différents: ceux des dispensateurs des services (les producteurs), et ceux des utilisateurs de l'organisation. » (Godbout, 1983: 167) Il remarque aussi qu'« en se retirant du mode consensuel pour se situer dans le mode oppositionnel, les usagers détiennent plus de pouvoir sur l'organisation¹⁰⁸. » (1983 :161) De tels constats inspirent Godbout à construire une analyse sociale des « contradictions », voire même des « conflits d'intérêts historiques et permanents » entre les « producteurs » et les « consommateurs » de services sociaux et de santé dans les sociétés industrielles. Selon lui, l'analyse de ces contradictions ouvre la voie à

¹⁰⁸ Malgré tout, ce pouvoir tant formel que réel reste, semble-t-il, minime. Cela serait dû au fait que « de telles expériences s'adressent le plus souvent à des catégories de population marginales, ayant peu d'accès aux structures de pouvoir dans la société. » (Godbout, 1983 :162)

de nouvelles perspectives pour comprendre les différents intérêts qui se confrontent au sein de l'organisation des services (Godbout, 1983 :179).

À partir de recherches critiques comme celles de Godbout (1983), je constate comment le fait de prendre en considération l'utilisateur dans l'analyse organisationnelle ouvre une brèche vers le social. Là réside en fait le principal impact de la prise en compte de l'utilisateur dans l'étude des organisations. Dans cette perspective, pour étudier l'organisation de services en santé mentale sous l'angle des rapports sociaux de pouvoir, je peux questionner comment les destinataires agissent sur l'organisation.

En santé mentale, le projet de démocratisation conflictuelle et émancipatrice impliquant des destinataires se heurta, dans la pratique, à une pléiade de problèmes et d'incohérences. À la même époque, des études dénoncèrent les pratiques dites « d'émancipation » misant exclusivement sur les capacités des individus à débattre et à réfléchir rationnellement en leur reprochant d'exclure les apports possibles de ceux vivant avec des problèmes de santé mentale ainsi que de leur savoir d'expérience. Paradoxalement, de telles pratiques tendent ainsi à reproduire des rapports sociaux d'inégalité dans les organisations de services de santé mentale. Ces constats critiques amènent des sociologues à problématiser autrement l'idée de la démocratisation par l'organisation des services de santé mentale vers une approche axée sur la « production de subjectivation ».

Les apports du champ de la santé mentale

L'historiographie du mouvement institutionnaliste permet de saisir les apports du champ de la santé mentale à la sociologie critique des organisations. À ce sujet, les recherches de Guattari et de ses collègues au sein de l'organisation de services de santé mentale de la Borde dans les années 1950 et 1960 semblent constituer un moment charnière dans la pensée sociale critique sur ce type d'organisation. À l'époque, l'originalité de leurs travaux repose sur le fait qu'ils ouvrent sur la problématisation du rapport entre les destinataires atteints de problèmes de santé

mentale graves et l'organisation collective des soins, non pas exclusivement sous l'angle psychosocial de la réhabilitation – comme bon nombre des recherches dans ce domaine à cette période (Rogers et Pilgrim, 2005) -, mais aussi et surtout en s'intéressant aux effets de la présence des destinataires sur le plan de la « production de collectif » et de « subjectivation politique ». Ces travaux critiques inspirés d'observations de l'organisation en santé mentale guident, encore aujourd'hui et de manière significative, la recherche et les pratiques dans les réseaux locaux de santé mentale au Brésil (Vasconcelos, 2012).

Le mouvement institutionnaliste français prend ses origines en psychiatrie dans la foulée des travaux critiques de psychothérapie institutionnelle et s'étend à celui de l'éducation spécialisée et de la pédagogie, avant de se concentrer sur l'analyse et l'intervention organisationnelle en général avec la création de l'analyse institutionnelle¹⁰⁹ (Dubost, 1987 ; Mendel et Prades, 2002 ; Lapassade, 1996). La psychothérapie institutionnelle a vu le jour vers le début des années 1950, en tant qu'initiative visant le renouvellement des hôpitaux psychiatriques. Sa transformation en analyse institutionnelle est liée à la clinique de la Borde, à une trajectoire politique de gauche, et aux activités du Groupe de travail de psychologie et de sociologie institutionnelle, réuni autour de Tosquelle entre 1960 et 1965 (Guattari, 1980).

Tosquelle est l'un des premiers à introduire une dimension d'analyse organisationnelle dans la pratique psychiatrique quotidienne¹¹⁰. Avec son équipe, il crée des dispositifs analytiques à l'intérieur des établissements de soins et ce, par diverses stratégies d'action issues des travaux de Lewin, Moreno, Marx et Freud. Des praticiens qui participent à ce groupe, tels que Oury et Guattari, cherchent ensuite à s'en distancier afin de réfléchir autrement et à partir d'autres références théoriques aux « enjeux institutionnelles », c'est-à-dire aux enjeux sociaux,

¹⁰⁹ Selon Cotinaud (1976 :222) « le livre de Lapassade, *Groupes, organisations, institutions*, écrit en 1966, marque « l'apparition formelle de l'analyse institutionnelle en tant que discipline et pratique particulière. »

¹¹⁰ Notons que des initiatives semblables et tout aussi importantes se développent à la même période en Italie autour des travaux engagées de Basaglia (Castel, 1981).

politiques et psychiques, traversant les hôpitaux psychiatriques en France d'abord, puis en Europe et en Amérique latine (Guattari, 1980; Guattari et Rolnik, 2005).

À l'époque, Guattari avance l'idée d'un dépassement de la psychothérapie institutionnelle vers une nouvelle approche : l'analyse institutionnelle¹¹¹. Il cherche d'abord à décroiser le travail et l'organisation psychiatrique en y intégrant des questions plus politiques, liées à la « production de subjectivité », puis propose d'élargir cette démarche à l'ensemble des organisations sociales.

C'est en pensant à un élargissement virtuel des pratiques institutionnelles de production de subjectivité qu'au début des années soixante, j'ai forgé le concept d'« analyse institutionnelle ». Il s'agissait alors non seulement de remettre en cause la psychiatrie mais aussi la pédagogie [...] et, de proche en proche, l'ensemble des segments sociaux qui devraient être selon moi l'objet d'une véritable « révolution moléculaire », c'est-à-dire d'une réinvention permanente. Je ne propose nullement de généraliser l'expérience de la Borde à l'ensemble de la société, aucun modèle en la matière n'étant transposable. Mais il m'apparaissait que la subjectivité, à tous les étages du socius ou l'on voudra la considérer, n'allait pas de soi, qu'elle était produite dans certaines conditions et que ces conditions pouvaient être modifiées par de multiples procédures et de façon à l'orienter dans un sens plus créatif (Guattari, 2012 [1989]:67-68).

Les observations participatives à la Borde permettent à Guattari de découvrir deux principes importants. Un premier principe mise sur la « déségrégation des rapports soignants-soignés » tout autant que des rapports internes au personnel. Concrètement, cette « déségrégation » s'opère par le doute et par une activité incessante de remise en question. Telle une boussole de

¹¹¹ Selon Guattari (1980), l'analyse institutionnelle ne peut coexister « pacifiquement » avec les théories des relations humaines, du marxisme ou de la psychanalyse. Il propose plutôt une analyse ouverte à un ensemble complexe de processus sociaux ne se limitant pas à l'étude classique de l'organisation, du groupe, des relations humaines et de l'individu. Celle-ci embrasse, le plus largement possible, la multiplicité d'agencements hétérogènes traversant l'organisation. Il nomme cette inclusion analytique complexe : « agencement d'énonciation analytique ». Ce genre d'analyse trouve en Amérique latine un terrain fertile. Pour illustrer cette notion, il relate les pratiques de certains chercheurs argentins qui, au nom d'une certaine signification de l'analyse, se sont engagés dans la lutte contre la dictature (Guattari, 1980 : 118). Ces derniers consolident des agencements d'énonciations analytiques entre les problèmes vécus par les individus au quotidien et les enjeux sociaux et ce, en élargissant le champ de leurs interventions au-delà des intérêts de la recherche. Ces chercheurs en sciences sociales modifient ainsi les « modes collectifs de sémiotisation » de leur pratique en prenant part à l'analyse des enjeux sociopolitiques de leur contexte, par-delà les limites fixées par le cadre de la recherche.

la vie institutionnelle et du rapport à autrui, ce processus de remise en question permanente acquiert, avec ses travaux sur la « schizo-analyse », effectués en collaboration avec Deleuze (1972), le statut de principe d'action. Guattari observe aussi que ce n'est qu'à travers la désorganisation et les failles du fonctionnement quotidien de l'organisation « que peuvent s'instaurer des prises de responsabilités individuelles et collectives, seul remède à la routine bureaucratique et à la passivité générée par les systèmes de hiérarchies traditionnelles » (Guattari, 2012 [1989]:64). Il explique ce second principe:

Ce que nous visions (à la Borde) à travers nos multiples systèmes d'activités et surtout de prise de responsabilité à l'égard de soi-même et des autres, c'était de se dégager de la sérialité¹¹² et faire que les individus et les groupes se réapproprient le sens de leur existence dans une perspective éthique et non plus technocratique. [...] La machine institutionnelle que nous mettions en place ne se contentait pas d'opérer un simple remodelage des subjectivités existantes mais se proposait, en fait, de produire un nouveau type de subjectivité (Guattari, 2012 [1989]:64).

Qu'entend-t-il au juste par « production de subjectivité »? Pour nous aider à comprendre, Guattari explique comment, au travers l'enchevêtrement des ateliers, des réunions, de la vie quotidienne dans les salles à manger, les chambres, la vie culturelle, sportive, ludique : « le personnel se familiarise avec le monde de la folie, apprend de nouvelles techniques et même leur façon de voir et de vivre change ». Ceux-ci perdent peu à peu « [...] leur cuirasse protectrice aux moyens de laquelle beaucoup d'infirmiers, d'éducateurs, de travailleurs sociaux se prémunissent contre l'altérité qui les déstabilise ». En ce qui a trait aux malades psychotiques, Guattari remarqua que « certains révèlent des capacités d'expression tout à fait imprévues, par exemple d'ordre pictural¹¹³ [...] » (Guattari, 2012 [1989]: 64). Dans les deux cas, il s'agit, pour lui, de production de subjectivités nouvelles, aussi nommée « changement de rapport au monde ». Au fil de ses recherches, plusieurs concepts voient le jour - dont ceux

¹¹² Notion de Sartre (1960) pour qualifier tout ce qui est routinier, sans vie. Il s'agit presque d'un synonyme d'aliénation.

¹¹³ Depussé (in Guattari, 2012 : 15) constate que la découverte de la psychose dans le travail de la Borde mène Guattari à une compréhension singulière des fondements de la vie en milieu organisé ; celle d'une « responsabilité collective fondée sur une singularisation du rapport au travail et à l'existence ».

de « transversalité », de « groupe-sujet » et de « groupe-assujetti »¹¹⁴ - afin de problématiser les enjeux de la production de subjectivité dans les organisations de services de santé mentale. Ces notions participent d'un nouveau courant critique dans l'étude des organisations : les approches de la subjectivation (Martuccelli, 2010).

Les approches de la subjectivation

Avec les approches de la subjectivation, un autre courant critique de la recherche sur les organisations se démarqua. Celui-ci s'inscrit dans un courant en sciences sociales ne faisant pas consensus en ce qui a trait à son appellation. En effet, on le qualifie souvent, pour simplifier, de « philosophie de la différence » ou de « poststructuralisme » (Cusset, 2003). Compte tenu des nombreuses différences entre les idées des chercheurs qui y sont associés¹¹⁵, la plupart d'entre eux récusent même l'idée qu'ils forment un « courant » de pensée particulier (Foucault et coll., 2001). Indépendamment de ce débat, il importe de souligner que les recherches inspirées par la voie de la subjectivation partagent une ontologie singulière inspirée de près ou de loin par ce que Guattari (1989, 1992) nomme le paradigme « éthico-politico-esthétique »¹¹⁶ (Rolnik, 1994, Guattari et Rolnik, 2005). Avec ce paradigme, ce dernier propose une stratégie d'expérimentation à même de créer de nouvelles formes de lecture de la

¹¹⁴ Ces différentes notions sont reprises puis développées par la socioanalyse (Lapassade, 1975 ; Lourau, 1981). Cette approche de recherche-intervention dans les organisations, très populaire au Brésil, est aujourd'hui critiquée en France pour son côté militant. Elle est l'instigatrice de plusieurs concepts qui éclairent encore aujourd'hui les études critiques tels que les notions d'analyste, d'instituant et d'institué, d'analyse d'implication, pour ne nommer que les plus répandus.

¹¹⁵ On associe souvent ce courant aux auteurs suivants : Gilles Deleuze, Jacques Derrida, Félix Guattari, Luce Irigaray, Jacques Lacan, Bruno Latour, Jean-François Lyotard, Michel Serres, Paul Virilio, Michel Foucault, Julia Kristeva, Jean Baudrillard, Jacques Rancière (Cusset, 2003).

¹¹⁶ Celui-ci se traduit par une posture d'ouverture éthique, politique et esthétique du sujet : ouverture « éthique » (penser = observer les différences émergentes et affirmer le devenir continu de la production de subjectivité à partir de ces différences), « politique » (penser = s'inscrire dans une lutte contre les forces obstruant ou capturant la production de subjectivité) et « esthétique » (penser = créer comme dans une œuvre d'art au lieu de tendre à la maîtrise d'un champ de savoir particulier) (Rolnik, 1994). Ces trois dimensions dessinent les contours d'une sensibilité à se laisser surprendre et déstabiliser par la différence créée au contact de la réalité toujours autre. En somme, Guattari (1992) considère que le sujet peut, par une attitude singulière — éthique, politique et esthétique —, produire de nouveaux territoires existentiels.

réalité par un refus de tout lieu de vérité. Sa principale caractéristique est de miser sur l'immanence; c'est-à-dire la déconstruction des hiérarchies et des frontières qui divisent les champs de connaissance par une rupture permanente des représentations établies comme celle de l'organisation dans le but de laisser libre cours à la « production de subjectivation ».

Par une triple critique du sujet, de la représentation et de la continuité historique linéaire, ces approches remettent ainsi en question un des grands principes de la pensée critique classique (marxisme, École de Francfort) selon lequel l'ultime valeur du sujet, historiquement construit, réside d'abord et avant tout dans ses capacités réflexive, rationnelle et délibérative d'agir politiquement sur le monde. Contrairement à cette vision par laquelle le sociologue cherche à saisir comment les discours, les débats collectifs agissent sur les rapports sociaux de pouvoir au sein de l'organisation, le sociologue qui s'inspire des approches de la subjectivation s'intéressent plutôt à la subjectivité socialement ou collectivement produite. Il n'est pas question de dissoudre la subjectivité humaine dans la complexité sociale de la lutte des classes ou encore de la réduire à un cadre rationnel de délibération qui ferait perdre au sujet sa singularité et sa capacité d'agir politiquement sur le monde. L'attention est notamment portée sur l'affirmation d'un sujet collectif et sur la production de « subjectivation politique» (Rancière, 1995). Un tel angle d'analyse laisse plus de place aux affects (Spinoza, [1634] 1999) et aux savoirs d'expérience des individus ayant un autre rapport à la rationalité délibérative comme ceux vivant avec des problèmes de santé mentale.

L'idée de production de subjectivation comme fondement normatif de la recherche incite à maintenir un point de vue critique permettant de s'agencer à des « événements » construits au fil de gestes et de paroles libérateurs d'affects ou de désirs enfouis dans la résignation, l'habitude et la perte de sens. En s'inspirant de Castoriadis (1975)¹¹⁷, Lapassade (1975) soutient que les événements facilitent explicitement ou implicitement la production de « forces

¹¹⁷ L'imaginaire « instituant » est en rupture avec l'« institué » de l'institution. Développer l'imaginaire social instituant dans l'organisation signifie la création, la présentification, le faire être en continu (Castoriadis, 1975).

instituant » dans l'organisation. Tout comme le désir¹¹⁸ et la production de subjectivité, l'événement est imprévisible : il suit un « mouvement rhizomique »¹¹⁹ (Deleuze et Guattari, 1972). Le « pouvoir de l'événement » ou le « pouvoir performatif » (Butler, 2002, 2005; Huault et Leca, 2009) est au cœur d'un système conceptuel résolument anti-essentialiste fondée sur l'idée du « devenir ». À ce sujet, Lazzarato (2004 :206) précise que :

Aussi bien l'urgence de l'engagement que l'action pour l'égalité doivent se subordonner à une politique de l'évènement, à une politique du devenir, à une politique conçue comme expérimentation. Le devenir est question de virtualité et d'évènements, mais aussi de dispositifs, de techniques, d'énoncés, c'est-à-dire d'une multiplicité d'éléments qui constituent un agencement à la fois pragmatique et expérimental. Ainsi le devenir implique la constitution d'institution.

La production de subjectivation en devenir constant – aussi nommée production moléculaire¹²⁰ (Deleuze et Guattari, 1972) - traverse les organisations et les institutions. Les recherches organisationnelles inspirées de la subjectivation veulent cerner ce mouvement à l'œuvre et tout ce qui empêchent son déploiement. Il s'agit en fait d'une posture idéologique engagée dans la production de subjectivité et contre tout ce qui empêche son émergence. Celle-ci caractérise la manière dont ces recherches conçoivent et problématisent l'organisation, les rapports sociaux de pouvoir ainsi que l'idée de démocratisation par l'organisation.

Grosso modo, l'organisation devient un agencement hétéroclite de dispositifs alors que l'idée de démocratisation par l'organisation demeure contraire au mouvement spontané, voire

¹¹⁸ Pour Deleuze et Guattari (1980), le désir est l'élément de l'autre et de soi qui facilite la transformation mutuelle et la production sociohistorique de subjectivité. Il demeure au cœur des transformations sociales et psychiques de toutes les subjectivités. Ainsi la libération du désir face aux forces instituées facilite-t-elle l'émergence du nouveau.

¹¹⁹ Cela fait référence à un mode de croissance particulier en biologie : le rhizome se ramifie en de multiples directions et croît en accord avec les agencements qui se créent en fonction d'une logique non hiérarchique sans début ni fin. On le rencontre toujours au milieu entre les représentations, les modèles et les théories produisant des agencements nouveaux (Deleuze et Guattari, 1980 : 36).

¹²⁰ La production de subjectivité « moléculaire » se réfère aux différences internes infinitésimales d'une multiplicité en opposition à la production de subjectivité « molaire » qui elle sert à nommer les oppositions macroscopiques qui coupent cette multiplicité lorsqu'elle est considérée d'un point de vue extérieur (Lazzarato, 2004).

sauvage (Mermet, 2007, Neveu, 2011) ou indéterminée (Lefort, 1966) de la démocratisation comme subjectivation politique en devenir constant. (Gauchet, 2002 ; Lazzarato, 2004 ; Rancière, 1995) Comment se construisent de telles perspectives critiques sur le rapport entre les organisations et la démocratisation?

Les approches de la subjectivation et la notion d'organisation

En rapport à la notion d'organisation, la plupart des chercheurs inspirés des approches de la subjectivation ne partagent pas l'« idéologie horizontaliste » véhiculée dans les premiers travaux critiques - notamment sur les organisations autogérées (Rosanvallon, 1976) - selon laquelle il est possible d'éliminer les différences de pouvoir dans une organisation si on utilise les « bonnes » méthodes d'autogestion de la « bonne » manière¹²¹. Il n'y a pas non plus de cadre organisationnel « formel » au côté duquel émerge des « dynamiques informelles » entre les personnes impliquées dans ce cadre. Il y a plutôt des flux qui traversent ce cadre et des éléments qui bloquent ce flux pouvant être à la fois formel et informel.

Un des premiers à étudier les organisations par les modes de subjectivation qui les traversent et qu'elles participent à produire, demeure Guattari. Au lieu de parler d'horizontalité ou de verticalité, ce dernier préfère parler de « transversalité » et de « groupe-sujet » :

La transversalité a été créée par opposition à une verticalité que l'on retrouve, par exemple, dans les descriptions faites par l'organigramme d'une structure pyramidale (chefs, sous-chefs, etc.) et à une horizontalité comme celle qui peut se réaliser dans la cour de l'hôpital [...], c'est-à-dire un certain état de fait où les choses et les gens s'arrangent comme ils peuvent de la situation dans laquelle ils se trouvent. La transversalité surmonte ces deux impasses, elle tend à se réaliser lorsqu'une communication maximale s'effectue entre les différents niveaux, et surtout dans les différents sens. C'est l'objet même de la recherche du groupe-sujet (Guattari in Ardoino et Lourau, 1994 : 123).

¹²¹ Par exemple, les recherches de Nunes (2014) sur l'organisation collective du mouvement *Occupy* en Angleterre et au Brésil montrent que les processus organisationnels ne sont jamais totalement « plats » et « égalitaires ».

Cette notion de groupe-sujet, Guattari (1972, 1977, 1985) l'a reprise à Sartre (1960). En opposition avec le « groupe-assujetti » qui est soumis aux forces instituées véhiculées par les institutions, le groupe-sujet se libère de celles-ci tout en potentialisant l'émergence des forces instituanes d'un collectif toujours en train de se faire. Ainsi, « les groupes-sujets ne cessent de dériver par rupture des groupes-assujettis : ils font passer le désir, et le recourent toujours plus loin, franchissant la limite, rapportant les machines sociales aux forces élémentaires du désir qui les forment » (Deleuze et Guattari, 1972 : 416). C'est pourquoi, selon Guattari, dans tout type d'organisation, les groupes-sujets demeurent, « (...) les instruments primordiaux d'une véritable alternative aux structures répressives. » (Guattari, 2012 [1989]: 87). Deleuze et Guattari (1972, 1976, 1980) sont ensuite allés plus loin dans la déconstruction de l'organisation en remplaçant cette notion par un concept issu de la biologie, le « rhizome ». Il s'agit pour eux de mieux éclairer l'étude des mouvements fluides et aléatoires de la production de subjectivité. Peu à peu, ils inspirèrent un courant de recherches reposant sur une grille d'analyse « immanente » construite dans le but de « cartographier » les « agencements » de production de subjectivité. Depuis les années 1980, un tel courant demeure très populaire dans l'étude des organisations de services de santé mentale au Brésil (Passos et coll., 2010).

La notion de dispositif, d'abord conçue par Foucault (2001) et puis reprise par Agamben (2007), est aujourd'hui une des plus influentes et des plus répandues (Hatchuel, 2005). Ce concept permet de saisir l'angle avec lequel les recherches inspirées par les approches de la subjectivation problématisent le phénomène de l'organisation et des rapports sociaux de pouvoir. Le dispositif réfère à un espace complice d'un contrôle intériorisé (la gouvernementalité) (Foucault, 2001: 1033), mais aussi à un espace pouvant s'agencer à des sujets et des objets vers une production de subjectivité incessante qui le dépasse largement¹²²

¹²² Dans ses études sur le groupe comme dispositif, Benevides de Barros (1997), précise les contours de cette dimension créative au cœur de laquelle peut se produire de nouvelle subjectivité. De son point de vue, le « groupe-dispositif » devient une combinaison singulière de composants hétérogènes ouvrant différents champs de visibilité et de manières de parler (Benevides de Barros, 1997). Il n'y a pas d'organisation comme entité reposant sur un but commun entre les participants du groupe et sur une disposition ordonnée possible entre les parties. Il y a plutôt l'évidence de l'effet provisoire qui se maintient « au cours des ouvertures et des bifurcations

(Deleuze, 1986: 91). Ce dualisme marque la compréhension des rapports entre les organisations et la démocratisation.

Les approches de la subjectivation et la démocratisation par l'organisation

L'univers conceptuel de Deleuze et Guattari (1972) repris par Lazzarato (2004) tout comme celui de Rancière (1974, 1995, 1998) contribuent à définir les contours de la notion de « démocratisation en devenir » qui caractérise les approches de la subjectivation. Lazzarato (2004 :209) comprend celle-ci de la manière suivante :

Dans les démocraties modernes [...] les droits sont pour tous. Mais le « pour tous » se dit de deux façons différentes selon qu'il renvoie au modèle majoritaire de la démocratie ou à la démocratie du devenir. Dans le premier cas, le « pour tous » détermine ou bien l'intégration des minorités dans l'étalon majoritaire, ou bien leur exclusion. Dans le second cas, le « pour tous » ne signifie ni intégration ni exclusion, puisque tout le monde devient minoritaire, potentiellement minoritaire, pour autant qu'il n'y a plus aucun modèle qui soit reconnu comme majoritaire. En réalité, c'est seulement dans le devenir que nous pouvons rencontrer le « tous » qui est au fondement de la démocratie; puisque le devenir minoritaire consiste à se soustraire aux assignations de pouvoir.

En santé mentale, la « démocratisation en devenir » peut se traduire par le fait que des individus vivant avec des problèmes de santé mentale tendent à acquérir du pouvoir dans un espace organisé en « devenant minoritaire », c'est-à-dire en constituant une « multiplicité non assujettie aux assignations de pouvoir majoritaire » de l'organisation des services de santé mentale comme l'assignation d'« usager ». Suivant Lazzarato, ces individus ne peuvent pas s'émanciper en étant réduits, même dans la révolte, à l'assignation identitaire d'usager. Il faut pour cela qu'ils s'engagent dans une « multiplicité de devenir-autre »; ce qui revient selon lui à revendiquer des « droits pour tous » non pas à partir : « de la définition d'une identité mais plutôt par la dissolution des identités dans les agencements moléculaires de la multiplicité. Plus simplement dit, il ne s'agit pas de dire « nous avons droit à ceci parce que nous sommes

divergentes qui s'opposent en s'affirmant et en se multipliant » (Bernevides, 1997 :186) ; effets échappant ainsi aux représentations dichotomiques propres aux théories des organisations critiques.

cela », mais plutôt « nous avons droit à ceci pour devenir autre chose ». » (2002 :210). Est-il possible selon lui de favoriser cette forme de démocratisation en devenir minoritaire au sein des organisations de services de santé mentale? Cela est loin d'être évident puisqu'elles :

[...] pense les droits pour tous, l'accès pour tous aux services comme des dispositifs d'assignation d'identité (« tu as droit à ceci parce que tu es cela ») : ils construisent des modèles majoritaires. Et c'est de cette façon qu'ils reproduisent toujours et systématiquement la dialectique intégration-exclusion : par rapport à une majorité on ne peut que s'intégrer ou être exclu (2002: 210).

Ce modèle majoritaire d'intégration-exclusion fondé sur le principe « du droit à ceci parce que je suis cela » peut se traduire dans l'organisation des services de santé mentale par le fait qu'un individu identifié comme « usager » a droit à des services ou à des billets de transport public gratuit. Ainsi il est intégré dans l'organisation tout en étant exclu de certains droits et de certains pouvoirs de par les assignations identitaires sur lesquelles reposent l'organisation des services auxquels il a droit. Suivant cette perspective, seuls les « agencements transversaux libres de tout espace d'assignation » - donc, pour ainsi dire, libre de tout cadre institué - arrivent à trouver un chemin vers la démocratisation en devenir.

Rancière (1995, 1998) observe cette même limite à la démocratisation au sein des organisations qu'il nomme « ordre policier ». Ses travaux sur la démocratisation en devenir relèvent l'importance de la « division » au cœur de la politique comme espace commun pour que puisse prendre forme l'expérience démocratique. Plus précisément, Rancière met l'emphase sur la « vérification de l'égalité ». Cette vérification se fait par tout individu impliqué dans un même contexte organisé à partir du moment où il met en acte la « division » (contradiction, conflit, tort, litige). Elle se fait par le «traitement d'un tort», par l'observation des faits, des écarts et par la revendication d'une égalité radicale, plus réelle que la «réalité institutionnalisée». Une telle vérification se fait ainsi en exigeant une « preuve d'égalité » de

celle supposément produite par les règles, les droits, les fonctions, les hiérarchies de la logique rationalisée inhérente à tout mode d'organisation de biens ou de services¹²³.

Le tort ne se règle pas par un compromis entre les parties. Il se traite plutôt par « un mode de subjectivation qui lui permet de modifier le terrain sur lequel le jeu des parties se tient. » (1995 :59). Le « terrain » réfère, par exemple, au cadre institué des discours et des pratiques – que Rancière regroupe sous le concept d'« ordre policier » - alors que le «mode de subjectivation qui permet de modifier ce terrain» réfère à la « démocratie ». Plus précisément, la : « [...] démocratie est le nom d'une interruption singulière de l'ordre policier de la distribution des corps en communauté. C'est le nom de ce qui vient interrompre le bon fonctionnement de cet ordre par un dispositif singulier de subjectivation.» (1995 :139).

La démocratie se vit donc, aux yeux de Rancière, par l'« interruption » et par l'ouverture vers des modes de subjectivation autres que ceux proposés par les cadres institués de l'organisation des services de santé mentale. Les micro-manifestations démocratiques ont pour lui le potentiel de transformer les règles, les discours et les pratiques organisationnelles préétablis puisqu'elles y trouvent les conditions de leur exercice et elles les modifient en retour. » (1995 :141). Est-ce que le « terrain » et la manière dont il s'organise peuvent agir sur la démocratisation en cours; sur la production de subjectivation politique? Rancière répond par la négative, car comme « acte de démocratisation » :

[...] l'acte toujours singulier de l'égalité ne peut s'institutionnaliser. L'égalité se change en son contraire dès que l'on souhaite l'inscrire à une place de l'organisation sociale et étatique. [...] C'est ainsi que l'émancipation ne peut s'institutionnaliser sans devenir instruction du peuple, c'est-à-dire organisation de sa minorité perpétuelle. Aussi le processus égalitaire et le processus policier doivent-ils rester absolument étrangers l'un à l'autre (1995 : 58).

¹²³ Pour Lazzarato (2004), Rancière s'inscrit dans une logique « post-identitaire » qui réfère à la construction d'une appartenance qui ne soit pas une assignation à une identité afin d'ouvrir l'engagement dans un « devenir ».

Il persiste et signe : le « processus égalitaire (la démocratisation) et le processus policier (le cadre institué) doivent absolument rester étrangers l'un à l'autre. » (1995 :59) Dans le cas contraire, il y a le risque de glisser vers ce qu'il nomme la « post-démocratie¹²⁴ » ou la « démocratie consensuelle. » Cette dernière repose sur un projet politique spécifique : « [...] celui par lequel les individus et les groupes s'accordent sur les formes juridico-politiques propres à assurer la coexistence de tous et la participation optimale de chacun aux biens de la collectivité. » (Rancière, 1995 :136). Selon lui, un tel projet se traduit notamment par la montée en popularité de la participation institutionnelle au sein de l'appareil d'État. Pour Rancière les dispositifs institués de participation « [...] mêlent deux idées d'origines différentes : l'idée réformatrice des médiations nécessaires entre le centre et la périphérie [de l'organisation] et l'idée révolutionnaire de l'activité permanente des sujets citoyens dans tous les domaines [de l'organisation des services].» (1998 :109) Parce que tous les dispositifs participatifs sont traversés par cette confusion, ils nuisent selon lui à la démocratisation en devenir:

La garantie de la permanence démocratique, ce n'est pas le remplissage de tous les temps morts et de tous les espaces vides par les formes de la participation ou du contre-pouvoir; c'est le renouvellement des acteurs et des formes de leurs actions, c'est la possibilité toujours ouverte d'émergence nouvelle de ce sujet à éclipses. Le contrôle de la démocratie ne peut cesser d'être à son image, versatile et intermittente, c'est-à-dire confiant (Rancière, 1998: 111).

Autrement dit, un mode d'organisation préétabli ne peut pas agir sur la démocratisation des rapports sociaux de pouvoir. Sous cet angle, il est vain de vouloir comprendre comment les différents dispositifs collectifs de prise de parole mis de l'avant par le système d'analyse et de cogestion agissent sur les rapports sociaux de pouvoir au sein du réseau de santé mentale de Campinas. Je peux tout de même avancer que l' « ordre policier » - le plan de l'organisation

¹²⁴ « La post-démocratie c'est la pratique et la pensée d'une adéquation sans reste entre les formes de l'État et l'état des relations sociales. – donc fusion entre la vie et les consensus post-démocratique. Tel est en effet le sens de ce qui s'appelle démocratie consensuelle. L'idylle régnante y voit l'accord raisonnable des individus et des groupes sociaux, ayant compris que la connaissance du possible et la discussion entre partenaires sont, pour chaque partie, une manière d'obtenir la part optimale que l'objectivité des données de la situation lui permet d'espérer, préférable au conflit. » (Rancière, 1995 :143).

des choses et des personnes ou encore « l'art de gouverner les communautés » - agit sur les rapports sociaux de pouvoir de par le fait qu'il constitue, *a minima*, l'un des « terrains » duquel ceux-ci peuvent émerger.

Orientations et objectif de recherche

Un peu comme Rancière (1998) le laisse sous-entendre, je postule qu'un mode d'organisation de services de santé mentale - tel que le système d'analyse et de cogestion - n'agit pas comme tel sur les rapports sociaux de pouvoir. Il y a plutôt des individus qui occupent différentes positions et qui s'agencent à des événements traversant et dépassant largement l'organisation des services. Ce sont ces individus qui agissent sur les rapports sociaux de pouvoir et qui constituent des vecteurs potentiels de démocratisation de par leurs échanges et de par leurs agencements avec les cadres institués (les positions occupées (les gestionnaire, les travailleurs et les destinataires), les dispositifs, les instruments, les manifestations, etc.) Dans cette perspective, l'organisation des services n'est pas seulement une offre de participation, mais aussi une toile d'affects et de rapports sociaux de pouvoir plus large. Une telle conception de l'organisation, me rapproche de la perspective de Blondiaux et Fourniau (2011 :23) lorsqu'ils invitent les sociologues à passer de l'étude des dispositifs institués de participation à l'analyse :

[...] des usages et des acteurs qui se les approprient, ou qui y opposent des formes de résistance, ou qui combinent diverses pratiques, dans et hors des dispositifs institués. Il s'agit alors d'avancer dans l'identification des acteurs et des groupes, des milieux, des réseaux, des coalitions pour lesquels les espaces ouverts par de tels dispositifs constituent des instruments de l'action collective, mais un instrument parmi d'autres dans un répertoire élargi, et dans la compréhension de leurs pratiques, de leurs modalités diversifiées d'engagement à différentes échelles territoriales.

Par cette recherche, j'ai alors voulu comprendre comment les espaces collectifs de prise de parole du réseau de santé mentale de Campinas agissent sur les rapports sociaux de pouvoir à une période donnée sans pour autant me borner au cadre et aux dispositifs institués du système d'analyse et de cogestion. Plus précisément, je voulais accorder autant d'importance aux

échanges émergeant de rencontres de dispositifs institués qu'à ceux émergeant avant ou après celles-ci. J'avais aussi l'intention de m'ouvrir aux espaces collectifs de prise de parole qui émergent durant les manifestations politiques, les sorties sociales dans les cafés ou les bars.

Un tel objectif de recherche m'a mené à opter pour une démarche exploratoire de type inductive. Le prochain chapitre se consacre à l'explication de cette méthodologie inspirée de l'ethnographie en milieu organisé (Ybema et coll., 2009).

Chapitre 3: Une ethnographie exploratoire comme approche méthodologique

Cette étude repose sur une ethnographie ayant eu lieu entre octobre 2011 et décembre 2012 au sein du réseau de santé mentale de la ville Campinas dans l'État de São Paulo au Brésil. Les activités de recherche s'inscrivent dans une démarche qualitative de type inductive, prenant comme référence la perspective des individus impliqués. Dans le présent chapitre, j'aborde l'approche ethnographique utilisée et comment mon terrain a contribué à transformer et à préciser l'objectif de recherche. Ensuite, je m'attarde sur les différents instruments de cueillette de données ainsi que les dispositions éthiques développées dans cette recherche. Il est, de plus, question de l'analyse critique de mon implication. Une présentation de la démarche d'analyse des données mise en œuvre vient conclure cette section de la thèse.

L'ethnographie en milieu organisé

La démarche méthodologique de cette étude est inspirée par l'approche ethnographique (Duneier, 1999 ; Fikes, 2009 ; Laplantine et Singly 2010 ; Velho, [1973] 2010). L'ethnographie implique un mouvement de décentration par rapport à la certitude de nos savoirs, liés à ma vision de la sociologie et, plus fondamentalement, par rapport à ce que je tiens pour la réalité sociale (Corin, 1990). Ainsi, les paroles et les comportements de l'autre, ses rituels et ses symboles, ses pratiques et ses organisations ne sont pas accessibles directement, leur signification n'est pas transparente, ce n'est que lorsqu'ils sont resitués dans leur contexte propre que peut émerger leur signification. De l'ethnographie, il importe ici de retenir l'importance de partir de la perspective des individus impliqués dans un même milieu organisé et de chercher à comprendre ce qui l'organise.

En contexte organisationnel, il n'y a pas vraiment de subjectivation qui se déploie pour elle-même en dehors d'une fonction préétablie (Corin, 2003). Le langage y est tendu vers une finalité rarement indépendante d'un univers technique. En ce sens, le milieu organisé de services de santé mentale est susceptible de faire obstacle à la possibilité d'avoir accès au point de vue des individus rencontrés sur le terrain (Ybema et coll., 2009). Pour éviter de réduire la compréhension de leur perspective, Corin (2003) propose de suivre un mouvement de décentration en s'interrogeant sur la manière dont les individus eux-mêmes se situent par rapport à l'organisation, sur la place et le sens qu'ils donnent à celle-ci dans le cadre de leur vie. Afin de saisir ce qu'il en est, je dois aussi me rapprocher de leur pratique au lieu d'en appeler à la verbalisation de catégories générales.

L'ethnographie n'est pas une méthode en soi, mais plutôt une démarche faisant appel à plusieurs méthodes. Celle-ci est appropriée aux recherches explorant un phénomène social en profondeur (Laplantine et Singly, 2010). Le croisement de données issues de différents types de corpus, notamment de notes d'observation, de verbatim d'entretien et de documents écrits par les acteurs du milieu observé permet de consolider la compréhension de la réalité sociale en présence. Outre le fait d'examiner directement les activités et les incidents significatifs, cette diversité de techniques permet de confronter le discours et la pratique (Paillé et Mucchielli, 2003). Dans cette perspective, trois instruments de cueillette de données ont été appliqués à notre recherche, soit l'observation en situation (1150 heures), l'analyse de documents et l'entretien individuel (avec 47 personnes). Ces différents outils sont mobilisés s'agencent au cours d'un terrain de neuf mois.

J'ai eu accès à l'ensemble des dispositifs du système d'analyse et de cogestion (SACOG) des services de santé mentale de Campinas, ce qui m'a permis d'assister à une multitude de réunions, tout en portant attention à ce qui se passe avant et après celles-ci, que ce soit dans les échanges de corridors, les pauses, les repas ou les verres partagés en soirée. Les entretiens ont été réalisés avec différents individus présents. Les observations ont essentiellement porté sur

144 rencontres au sein de dix-huit espaces collectifs de prise de parole¹²⁵ entre avril et décembre 2012 (voir le tableau 1).

Tableau I. Nombre de rencontres observées par type d'espace collectif de prise de parole

Noms des espaces collectifs de prise de parole	Nombre de rencontre observée
Dispositifs institués	
À l'échelle municipale	
1- Conseil municipal de santé -CMS	6
2- Conseil de santé mentale	5
À l'échelle du district 3	
3- Collectif des travailleurs en santé mentale	5
4- Collectif des coordinateurs d'unité de santé	3
5- Conseil du district de santé	3
6- Collectif d'appuyeurs	13
À l'échelle d'un CAPS	
7- Réunion d'équipe	15
8- Collectif de gestion	6
9- Changement de shift	24
10- Mini-équipes	5
11- Groupe de référence	8
12- Atelier thérapeutique ¹²⁶	16
13- Assemblée des usagers	21
Activités organisées en réaction à la crise	
14- Conférence universitaire	1
15- Forum de santé mentale (SINSAUDE)	1
16- Sommet de santé mentale (CMS)	1
17- Rencontres dans les manifestations	7
18- Commission des travailleurs des SSCF	4
Total des rencontres observées :	144

¹²⁵ Je reviendrai sur les caractéristiques et les particularités de ces divers espaces de prise de parole dans la section 1.1. où je décris le processus de délimitation du terrain.

¹²⁶ Plus d'une quinzaine d'ateliers d'artisanat, d'activité physique, d'art, de communication, de cuisine, de partage, etc. Pour cette étude, j'ai observé les ateliers de musique (huit rencontres), de radio (cinq rencontres) et de confection de chandelles (trois rencontres).

J'ai aussi effectué des visites et des observations dans trois autres CAPS de la ville¹²⁷ en plus de mener des entretiens individuels avec dix individus (gestionnaires, travailleurs, stagiaires et destinataires) qui y sont impliqués¹²⁸. Ces activités ont permis des points de comparaison afin de mieux comprendre l'organisation des services du réseau dans son ensemble.

Tableau II. Autres CAPS observés et types d'activités de recherche réalisées

CAPS-III Espuma¹²⁹ (district 4)
Visite commentée des espaces physiques avec une psychologue
Observation des espaces physique (3 heures)
Observation d'une rencontre de l'assemblée d'utilisateurs (1 heure)
3 entretiens individuels (coordinatrice du CAPS, stagiaire en psychologie, destinataire)
CAPS-III Estrela (district 5)
Visite commentée des espaces physique avec une infirmière
Observation des espaces physique (3 heures)
Observation de rencontres de l'assemblée d'utilisateurs et de la réunion d'équipe (1 heure chaque)
4 entretiens individuels (coordinatrice du CAPS, infirmière, destinataires)
CAPS-III Nossa (district 3)
Visite commentée des espaces physique avec une destinataire
Observation des espaces physique (3 heures)
Observation d'une rencontre de l'assemblée d'utilisateurs (1 heure)
3 entretiens individuels (coordinatrice du CAPS, psychologue, destinataire)

Au début, cette recherche avait pour objectif de comprendre comment le système d'analyse et de cogestion (SACOG) du réseau de santé mentale de la ville de Campinas au Brésil agit sur les rapports sociaux de pouvoir entre les gestionnaires, les travailleurs et les destinataires. Ensuite, au fil de mes observations, j'ai remarqué la vitalité d'espaces collectifs de prise de parole et d'action que les individus rencontrés nommaient « *rodas* » (cercle en portugais). J'ai voulu recueillir des informations précises sur les composantes de ce phénomène social, son

¹²⁷J'ai aussi observé des dispositifs institués au Centre d'atelier de travail (NOT) et à l'hôpital psychiatrique du Candido.

¹²⁸ Je reviens sur cette technique de cueillette de données à la section 2.3.

¹²⁹ Noms fictifs pour ces trois CAPS

contexte général et immédiat, son histoire et les individus qui y sont impliqués. Les individus rencontrés utilisent cette notion pour nommer des situations au cours desquelles un petit groupe d'individus (de 5 à 30 individus en général) se réunit pour réfléchir, pour débattre et pour décider des actions à mener en rapport à la santé mentale à Campinas. Une *roda* peut émerger à divers endroits, que ce soit dans les réunions de dispositifs institués du réseau, dans les corridors d'un établissement de santé, dans les restaurants, dans les bars ; d'où la pertinence d'une démarche qualitative et inductive inspirée de l'ethnographie. Plus j'observais les *rodas* et plus elles me semblaient constituer des espaces collectifs privilégiés pour comprendre l'organisation des services de santé mentale ainsi que les rapports sociaux de pouvoir qui la traverse. Cette découverte m'a amené à changer l'objectif de recherche. Je voulais maintenant : *comprendre comment des rodas agissent sur les rapports sociaux de pouvoir traversant l'organisation des services du réseau de santé mentale de la ville de Campinas à une période donnée*. Dans la prochaine section, je reviens sur le processus de délimitation du terrain.

Processus de délimitation du terrain

Le terrain sur lequel repose cette recherche s'est déroulé du 8 octobre 2011 au 14 décembre 2012. Plus précisément, il s'agit d'un pré-terrain qui a eu lieu dans les villes brésiliennes de Belo Horizonte dans l'état du Minas Gerais, de Rio de Janeiro dans l'État du même nom et de Campinas dans l'État de São Paulo du 8 octobre au 9 novembre 2011 et d'un terrain ayant eu lieu à Campinas du 2 avril au 31 août et du 8 octobre au 14 décembre 2012 inclusivement.

Mes activités de recherche au Brésil au cours des dix dernières années m'ont permis d'intégrer plusieurs réseaux de praticiens et de chercheurs impliqués dans divers réseaux locaux de santé mentale. Au cours du séjour pré-terrain, j'ai visité des services de santé de première ligne ainsi que des centres d'attention psychosociale (CAPS) de type III, en plus de réaliser des entretiens individuels exploratoires auprès de trente individus activement impliqués dans l'analyse, l'évaluation et la gestion de divers établissements de santé mentale du Système unique de

santé (SUS) de trois grandes municipalités du Brésil. Au fil des rencontres et des observations, j'ai pris conscience de l'ampleur des différences entre les réseaux de santé mentale de ces villes. Ceux-ci varient d'une ville à l'autre en raison d'un ensemble de facteurs, dont la taille de la ville, le pouvoir économique et politique des entreprises privées en santé, ainsi que la succession des gouvernements élus.

Si la ville de Campinas a été retenue pour cette recherche, c'est que l'engagement soutenu de la municipalité dans les réformes sanitaire et psychiatrique depuis plusieurs années, son mode de gouvernance collaborative du réseau local de santé mentale - le système d'analyse et de cogestion (SACOG) – et l'accessibilité du terrain en raison des liens de confiance établis avec les individus du milieu, en faisaient un terrain idéal pour l'observation des tensions entre l'organisation des services de santé mentale et la démocratisation des rapports sociaux de pouvoir.

Campinas est une ville moyenne de l'État de São Paulo, située au sud-est du pays. Elle est composée d'une population d'un million d'habitants, ce qui fait d'elle la troisième plus grande ville de cet État. La région métropolitaine de Campinas jouit aussi du plus grand centre de développement technologique du pays. Tout comme la plupart des grandes villes du Brésil, Campinas a toujours dû faire face à la complexité et aux difficultés liées à la migration urbaine et à l'accroissement des quartiers illégaux¹³⁰ (aussi nommés « favelas ») à la violence urbaine et à la pauvreté qui approfondissent les inégalités sociales déjà très marquées.

Dès les années 1970, cette ville a ouvert de nouveaux chemins vers la démocratisation du pays par l'entremise d'actions, d'individus engagés dans la construction de services communautaires de santé et d'un système de gouvernance collaborative (Lavras et al., 2007). Elle compte parmi les premières villes à avoir mis en place des centres d'attention psychosociale de type III (CAPS) - des Centres offrant de l'hébergement de courte durée et

¹³⁰ Les bidonvilles se développent sans aucun accord ou permis de la ville. Ils ne jouissent d'aucun service public.

des services 24 sur 24. C'est d'ailleurs dans cette municipalité que se trouve aujourd'hui le plus grand nombre CAPS-III au pays (MS, 2016). De plus, Campinas constitue une référence nationale en gouvernance collaborative des politiques publiques de santé mentale depuis la création du système d'analyse et de cogestion (SACOG) en 2001 (Campos et Domitti, 2007; Trapé, 2010).

Nos activités à Campinas ont été facilitées par le réseau de recherche créé dans le cadre de l'Alliance de recherche universitaire et communautaire internationale en santé mentale et citoyenneté (ARUCI-SMC) entre l'École de service social de l'Université de Montréal, le Département de santé collective de l'Université d'État de Campinas (UNICAMP) et certains milieux de pratiques du Québec et du Brésil. J'y ai, entre autres, fait la connaissance de Thaïs de Carvalho Otanari, une brésilienne qui réalise son doctorat au Québec en même temps que moi. Cette étudiante était très active dans le réseau de santé mentale de Campinas. Elle s'impliquait à la fois dans le milieu universitaire de la santé collective et au sein d'associations de lutte contre la privatisation des services de santé de la ville. De tels engagements l'ont amené à se définir comme une « militante de la santé ».

J'ai eu l'occasion d'aller à Campinas en même temps qu'elle dans le cadre de mes démarches de pré-terrain en octobre 2011. Le soir de mon arrivée, une fête a été organisée dans un bar pour l'accueillir¹³¹. À cette occasion, j'ai rencontré quinze personnes qui se définissent aussi comme des militants de la santé. Tout comme Thaïs, ils sont à la fois des étudiants au sein de groupes de recherche du Département de santé collective de l'Université d'État de Campinas (UNICAMP), des activistes luttant pour le maintien et pour l'amélioration des services de santé, ainsi que des travailleurs du réseau de la ville – que ce soit à titre de médecin, d'ergothérapeute, de psychologue, d'infirmier, de travailleur social ou de gestionnaire. Ils ont aussi en commun d'être âgés entre 25 et 35 ans, d'avoir accès à une automobile pour se

¹³¹ Ces fêtes d'accueil sont à ce point communes au Brésil qu'une expression leur est consacrée : « *bota dentro* ». La traduction pourrait ressembler à : la fête qui « remet dedans/parmi nous » ou la fête « pour recréer une place pour toi parmi nous ».

déplacer et de posséder un plan de santé privé – c'est-à-dire de ne pas être « SUS-dépendant » (pour reprendre leur expression pour qualifier les personnes défavorisées, qui n'ont d'autres options que de se tourner vers le Système unique de santé (SUS) pour avoir accès à des soins de santé). Au cours de la soirée, j'ai reçu plusieurs informations au sujet de la ville et de son réseau de santé mentale qui sont venues nourrir ma compréhension.

Le réseau de santé mentale de la ville de Campinas

Au moment de l'étude, Campinas comptait sur un vaste réseau de santé divisé en cinq districts sanitaires : les districts 1, 2, 3, 4, 5¹³². Chaque district était responsable de la coordination des services de santé et de santé mentale offerts à la population de son territoire par différents établissements. Il existait 61 centres de santé (CS) au total (soit 1 pour chaque 20 000 habitants). En santé mentale, la municipalité jouissait d'une équipe spécialisée pour chaque 30 000 habitants. Elles étaient présentes dans plus de 30 CS du territoire afin d'appuyer les équipes de première ligne dans l'accompagnement des citoyens aux prises avec des problèmes de santé mentale. La ville comptait aussi sur les services de cinq centres de vie¹³³ et de dix centres d'attention psychosociale (CAPS) : six CAPS-III avec un fonctionnement 24 heures, trois spécialisés dans les soins aux adultes vivant avec des problèmes de dépendances à l'alcool et aux drogues (CAPS- AD) et un CAPS spécialisé pour les soins aux enfants et aux adolescents (CAPS-i). De plus, le réseau de santé mentale offrait trois infirmeries en milieu hospitalier, des soins ambulanciers d'urgence psychiatrique (SAMU), deux centres d'urgences psychiatriques, un centre d'ateliers de travail (NOT) et 38 services de résidences thérapeutiques. De plus, le Candido maintenait un hôpital psychiatrique avec 40 lits disponibles.

¹³² Noms fictifs

¹³³ Le centre de vie (*centro de convivência en portugais*) offre des activités culturelles et de loisirs pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et pour les citoyens en général.

Huit des individus rencontrés durant la soirée avec Thaïs m’ont servi de guides durant mon séjour pré-terrain à Campinas. J’ai ainsi visité des organisations de services de santé et de santé mentale (centre de santé, centre de vie, CAPS-III) dans les différents districts de la ville. À la lumière de ces visites et des entretiens individuels avec différents acteurs du réseau, j’ai décidé de concentrer mes observations sur un établissement clé dans l’organisation des services de santé mentale dans un des cinq districts de Campinas. Ces milieux m’ont servi d’ancrage et de point de repère afin d’approfondir la compréhension de l’organisation des services.

Les choix du district 3¹³⁴ et d’un CAPS-III¹³⁵ de ce district nommé CAPS Maio¹³⁶¹³⁷ se sont fait en fonction de l’engagement soutenu des acteurs du district dans les réformes sanitaire et psychiatriques depuis plusieurs années, du mode de gestion du réseau local innovant sur le plan de la gouvernance collaborative, de l’engagement soutenu des acteurs du district dans les dispositifs institués de participation du SACOG et de l’accessibilité du terrain.

Dès son implantation en 2001, le SACOG s’est articulé, à l’échelle municipal, au *Conseil municipal de santé (CMS) (1)*¹³⁸ (créé en 1992), en plus de mener à la création d’un *Conseil*

¹³⁴ Le district 3 de santé de Campinas dessert une population de près de 300 000 habitants parmi les plus défavorisées de la ville. Son réseau de santé mentale est constitué de deux centres d’attention psychosociale ouvert 24 heures (CAPS-III), de 12 centres de santé (services de première ligne) dont la moitié jouit des services d’une équipe spécialisée en santé mentale, d’un CAPS pour enfants, d’un CAPS-AD et d’un Centre de vie.

¹³⁵ Le CAPS-III, rappelons-le, offre des services 24 heures ainsi que de l’hébergement de courte durée. Le CAPS III a pour objectif de travailler la réhabilitation psychosociale des personnes avec de graves souffrances psychiques. Ces établissements doivent être ouvert aux situations de crises et ainsi offrir l’hospitalité de jour comme de nuit.

¹³⁶ Nom fictif

¹³⁷ En 2003, l’équipe de santé mentale d’un Centre de santé du district 3 décide d’aller de l’avant avec la création du CAPS Maio. Il s’agit du second à voir le jour dans ce district et le quatrième de la ville qui en compte maintenant six.

¹³⁸ Ces numéros réfèrent à ceux indiqué dans le tableau 1. Le nombre de rencontres observées dans chacun de ces dispositifs y est présenté. J’invite le lecteur à se référer à ce tableau pour mieux saisir l’ensemble des milieux observés durant le terrain de recherche.

de cogestion en santé mentale (2), constitué du coordinateur de santé mentale de la ville, des appuieurs institutionnels¹³⁹ en santé mentale de chacun des 5 districts ainsi que des gestionnaires du Candido.

À l'échelle des districts de santé, le système d'analyse et de cogestion (SACOG) varie beaucoup. Dans le cas du district 3, il y a un *Collectif des travailleurs en santé mentale* (3) un *Collectif des coordinateurs d'établissements de santé* (incluant la santé mentale) (4) ainsi qu'un *Conseil du district de santé* (5) incluant des gestionnaires, des travailleurs au côté des individus concernés (les destinataires et leur famille) du territoire. À ces dispositifs, s'adjoint le *Collectif des appuieurs institutionnels du district* (6) (quinze au total dont deux en santé mentale) incluant aussi la coordinatrice du district.

Pour assurer la coordination inter et multi-professionnelle du travail, le CAPS Maio, tout comme la plupart des CAPS-III au Brésil, mise sur des *réunions d'équipes* (7) hebdomadaires réunissant les professionnels impliqués dans l'accompagnement des destinataires – aussi nommée l'équipe technique - le coordinateur de l'organisation, et parfois l'un des appuieurs en santé mentale du district. Ces rencontres constituent l'instance formelle de coordination du travail de par sa fréquence et de par le fait qu'elle ouvre un espace d'analyse et de cogestion pour améliorer les services. Les dynamiques de prise de décision varient beaucoup d'un CAPS-III à l'autre en rapport à un ensemble d'éléments, tels que le style de gouverne du coordinateur et l'importance accordée à la concertation multi-professionnelle dans le travail d'accompagnement clinique et psychosocial.

Une des particularités de l'organisation du CAPS Maio et de certains autres CAPS de Campinas depuis l'implantation du système d'analyse et de cogestion repose sur l'agencement

¹³⁹ Au sein du système d'analyse et de cogestion, l'appuieur institutionnel a pour but d'assurer l'agencement entre ces divers espaces collectifs de prise de parole. Comme gestionnaire alternatif, l'appuieur emploie méthodologie collaborative se fondant sur le dialogue.

entre la réunion d'équipe et le *collectif de gestion* (8). Cet espace collectif a pour mandat d'accompagner et de supporter la coordination du CAPS en ce qui concerne la gestion du personnel, des finances, des relations inter-organisationnelles et de tout autre problème qui lui échoie. Il s'agit d'un dispositif de décentralisation du pouvoir du coordinateur, un espace intermédiaire de délibération et de prise de décision entre lui et la réunion d'équipe. Cet espace est constitué d'un appuieur institutionnel de santé mentale du district, du coordinateur et de quatre représentants des professionnels de soins nommés par consensus à chaque année¹⁴⁰.

Pour organiser la clinique au quotidien, le CAPS Maio a mis au point la *rencontre du changement de shift* (9) réunissant tous les travailleurs terminant leur shift et ceux qui le commencent au même moment. De telles rencontres ont lieu trois fois par jour. Le CAPS compte aussi sur quatre « mini-équipes de référence » qui se divisent la population du territoire. Composées de sept travailleurs de santé (quatre professionnels de la santé (psychiatre, infirmier bachelier, ergothérapeute, psychologue ou travailleur social), un technicien et deux auxiliaires infirmiers), ces équipes assurent aussi un appui en santé mentale auprès des centres de santé de la région. Chacune d'elles se réunit hebdomadairement afin de coordonner leur travail clinique. Il s'agit de la *réunion de mini-équipe* (10). Chaque mini-équipe organise aussi un *groupe de référence* (11) avec les destinataires accompagnés. Ce groupe se rencontre aussi sur une base hebdomadaire. Sur le plan de la participation des destinataires, il y a aussi des *ateliers thérapeutiques* (12) variés ainsi que *l'assemblée d'utilisateurs* (13).

¹⁴⁰ Si quelqu'un refuse de siéger après avoir été choisi par consensus, il doit se justifier. Le CAPS fonctionne ainsi depuis octobre 2010. Avant, les représentants étaient divisés par catégorie professionnelle. Les rencontres du collectif de gestion sont d'une durée d'une heure en moyenne et ont lieu aux deux semaines, juste avant la réunion d'équipe. Environ une fois par mois le collectif de gestion s'ouvre, le temps d'une rencontre, à l'ensemble des employés et des destinataires souhaitant y participer : il s'agit du « collectif élargi » (*colegiado ampliado en portugais*).

La « crise » du réseau de santé mentale de Campinas

Dès ma première soirée à Campinas en compagnie de Thaïs et de ses collègues militants de la santé, un enjeu revenait de manière récurrente dans les échanges et les débats observés : celui de la mise en place du nouveau plan d'action en santé mentale et des coupures massives qui l'accompagne. Quelques mois avant mon arrivée, le Tribunal des comptes de l'État de São Paulo a exigé du Secrétaire municipal de santé de Campinas qu'il mette fin aux contrats de travail de plus de 1300 employés du réseau de santé mentale. Dans la foulée, le SMS mis en place, en collaboration avec certains représentants du Candido et du Conseils municipal de santé , un nouveau plan d'action en santé mentale reposant sur un budget réduit du tiers comparativement au budget précédent. Cette conjoncture était communément nommée la « crise » du réseau par l'ensemble des individus rencontrés.

Le système de gouvernance collaborative – nommé système d'analyse et de cogestion (SACOG) - qui a fait de la ville un modèle national sur le plan de la démocratisation semblait aujourd'hui menacé par ce qui était considéré comme la plus importante « crise » de l'histoire du réseau de santé mentale de Campinas. Certains individus m'ont même conseillé de réaliser ma recherche ailleurs puisque les « belles » années du SACOG leur semblaient révolues. J'ai tout de même décidé de maintenir le cap vers ce réseau de santé mentale en portant une attention particulière à l'enjeu de la « crise » : où était-il abordé? À quel moment? Comment? Par qui?

J'ai alors décidé d'observer aussi des activités organisées dans le but de réfléchir et d'agir sur la « crise » du réseau, tels que des *conférences universitaires* (14)¹⁴¹ organisées par le Département de santé collective de l'Université d'État de Campinas (UNICAMP), des *forums*

¹⁴¹ Je rappelle que ces numéros réfèrent à ceux indiqués dans le tableau 1. Le nombre de rencontres observées pour chaque activité y est présenté. J'invite le lecteur à se référer à ce tableau pour mieux saisir l'ensemble des milieux observés durant le terrain de recherche.

de santé mentale (15) organisés par le Syndicat des employés des secteurs privé et philanthropique en santé de Campinas et des régions (SINSAUDE), des *sommets de santé mentale* (16) organisés par des conseillers du CMS, des rencontres spontanées au cours de *manifestations* (17) ainsi que des rencontres de la *Commission des travailleurs des Services de santé Candido Feirreira* (CT-SSCF) (18) - commission qui a d'ailleurs vu le jour durant cette « crise ».

J'ai abordé l'enjeu de la « crise » de manière heuristique afin de m'ouvrir aux différentes significations que lui donnaient les individus impliqués dans le quotidien de l'organisation des services. De plus, en m'inspirant de sociologues du mouvement institutionnaliste, j'ai abordé cet enjeu comme un « analyseur¹⁴² » des rapports sociaux de pouvoir qui traversaient les *rodas*.

J'ai alors choisi de miser sur l'observation des *rodas* au sein desquelles les individus « analysaient » et « cogéraient » la crise. *L'analyse de la crise* se réfère à tout ce qui porte sur le thème de la crise, que ce soit une question, une présentation, un discours, une chanson, une réflexion, une conversation. *La cogestion de la crise* se réfère à toute action pour la contrer; toute stratégie de mobilisation construite au sein de *rodas* pour agir sur la crise. J'ai aussi pris en compte tout ce qui, en dehors des discours, participe à l'analyse et la cogestion de la crise tels que les dispositifs, les locaux, les instruments, les objets, les événements imprévus.

Parallèlement, je me suis intéressée aux *rodas* auxquelles participaient des individus occupant des positions différentes au sein de l'organisation des services de santé mentale; c'est-à-dire des *rodas* impliquant des professionnels de la santé (psychologue, personnel infirmier,

¹⁴² L'analyseur est ce qui permet l'analyse. C'est ce qui relève la spécificité du social dans lequel on se retrouve. Il est toujours spécifique à un contexte social donné. Les meilleurs analyseurs sont « naturels » c'est-à-dire qu'ils surgissent un peu par hasard, lors du tâtonnement et de l'exploration (Authier et Hess, 1994). Baremblytt (1992) décrit l'analyseur naturel comme celui qui « est spontanément produit par la vie historique-sociale-libidinale, comme le résultat des déterminations et des marges de liberté au sein de l'institution. »

psychiatre, ergothérapeute, travail social), des personnel de soutien (agent de sécurité, préposé à l'entretien), des gestionnaires (appuyeur, coordinateur, superviseur) et des destinataires. En fait, ces *rodas* m'ont permis d'observer les rapports entre ces positions, la place que chacune d'elles occupaient dans les échanges sur la crise et dans le déroulement de la *roda* en général. J'ai alors décidé de circonscrire l'étude aux *rodas* auxquelles participaient des individus occupant aux moins deux positions différentes au sein de l'organisation des services de santé mentale et durant lesquelles l'enjeu de la crise étaient analysé et cogéré, et ce, entre avril et décembre 2012. L'objectif de recherche est ainsi devenu : *décrire les échanges au sein des rodas par lesquels des individus occupant des positions différentes au sein l'organisation des services de santé mentale analysent et cogèrent la crise du réseau de la ville de Campinas entre avril et décembre 2012.*

Par la description de ces échanges au sein des *rodas* j'ai voulu : *saisir comment les rodas et les échanges qui y prennent forme agissent sur les rapports sociaux de pouvoir entre des individus occupant des positions différentes au sein de l'organisation des services de santé mentale de Campinas. J'ai aussi voulu : relever la présence, ou non, de pratiques collectives innovantes sur le plan de la démocratisation des rapports sociaux de pouvoir au sein de l'organisation de services de santé mentale en contexte d'austérité.*

À l'aune de ces objectifs de recherche, j'ai pu identifier seize *rodas* de la crise auxquelles participent des individus occupant différentes positions au sein de l'organisation des services du réseau de santé mentale. Il s'agit de sept *rodas* émergeant de milieux mobilisés par la crise et de neuf *rodas* émergeant de dispositifs institués du réseau de Campinas.

J'ai regroupé ces seize *rodas* en fonction de leur contexte d'émergence : 1) les *rodas* qui ont émergé durant des activités organisées en réaction à la crise par le Département de santé collective de l'UNICAMP, par le syndicat du secteur privé et philanthropique en santé (SINSAUDE) et par des conseillers du Conseil municipal de santé (CMS); 2) les *rodas* qui ont émergé au sein de dispositifs institués du SACOG dont le CMS, le Collectif des travailleurs en

santé mentale du district 3 ainsi que la réunion d'équipe et l'assemblée d'usagers du CAPS Maio. Le tableau 2 situe ces *rodas* selon leur contexte d'émergence ainsi que selon les positions des individus présents au sein de l'organisation des services de santé mentale.

Tableau III. Cadre d'émergence des *rodas* et positions occupées par les individus présents

Contextes d'émergence des <i>rodas</i>	Positions des individus présents	<i>Rodas</i> observées
<i>Rodas</i> émergeant au sein d'activités organisés en réaction à la crise		
Conférence du Département de santé collective (UNICAMP)	Professionnels de la santé et gestionnaires	2
Forum du syndicat de travailleurs du secteur privé et philanthropique en santé (SINSAUDE)	Professionnels de la santé, gestionnaires et destinataires	1
Forum d'acteur du milieu du contrôle social (CMS)	Professionnels de la santé et gestionnaires	1
Manifestations	Professionnels de la santé, gestionnaires et destinataires	3
<i>Rodas</i> émergeant au sein de dispositifs institués du réseau de santé mentale		
Conseil municipal de santé (CMS)	Professionnels de la santé, gestionnaires, destinataires et personnels de soutien	2
Collectif des travailleurs du district 3	Professionnels de la santé et gestionnaires	1
Réunion d'équipe du CAPS Maio	Professionnels de la santé, gestionnaires et personnels de soutien	3
Assemblée d'usagers du CAPS Maio	Professionnels de la santé, gestionnaires, destinataires et personnels de soutien	3
Total :		16

Durant ce terrain, j'ai utilisé différents outils de cueillette de données à savoir l'observation en situation, l'analyse de documents, de même que l'entretien individuel.

Les instruments de cueillette de données

La fidélité des outils de cueillette de données utilisés dans cette recherche repose sur la durée de mes observations. La validité se situe tant au niveau de l'intrasubjectivité que de l'intersubjectivité de celles-ci (Martineau, 2004). La validité intrasubjective est consolidée par la constance de nos observations en situation autour du thème ouvert de la crise et en rapport auquel les individus impliqués se sont positionnés et ont agi. Pour sa part, la validité intersubjective est consolidée par les entretiens individuels exploratoires ainsi que par les nombreuses conversations spontanées qui prennent forme lors de retours en voiture, de promenades matinales et de repas ou de verres partagés. Ces entretiens et ces conversations ont lieu à divers moments du terrain afin de me permettre de partager et d'approfondir ma compréhension de la réalité observée.

L'observation en situation

Comme outil de recherche, l'observation en situation « [...] permet une compréhension de la complexité du social comme nul autre outil ne saurait le faire. Par exemple, en donnant autant à entendre qu'à voir, l'observation en situation est en mesure de fournir une vision fine et précise d'une pratique sociale » (Martineau, 2004: 15) telle qu'une *roda*. Les sociologues utilisent souvent l'observation en situation en l'absence de données et d'analyses empiriques sur une situation sociale donnée. Cet outil sert à la fois à décrire et à analyser les phénomènes observés afin de compiler l'information la plus complète possible sur une situation délimitée dans l'espace et dans le temps (Laperrière, 2003).

Une observation en situation est généralement constituée de trois phases spécifiques : la préparation (pré-terrain), l'entrée et l'immersion dans le milieu (Martineau, 2004). Dans le cadre de cette recherche, ces trois phases ont été respectées en fonction de l'échéancier suivant: Le pré-terrain du 8 octobre au 9 novembre 2011; l'entrée du 2 avril au 15 mai 2012 et

l'immersion sur le terrain : du 16 mai au 31 août et du 8 octobre au 14 décembre 2012. Un processus de préparation de la sortie du terrain a aussi été mis en place. Ce dernier s'est déroulé en parallèle au terrain entre le 26 novembre et le 14 décembre 2012. Revenons sur ces différentes phases :

Au cours de la phase de préparation du terrain (pré-terrain) j'ai choisi de me concentrer sur la ville (Campinas) le district de santé (district 3) ainsi que l'organisation de services de santé mentale (le CAPS-III Maio). C'est aussi au cours des premières observations à Campinas que j'ai été sensibilisée à l'importance de l'enjeu de la « crise » du réseau de santé mentale pour la majorité des individus rencontrés.

Ensuite, la phase de l'entrée a servi à comprendre le fonctionnement général du réseau de santé mentale à partir du CAPS Maio du district 3. L'emphase a été mise sur les dispositifs institués du SACOG ainsi que sur les activités organisées en réaction à la crise. Cette seconde phase d'observation a permis aussi de consolider les liens de confiance avec les individus rencontrés. L'entrée a finalement permis de valider et de confirmer la pertinence du choix de l'enjeu de la crise du réseau afin d'orienter nos observations. Cette phase s'est terminée par le début de nos activités à temps plein au sein de ces différents espaces.

C'est durant la phase de l'immersion sur le terrain qu'a eu lieu la plus grande part de la cueillette de données. Peu à peu, mes observations des dispositifs du SACOG ainsi que des activités organisées en réaction à la crise ont permis d'identifier les *rodas* durant lesquelles est analysée et cogérée cette crise (voir le tableau 2). Rapidement, j'ai réalisé que les *rodas* émergeaient de manière imprévisible et à divers moments des rencontres et ce, indépendamment de l'ordre du jour. Le thème de la crise était parfois inscrit à l'ordre du jour sans que les individus réunis n'aient finalement le temps de l'aborder. Ce thème émergeait aussi des échanges portant sur un autre sujet. J'ai alors dû assister aux rencontres du début à la fin, et ce, peu importe leur durée. Certaines rencontres duraient même plus de quatre heures. De plus, les *rodas* de la crise émergeaient parfois autour ou en parallèle aux réunions

ou aux activités. Ainsi, dans la mesure du possible, je me présentais sur les lieux de chacune des rencontres une heure avant et je restais environ une heure après. J'observais aussi les activités quotidiennes du CAPS Maio par une présence assidue d'environ 4 heures par jour du lundi au vendredi. Ces activités de cueillette de données ont exigé beaucoup d'assiduité ainsi qu'une grande disponibilité. Tout ce temps passé autour et durant les rencontres a favorisé la connaissance du quotidien des individus qui font vivre le réseau de santé mentale. De là sont d'ailleurs nés des liens de confiance. Peu à peu, les individus commençaient à me voir comme une alliée, comme quelqu'un qui n'était pas là pour juger ou pour évaluer. Certains en vinrent même jusqu'à oublier ma présence ou du moins à ne pas en tenir compte dans leur activités quotidiennes.

Finalement, un processus de sortie a préparé les individus impliqués à la fin de ma démarche terrain. Cette phase a été menée en parallèle avec les dernières observations en situation. Quelques semaines avant mon départ, j'ai rappelé la fin prochaine de l'étude à la plupart des individus croisés au CAPS Maio et dans les autres dispositifs du réseau. Je soulignais par la même occasion mes intentions à revenir à la fin de la rédaction de la thèse dans le but de discuter avec eux des principaux constats. J'ai aussi pris la parole lors de la dernière rencontre observée de chacun des dispositifs institués afin de rappeler le but de la recherche ainsi que sa fin prochaine. Finalement, j'ai organisé une présentation-bilan de l'étude et de ses résultats préliminaires au sein de la réunion d'équipe et de l'assemblée d'usagers du CAPS Maio. Ces divers moments offrent à la majorité des individus impliqués la possibilité de participer et de se faire entendre.

Tout au long des différentes phases de l'observation en situation des outils de cueillette de données furent mis à l'œuvre, dont le journal de bord et l'enregistrement audionumérique. L'intégration de ces deux outils s'est faite de manière intuitive et graduelle. L'agencement de leurs usages s'est transformé au fil du terrain au fur et à mesure que se consolidaient les liens de confiance.

La prise de notes in situ

Les données recueillies durant les observations en situation ont été transcrites dans le journal de bord. La prise de notes *in situ* a suivi et s'est ajustée au contexte et au rythme de l'organisation ainsi qu'à la réaction et à l'ouverture des individus présents. J'ai commencé cette pratique de cueillette de données durant mon pré-terrain comme lors d'activités festives, de visites d'établissement du réseau et d'assemblées publiques. Au cours de l'écriture *in situ*, les informations ont été catégorisées selon la grille suivante : fait, interprétation, analyse, interrogation et souvenir¹⁴³. De plus, j'identifiais et je décrivais les principales caractéristiques des rencontres observées – le nom et le type (institué ou non), quand et où elle avait lieu, les individus qui y participaient (le nombre, leur place dans l'espace, leur noms et les activités réalisées au sein de l'organisation). Mes notes d'observation ont aussi porté sur l'avant et l'après rencontre ; sur ce qui se passait dans les espaces parallèles telles que les discussions de corridor, les manifestations politiques et les sorties sociales dans les cafés, les restaurants ou les bars. J'y ai décrit tout ce qui participait aux échanges sur la crise: les dispositifs, les individus, les instruments, les locaux, les objets.

La prise de notes *in situ* a suivi le rythme et l'ouverture des individus. Je commençais à écrire dans le carnet dès que je sentais l'importance de retenir certains éléments essentiels du flot d'information au cours des échanges. Ce geste, tout comme la verve avec laquelle je posais des questions d'éclaircissement sur ce qui se disait, détonnait parfois avec le contexte, surtout lorsqu'il était festif. Pour minimiser cet effet d'étrangeté, j'ai souvent pris la parole devant le groupe réuni dans le café, le bar ou le restaurant pour me présenter et pour préciser les grandes

¹⁴³ Ce dernier type d'information fait référence aux notes prises au sujet de situations dont j'ai été témoin dans des circonstances qui ne se prêtaient pas à l'écriture ou à l'enregistrement audio - comme une dispute de corridor - et dont je me rappelais bien plus tard à la maison ou même parfois dans un autre contexte d'observation en situation qui se prêtait davantage à la prise de notes telle une réunion où tout le monde était assis.

lignes de ma démarche de recherche en expliquant pourquoi je prenais maintenant des notes¹⁴⁴.

L'enregistrement in situ

J'obtins l'autorisation éthique d'enregistrer les échanges ayant lieu dans l'ensemble du réseau de santé mentale. Au cours des échanges ayant lieu en dehors des dispositifs institués tels que lors des conversations de corridor et/ou de débats dans les événements festifs ou les manifestations, je demandais l'accord verbal de tous les individus présents. J'enregistrais leur appui verbal avant de continuer. Un tel enregistrement systématique des échanges collectifs plus informels n'était pas prévu à l'origine. C'est à l'aune du lien de confiance créé avec les différents individus impliqués que s'est ouverte cette possibilité. Une telle méthode a été approuvée sur le plan éthique auprès des différentes instances universitaires et gouvernementales brésiliennes responsables de la recherche en milieu de pratique.

Les conversations ont systématiquement été enregistrées puis réécoutées la plupart du temps au cours de la même journée. Pour rendre l'écoute du matériel audionumérique plus efficace, je prenais systématiquement en note l'heure, la minute ainsi que les secondes des conversations abordant l'enjeu de la crise et comment celles-ci prenaient forme (entre qui, où et comment). Cette technique m'a permis de gagner beaucoup de temps dans la transcription et dans l'analyse du matériau. Malgré ma maîtrise de la langue portugaise, les propos de certains individus ayant l'habitude de parler très vite avec leurs collègues posaient parfois des défis de compréhension. Les enregistrements audionumériques et leur écoute systématique me permettaient de relever ce défi linguistique.

¹⁴⁴ Un soir, des individus ont même pris l'initiative d'écrire dans mon journal de bord à mon insu pour me faire une blague. Ils ont écrit: « Les personnes du Brésil sont géniales et excellentes pour la démocratie institutionnelle. » « Bar + personnes géniales du CAPS Maio = démocratie institutionnelle. Isabelle, cela doit faire partie de ta méthodologie. ».

Durant les observations, l'enregistrement audionumérique des échanges m'a donné la possibilité de décentrer mon attention des communications verbales pour la tourner vers l'ambiance, les communications non-verbales, l'environnement physique et les activités périphériques comme le passage d'une personne n'ayant aucun lien avec la rencontre. Par conséquent, la prise de notes *in situ* a pu porter sur ce qui se jouait et se vivait par-delà les mots échangés. En santé mentale, l'agencement de ces deux outils de cueillette de données est d'autant plus pertinent qu'il permet de prendre en compte les pratiques de ceux qui ne prennent pas la parole et qui s'expriment autrement que par les mots comme des individus vivant avec des problèmes de santé mentale graves. La pertinence des informations recueillies ainsi repose sur leur potentiel à nourrir la compréhension de dimensions souvent laissées pour compte au profit de l'étude exclusive des discours rationnels (Mouffe, 2000). L'enregistrement permet en définitive de mieux observer les pratiques non-verbales et d'y accorder autant d'attention qu'aux pratiques discursives.

L'enregistrement de conversations individuelles

Parallèlement à l'enregistrement des échanges au cours de rencontres, j'ai enregistré des conversations individuelles avec différents individus impliqués au sein du réseau. Durant les observations, j'allais vers des individus disponibles qui me semblaient détenir une certaine expertise en rapport à tel ou tel élément du contexte historique, politique et social du réseau ou sur tel ou tel mode d'organisation des services de santé mentale. Je demandais à la personne si elle était disposée à répondre à des questions spontanées au sujet de tel ou tel aspect de l'organisation et, le cas échéant, si elle consentait à ce que j'enregistre cet échange. Si elle acceptait, je lui demandais d'exprimer son consentement au début de l'enregistrement. De telles informations ne constituaient pas le cœur de notre recherche. Elles permettaient plutôt de mieux saisir le contexte et le fonctionnement de l'organisation des services.

L'enregistrement collaboratif

L'enregistrement *in situ* s'est aussi fait d'une manière inusitée et imprévue que je qualifierais d'«enregistrement collaboratif». Ce mode de collecte d'information est le fruit de l'initiative de certains individus du CAPS Maio. Un mois après le début de mes observations, plusieurs d'entre eux avaient non seulement une idée claire des objectifs de ma recherche, mais commençaient à identifier des débats, des échanges et des situations qui, selon eux, étaient pertinents à intégrer dans le cadre de celle-ci. Cette collaboration a pris différentes formes. D'une part, à certains moments des rencontres enregistrées, des participants se tournaient discrètement vers moi en soulignant de manière verbal ou non-verbal l'importance de prendre en compte les propos que tel participant venait de formuler au sujet de tel aspect du débat en cours. D'autre part, des individus me relataient des situations ou des débats qui avaient eu lieu dans le corridor, au bar ou dans une autre réunion et auxquelles je n'étais pas présente. Finalement, des individus appréhendaient la pertinence de telle rencontre ou tel moment pour ma recherche. Certains proposaient même de les enregistrer advenant le fait que je ne puisse pas y être¹⁴⁵.

L'analyse de documents

Des documents institutionnels produits par les différents paliers de gouvernement (fédéral, étatique et municipal) et par le CAPS Maio ainsi que plusieurs articles de journaux locaux ont été lus tout au long de nos observations de terrain. Les contenus de sites Internet gouvernementaux, d'infolettres, de courriels institutionnels ainsi que les procès-verbaux de certaines réunions observées constituent également des exemples de sources d'information

¹⁴⁵ Ces initiatives collaboratives font boule de neige durant le mois où je me suis absentée au milieu du terrain pour notre suivi de grossesse au Canada. Des individus m'ont d'ailleurs proposé de leur laisser l'enregistreuse audionumérique, ce que j'ai accepté. L'initiative vient parallèlement de travailleurs et de destinataires du CAPS. Ainsi, durant mon absence, des travailleurs se concertent lors de réunions d'équipe afin de décider ce qui vaut la peine d'être enregistré en fonction de leur conceptions des objectifs recherches et, des destinataires font de même lors d'assemblées d'usagers.

pertinentes consultées. Les informations recueillies viennent alimenter l'étude de cas en éclairant le contexte politique, social et organisationnel des pratiques d'analyse et de cogestion et de la crise du réseau de santé mentale.

Les entretiens exploratoires

L'entretien exploratoire se prête à l'étude en profondeur des expériences et des rapports proches ou lointains, manifestes ou latents, entre les individus et les thèmes étudiés (Mayer et Ouellet, 2000). Ce type d'entretien facilite la découverte du sens que l'individu donne à son expérience en lui offrant une grande marge de liberté.

J'ai réalisé un à deux entretiens individuels exploratoires de 75 minutes avec 26 individus du CAPS Maio (voir tableau 4). Ces individus ont été choisis à partir d'une technique d'échantillonnage non-probabiliste de type « boule de neige » et en fonction des critères suivants : 1) La pluralité sur le plan de l'ancienneté, de l'âge, du genre et des activités réalisées au CAPS Maio ; 2) Leur présence assidue au sein des *rodas* à l'étude ; 3) Le lien de confiance établi. Ces entretiens ont servi à comprendre le contexte et à valider nos interprétations des situations et des échanges observés. L'entretien a suivi le cours des informations transmises et jusque-là méconnues vers des thèmes tantôt plus politiques, tantôt plus techniques. Ces rencontres individuelles exploratoires ont aussi permis de saisir les différents points de vue et les différents intérêts en jeu au sein des échanges observés. Dans les limites du possible, les entretiens ont eu lieu peu de temps après les rencontres observées. Cette stratégie m'a aidé à me rappeler les situations et des échanges qui venaient d'avoir lieu, ce qui facilitait la réflexion et le dévoilement de leur point de vue « à chaud ». Qui plus est, ce partage en tête-à-tête a favorisé la création de liens de confiance, entre autres, puisqu'il ouvrait un espace de rencontre, d'écoute et de reconnaissance de leur expérience unique.

J'ai aussi réalisé onze entretiens individuels d'environ 75 minutes avec des individus impliqués de diverses manières au sein du réseau de santé mentale (voir tableau 4). De tels entretiens ont été réalisés afin d'avoir une vue d'ensemble de l'organisation du réseau. Ces individus ont été choisis à partir d'une technique d'échantillonnage non-probabiliste de type « boule de neige » et en fonction des critères suivants : 1) La pluralité des points de vue sur le plan de l'organisation des services; 2) L'expertise reconnue en rapport à un aspect spécifique de l'organisation des services; 3) Le degré d'implication au sein des *rodas* observées; 4) Le lien de confiance établi.

Finalement, dix entretiens individuels d'une heure ont été effectués avec des individus d'autres CAPS-III de la ville. Ces entretiens ont eu pour objectif de construire des points de comparaison possibles à travers le réseau (voir tableau 4). Les individus interviewés ont été sélectionnés à partir d'une technique d'échantillonnage non-probabiliste de type « boule de neige » et en fonction des critères suivants: 1) La pluralité sur le plan de l'ancienneté, de l'âge, du genre et des activités réalisées au CAPS; 2) Le degré d'implication au sein du CAPS au moment des observations en situation; 3) Le lien de confiance établi. Le tableau 4 détaille l'ensemble des 47 entretiens individuels réalisés:

Tableau IV. Entretiens individuels réalisés

Nombre	Avec qui?	Protagoniste où?
10	Destinataires : 3 femmes et 7 hommes	À l'échelle du CAPS Maio
14	Travailleurs : 1 ergothérapeute, 2 psychiatres, 2 techniciens infirmiers, 2 auxiliaires infirmiers, 3 préposés à l'entretien ménager, 1 agent de sécurité, 1 infirmier, 2 psychologues	
2	Gestionnaires : 1 coordinateur ¹⁴⁶ , une adjointe administrative	
9	1 psychologue de Centre de santé, 1 psychologue d'un autre CAPS du district 3, 3 appuieurs, 2 coordinateurs d'autres CAPS, 1 coordinateur du district, 1 coordinateur de l'infirmerie psychiatrique d'un hôpital général	À l'échelle du district 3
2	1 coordinateur du réseau de santé mentale de la ville, 1 ancien Secrétaire de santé de la ville	À l'échelle de la ville
10	3 coordinateurs de CAPS, 1 psychologue, 1 infirmière, 1 stagiaire en psychologie et 4 destinataires	Au sein d'autres CAPS de la ville
Total : 47 entretiens		

L'ensemble des entretiens ont été orientés par un canevas d'entrevue simple reposant sur trois thèmes: 1) L'implication de l'individu dans le réseau: sa place, ses pratiques, le sens de sa participation au moment de l'entrevue; 2) Ce qui a mené l'individu à s'impliquer; 3) La portée de son implication sur sa vie, le groupe, l'organisation, le réseau et la société. Comme une trame analytique de fond, ce canevas a orienté les questions de reformulation et d'exploration. De plus, l'absence d'une grille d'entretien systématique a facilité la découverte de nouveaux thèmes exprimés par les individus. Ainsi, le risque d'insinuer des réponses en fonction de nos conceptions à priori était moins élevé que lors d'un entretien structuré. De par la diversité des expertises détenues par chacun des interviewés, les entretiens ont aussi été orientés en fonction de leurs expériences et de leur champ de connaissances.

L'enregistrement audionumérique a constitué le second instrument de cueillette pour ces entretiens. L'entretien exploratoire produit une diversité de données difficiles à traiter, d'où

¹⁴⁶ Ce dernier a été interviewé à trois reprises

l'importance du support audionumérique. En effet, la constitution du verbatim nécessaire à l'analyse approfondie des données en dépend.

L'ensemble des entretiens individuels de cette recherche a eu lieu dans un environnement fermé, calme et silencieux. Au début, j'ai expliqué les grandes lignes de la démarche de recherche (objectifs, méthodologie, considérations éthiques) en soulignant que la participation à cette recherche était volontaire et qu'en tout temps la personne pouvait mettre fin à son engagement si elle le voulait. Une fiche de consentement a été signée au début de l'échange¹⁴⁷. Celle-ci servait à obtenir l'approbation écrite pour l'enregistrement audionumérique. Par la suite, je commençais l'enregistrement avec l'autorisation préalable de chacun. Je prenais soin de rappeler sur la bande audionumérique que la personne avait accepté de participer à cette recherche en signant le formulaire de consentement éthique et qu'en tout temps elle était libre de mettre fin à son engagement.

La dimension éthique de la recherche

Avant de commencer notre recherche terrain, il a fallu réaliser de nombreuses procédures d'approbation éthique : premièrement auprès du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal¹⁴⁸, ensuite auprès du Comité d'éthique à la recherche de la Faculté de sciences médicales de l'UNICAMP¹⁴⁹ et finalement auprès du Comité d'éthique à la recherche du Secrétariat municipal de la santé de Campinas¹⁵⁰.

¹⁴⁷ Se référer à l'annexe 1

¹⁴⁸ Se référer à l'annexe 2

¹⁴⁹ Se référer à l'annexe 3

¹⁵⁰ Se référer à l'annexe 4

Avant de commencer la cueillette de données, j'ai réalisé une séance d'informations à propos de ma recherche au cours d'une réunion spéciale regroupant l'ensemble des individus du CAPS Maio. J'ai décrit les grandes lignes de la démarche. J'ai présenté les objectifs, décrit la méthodologie ainsi que les considérations éthiques en mettant l'emphase sur les différentes méthodes de cueillette de données utilisées. Cette séance d'information a aussi permis d'informer sur la durée du processus de cueillette de données (avril à décembre 2012).

En ce qui concerne l'observation, j'ai abordé l'utilité de la prise de notes et de l'enregistrement audionumérique lors des échanges observés (réunions, conversations de corridor, discussions durant un repas). J'ai aussi expliqué qu'au début de chaque observation, j'allais demander aux individus concernés si ils consentaient à ce que je prenne des notes et/ou à ce que j'enregistre les échanges. Dans le cas où au moins une personne s'y opposait, je demandais si je pouvais rester sans prendre de notes ou bien si je quittais le lieu prévu pour l'observation. Afin d'informer les individus qui ne pouvaient pas être présents à cette séance d'information, j'ai organisé une ou deux autres rencontres de ce type. De plus, au début de l'observation de chacune des rencontres ainsi qu'au début de chaque entretien individuel, les grandes lignes de la recherche ont été expliquées, tout comme l'aspect volontaire de la participation, c'est-à-dire que l'individu pouvait mettre fin à son engagement en tout temps. Dans le cas des entretiens, une fiche de consentement¹⁵¹ a aussi été présentée puis signée. Celle-ci a servi à obtenir leur approbation écrite pour l'enregistrement des entretiens.

Les informations obtenues au cours de l'entretien individuel sont demeurées confidentielles. Aucune information nominative ou de nature à identifier une personne n'y a figuré. Un code numérique a été attribué à chacun des enregistrements réalisés. Il a remplacé les noms des individus dans tous les documents traités dans le cadre de la recherche. Moi mise à part, personne n'a eu accès aux données les concernant. Les enregistrements ont aussi été gardés confidentiels. J'ai transféré le contenu des entretiens sur une clé USB en effaçant le contenu de

¹⁵¹ Se référer à l'annexe 1

l'enregistreuse. J'ai identifié les fichiers audionumériques sur la clé par un numéro (1, 2, 3, etc.). Cette clé USB est conservée dans un classeur fermé à clé. J'ai inscrit sur une feuille la correspondance du numéro du fichier avec les prénoms des différentes personnes interviewées (Ex : Fichier 1 = entrevue de Pierre, Fichier 2 = entrevue de Jean). Dans le cas des réunions ou de toutes autres situations enregistrées, j'ai inscrit sur une feuille la correspondance du numéro du fichier avec le types de situation et quand elle a eu lieu (date, heure). La liste maîtresse des participants et les formulaires de consentement sont conservés dans un classeur sous clé situé dans notre bureau de recherche, dans une filière verrouillée. Ces documents seront conservés durant une période de cinq ans suivant le dépôt de la thèse. Après cette période, ils seront détruits de manière sécuritaire. Le matériel sera utilisé aux seules fins pour lesquelles il a été recueilli.

Je ne diffuse pas les noms des personnes et des organisations et des districts de santé à l'étude. Afin de préserver l'anonymat et la confidentialité, j'ai utilisé des pseudonymes dans l'ensemble du traitement de la recherche (verbatim, analyse). De plus, j'ai produit des résultats qui ne permettent pas d'identifier les individus, les organisations et les districts de santé en élaborant des propos généraux et/ou en changeant quelques paramètres comme par exemple attribuer à un homme les propos d'une femme lorsque cela n'avait pas d'impact sur l'analyse.

Le fait d'observer en contexte organisationnel implique la création et le maintien d'une relation de confiance avec les individus rencontrés. Dès les premiers contacts, un effort particulier a été mené afin que cette recherche ne nuise pas au déroulement des pratiques en cours. Ce souci est d'autant plus important dans l'observation de l'organisation de services impliquant des individus vivant avec des problèmes de santé mentale graves. Le respect de la dimension éthique dans un tel contexte a demandé aussi de l'ouverture et de la flexibilité.

Si malgré tout, un individu tenait à exprimer son mécontentement ou ses doutes au sujet de la recherche, une référence possible à une personne extérieure était prévue. Le nom et les

coordonnées de ces répondants figuraient au bas du formulaire de consentement remis avec l'indication suivante : « Pour tout problème relié à la recherche, contactez Madame ... »

L'analyse de mon implication

Plusieurs de mes caractéristiques influencent d'une façon ou d'une autre le cours de la recherche, telles que mon statut, ma formation, mon savoir-faire (mon orientation épistémologique, théorique, méthodologique et technique), mon origine sociale et culturelle (situations ayant marqué mes valeurs, ma relation au savoir et à l'action), la structure de ma personnalité (mes désirs, les satisfactions que je tente d'obtenir par mes activités de recherche) et, mon milieu d'étude au sein d'une université (Dubost, 1987). Sous cet angle, il semble évident que ma pleine neutralité demeure un leurre cachant nécessairement un point de vue normatif qui tend à mettre en évidence — et donc à laisser corrélativement dans l'ombre — certains résultats plutôt que d'autres (Blondiaux et Fourniau, 2011). Pour problématiser une telle position et les dimensions sous-jacentes sur lesquelles elle repose, j'ai analysé mon implication tout au long de ma recherche, des premiers contacts avec le terrain jusqu'à la diffusion des résultats.

L'étude en milieu organisé met le sociologue dans une position délicate, en ce sens qu'en sociologie des organisations, la question de la façon de comprendre les processus organisationnels n'est jamais bien loin derrière celle de la « bonne » façon d'organiser. Un tel mode de construction de connaissances agençant description et prescription est une force, mais aussi une limite de ce champ. Dans la présente recherche, je risquais par exemple de glisser vers une position de « vigie » de la démocratisation des *rodas* observées. Pour minimiser ce risque, je me suis rappelée et ai constamment rappelée aux individus rencontrés que mon objectif ici n'était pas de juger, de diagnostiquer ou d'évaluer mais, bien de comprendre avec eux.

Le fait d'observer au sein de l'organisation de services de santé mentale a aussi complexifié l'accès et la compréhension de la perspective des destinataires. Par exemple, au début des observations, des destinataires ont agi avec moi comme si j'étais une intervenante de plus travaillant dans le réseau. J'ai dû faire des ajustements et rappeler souvent mon rôle de sociologue, lequel demeurait très abstrait pour certains. C'était un véritable défi de ne pas entrer dans le rôle de l'intervenante en face de confidences au sujet de problèmes personnels. Le cas échéant, j'invitais la personne à partager ces mêmes propos avec son intervenante de référence. Afin de sortir de ces attributions de rôle, je me suis intégrée à plusieurs activités du CAPS auxquelles participaient des individus vivant avec des problèmes de santé mentale graves tels que les fêtes d'anniversaires, les groupes de référence, les ateliers thérapeutiques, en plus de passer du temps dans les espaces où les destinataires discutaient en attendant un rendez-vous ou une activité spécifique. Cette participation a fait émerger diverses conversations par lesquelles s'est construite une compréhension mutuelle. Peu à peu, les liens de confiance tissés au fil de ces échanges ont mené à une ouverture et une compréhension fine de ce que je suis en train de réaliser avec eux. Une destinataire s'est d'ailleurs exprimé poétiquement à ce sujet : « Moi, j'ai compris! Le réseau c'est le « point » et toi tu es le «paragraphe»! »

Contrairement à ce qu'il est commun de croire, avoir une position critique en sociologie des organisations n'implique pas nécessairement de se prononcer pour ou contre un mode d'organisation observé sur le terrain. La prise de position critique dont il est question ici renvoie plutôt à une ouverture constante face à la pluralité des savoirs et des significations données à l'organisation des services. Je me suis aussi impliquée personnellement avec l'ensemble des individus rencontrés perçus comme des sujets autonomes et des « experts » de leur réalité. Pour éviter que cet engagement personnel ne nuise au maintien d'un point de vue relativement objectif durant les observations en cours, je communiquais constamment, et le plus clairement possible, la portée et les limites de mon engagement. Une telle approche ne devait pas non plus compromettre l'ouverture à de nouvelles implications qui survenaient en cours de route.

Je propose maintenant de présenter la démarche par laquelle j'ai traité puis analysé la pluralité des contenus recueillis au cours des observations en situation, de l'analyse de documents et des entretiens individuels exploratoires.

La démarche d'analyse des données

Cette ethnographie repose sur une grande variété de contenus à analyser. Il s'agit de notes écrites dans le journal de bord durant le pré-terrain et le terrain, de documents institutionnels, de matériel audio numérique (des échanges collectifs et des entretiens individuels). L'agencement de ces divers contenus a permis de mieux saisir la complexité de la réalité sociale à l'étude.

D'abord, j'ai lu et transcrit sur des fichiers numériques, l'ensemble des contenus écrits à la main dans le journal de bord en respectant le déroulement chronologique des situations observées. J'ai aussi regardé les photos prises tout au long des observations afin de me ré-impregner des lieux et des visages. Au cours de ce processus de transcription, j'ai réécouté tous les échanges en portant une attention particulière à ceux abordant l'enjeu de la crise. J'ai transcrit ensuite dans un fichier numérique tous les échanges liés de près ou de loin à cet enjeu. Le processus itératif de va et vient entre la transcription des notes *in situ*, l'écoute et la transcription des verbatim des échanges traitant de la crise a permis peu à peu de décrire les échanges de paroles ou de gestes (cri, fou rire, chant) adressant l'enjeu de la crise ainsi que les stratégies de mobilisation et d'action en rapport à la crise. Parallèlement, j'ai transcrit les verbatim des 47 entretiens individuels afin de dégager une compréhension de l'organisation des services de santé mentale dans lesquels s'inscrivent les *rodas* à l'étude, les différentes perspectives des individus en rapport à elles tout comme les différents intérêts en jeu. Sachant que la transcription d'entretiens fait perdre souvent de vue le contexte social plus large, des notes de contexte ont été intégrées au verbatim de chacun des entretiens.

Enfin, j'ai réalisé deux lectures des documents institutionnels et de l'ensemble des contenus transcrits sur des fichiers numériques (les journaux de bord, les verbatim des rencontres collectives et des entretiens individuels) dans le but de m'imprégner librement de la masse d'informations recueillie. L'exercice de reconsidérer de manière exhaustive toutes les données recueillies et transcrites a permis d'approfondir notre compréhension et notre regard sur la réalité observée. La quantité d'information recueillie était trop immense pour être traitée dans sa totalité. Comme une caisse de résonance, cette masse d'information a rythmé nos réflexions et nos analyses vers l'identification de configurations communes aux *rodas*. C'est au cours d'une deuxième lecture de cette masse d'informations que de telles configurations se sont dégagées. Celles-ci ont ouvert la voie vers une compréhension plus approfondie des *rodas* et de la singularité de leur *modus operandi*.

Au cours des trois prochains chapitres, je décris le contexte et le déroulement des seize *rodas* qui ont pris forme durant la crise du réseau de santé mentale de Campinas. Plus précisément, le chapitre 4 porte sur les *rodas* qui ont émergé des activités organisées en réaction à la crise. Le chapitre 5 est consacré à celles qui ont émergé au sein de dispositifs institués du réseau. Au fil de ces deux chapitres, se construit une analyse descriptive du contexte et du déroulement des échanges composant ces *rodas*. De cette manière, je veux comprendre comment et par qui se déploient les échanges autour de la crise. À partir de là, je dégage des configurations communes, ce qui fait l'objet du chapitre 6. Enfin, l'analyse des configurations au cours du chapitre 7 ouvre sur une analyse des rapports sociaux de pouvoir traversant de telles *rodas*.

Chapitre 4 : Les *rodas* émergent d'activités organisées en réaction à la crise du réseau de santé mentale de Campinas

Au Brésil, le projet de démocratisation inspiré du mouvement sanitaire et de la réforme psychiatrique se traduit en politiques publiques. Ces dernières mènent à un mode d'organisation des services de santé mentale centré sur le Centre d'attention psychosociale (CAPS) et sur les dispositifs institués du contrôle social. À Campinas, depuis les années 1970, des individus issus de différents milieux se mobilisent pour défendre la « démocratisation institutionnelle » et pour lui donner une forme singulière, celle du système d'analyse et de cogestion (SACOG). En marge de la jeune histoire du SACOG, une grande diversité de *rodas* ont aussi été créées. En chemin, la construction collective de ce projet rencontre des obstacles issus, entre autres, des différents paliers de gouvernement. Au moment de mon étude, un obstacle majeur se pointe à l'horizon. Des nouvelles mesures d'austérité décidées entre les gouvernements étatique et municipal, caractérisées par des coupures et des mises à pied massives, menacent comme jamais auparavant l'avancement de la réforme psychiatrique à Campinas. Des individus décident de lutter de plus bel pour s'opposer à de telles mesures au nom de la démocratisation de la santé. Pour une psychologue du réseau, cette nouvelle mobilisation marque le passage d'une lutte pour les droits à la santé, à une lutte pour le maintien de ces droits :

La ville de Campinas croit qu'elle vit, qu'elle est encore en train de vivre la réforme psychiatrique, mais c'est fini! Le gouvernement municipal a relégué ces politiques au passé donc, pendant ce processus – je parle de tous les allers-retours – la lutte pour la santé est passée d'une lutte confiante où nous avons obtenu des droits, vers une lutte qui se limite à résister aux coupures des droits, à la diminution des services et de tout ce qui existe déjà. Campinas a construit un grand projet de santé mentale, mais c'est difficile avec la crise de nos jours (Claudine, psychologue d'un centre de santé du district 3)¹⁵².

¹⁵² L'ensemble des verbatim de ce chapitre ont été librement traduits du portugais brésilien par l'auteure.

Dans la foulée, des individus créent des *rodas* au sein et en dehors des dispositifs institués du système d'analyse et de cogestion pour sensibiliser aux enjeux économiques et sociopolitiques en amont de la crise et dans le but de lutter pour la survie de ce qu'ils considèrent comme « leur » projet de démocratisation de la santé. Le présent chapitre porte sur les sept *rodas* de la crise émergeant en dehors des dispositifs du système d'analyse et de cogestion.

Dès mon arrivée à Campinas, je suis témoin de l'engagement d'individus pour agir sur cette crise qui, selon eux, menace la survie du réseau local de santé mentale. Cet engagement se traduit notamment par l'organisation d'activités destinée à s'opposer aux mesures d'austérité (mise à pied de 1300 employés et coupures du tiers du budget en santé mentale) imposées par le gouvernement municipal par l'entremise d'un nouveau plan d'action en santé mentale. Ces activités voient le jour en dehors des dispositifs institués du système d'analyse et de cogestion. Il y a une conférence portant sur la démocratie institutionnelle organisée par des étudiants et des professeurs du Département de santé collective de la Faculté de médecine de l'UNICAMP, un Forum de santé mentale créé par des membres du Syndicat des employés des secteurs privé et philanthropique en santé de Campinas et des régions (SINSAUDE) ainsi que des protagonistes de la Commission des travailleurs des Services de santé Candido Feireira (CT-SSCF) et finalement un Sommet de santé mentale issu de l'initiative de citoyens siégeant à titre de conseillers au sein du Conseil municipal de santé (CMS). Des *rodas* se constituent au sein de chacune de ces activités spécifiques.

Les *rodas* émergeant d'activités du milieu universitaire

À mon arrivée en avril, je sens un climat pré-électoral au sein du Département de santé collective de l'Université d'État de Campinas (UNICAMP)¹⁵³. La prochaine élection

¹⁵³ Des professeurs du Département exposent leur appui au Parti des travailleurs (PT) par des posters affichés sur leur porte de bureau. J'assiste aussi à une soutenance de thèse où la doctorante et des membres du jury arborent un macaron du PT.

municipale est pourtant prévue en octobre seulement. Par exemple, je participe à une soirée dans la demeure d'une professeure de ce Département organisée dans le but de faire connaître un député (aussi médecin du réseau et ancien étudiant du Département) qui se présente à la prochaine élection municipale sous la bannière du Parti des travailleurs (PT). Cette soirée regroupe neuf professeurs et six étudiants des deuxième et troisième cycles de ce Département.

Une fois que tout le monde est arrivé, les gens s'assoient en cercle à la véranda afin d'écouter une brève présentation du futur candidat. De longs échanges entre les professeurs et le candidat ont ensuite lieu; ce dernier est bombardé de questions au sujet de ses intentions politiques en rapport à la crise et au réseau de santé en général. On le questionne notamment sur sa vision des Services de santé Candido Feirreira (SSCF) ainsi que sur celle du système d'analyse et de cogestion (SACOG), ce qu'il compte faire pour sauvegarder ce mode de gouvernance collaborative... Certains professeurs, plus âgés, rappellent à tous des moments clés de l'histoire du réseau et des luttes du mouvement sanitaire. Des étudiants en profitent pour poser des questions de compréhension afin d'éclaircir certains événements marquant de cette histoire locale. Ces échanges se déroulent dans un climat convivial, un verre de vin à la main. Un consensus se dégage de leur discussion : le Parti des travailleurs constitue pour eux un instrument à même de garantir la survie du réseau et de son système d'analyse et de cogestion par-delà la crise actuelle.

La *roda* se termine spontanément lorsque des gens commencent à se lever pour aller chercher à manger et à boire et pour prendre des nouvelles les uns des autres. Au moment où le premier invité quitte la maison, un professeur s'écrie : « Avant que les gens s'en aillent il faut rappeler l'importance de la participation de tous à la conférence sur la démocratie institutionnelle qui aura lieu prochainement. ».

Quelques jours plus tard, je participe à cette conférence donnée par Gerardo¹⁵⁴, l'ancien Secrétaire municipal de santé sous la bannière du Parti des travailleurs (entre 1988 et 1991 et entre 2001 à 2003) et actuel professeur universitaire au Département de santé collective de l'UNICAMP. Des étudiants ainsi que des gestionnaires et des travailleurs du réseau¹⁵⁵ y participent. Je reconnais plusieurs collègues de Thaïs, rencontrés lors de mon pré-terrain, ainsi que la plupart des individus ayant participé à la soirée chez la professeure du département. Dans sa présentation, Gerardo dénonce la crise qui sévit dans le réseau de santé mentale et qui menace selon lui le processus de démocratisation en cours. Lors de la période de questions, plusieurs participants exposent leurs inquiétudes et leur désarroi en rapport au recul démocratique depuis le début du système d'analyse et de cogestion en 2001. Au cours de ce débat animé, le conférencier ainsi que certains participants rappellent l'importance de différencier ce qui est « public » de ce qui est « étatique » lorsque l'on veut comprendre les enjeux en amont de la crise de l'organisation des services de santé mentale. *Grosso modo*, l'« étatique » réfère pour eux à la « lourde » structure bureaucratique de l'État brésilien construite au fil d'une histoire marquée par la dictature, alors que le « public » réfère à ce qui est « réellement » porteur sur le plan social et démocratique. Un certain consensus semble se dégager des échanges: l'organisation des services doit miser sur ce qui favorise le « public », non pas sur ce qui perpétue l'« étatique ». Au nom d'une organisation « public non-étatique », des travailleurs du réseau prennent la parole pour défendre l'apport du système d'analyse et de cogestion et l'importance de le maintenir afin de consolider la « démocratisation institutionnelle »; expression figurant d'ailleurs dans le titre de cette conférence qui rassemble une cinquantaine de personnes.

Après la conférence, je vais dîner avec une fonctionnaire du réseau de santé mentale à la retraite qui travailla durant les deux mandats de Gerardo comme Secrétaire municipale de santé du gouvernement Parti des travailleurs. Elle me confie comment, malgré ses fondements

¹⁵⁴ Tous les prénoms figurant dans les chapitres 4, 5, 6 et 7 sont fictifs.

¹⁵⁵ Ceux-ci peuvent d'ailleurs recevoir un certificat de formation afin de se faire payer le temps qu'ils allouent à cette conférence.

démocratiques, le système d'analyse et de cogestion a été implanté dans une démarche « top-down » rigide qui a fait face à de la résistance de la part de gestionnaires, de professionnels de la santé et de destinataires. À l'époque, elle a elle-même souffert de devoir convaincre des personnes des bienfaits de ce système de gouvernance collaborative imposé de manière unilatérale.

Dès les premiers jours de mon terrain, je prends ainsi conscience de limites, voire même de paradoxes inhérents au système d'analyse et de cogestion, et ce, depuis son implantation. Je décide donc de m'ouvrir davantage aux activités organisées en dehors de ce système afin de mieux saisir quand, par qui et comment cette crise est analysée et cogérée collectivement.

Les rodas émergeant d'activités de regroupements de travailleurs

Je vais à une activité organisée par le Syndicat des employés des secteurs privé et philanthropique en santé de Campinas et des régions (SINSAUDE). Il s'agit d'un forum de discussion s'adressant aux travailleurs des Services de santé du Candido Feirrerera (SSCF) membres du syndicat et aux citoyens en général. Cette activité a pour objectif de « réfléchir et d'identifier des solutions aux problèmes des mises à pied de 1300 employés du réseau de santé mentale de Campinas », comme le précise le dépliant de promotion de l'évènement.

Pour l'occasion, le syndicat mise sur les présentations d'un haut-fonctionnaire du Secrétaire municipal de la santé, du directeur du Candido, d'une psychologue travaillant dans deux centres de santé du district 3 et finalement d'un membre de la famille d'un destinataire de CAPS-III, aussi conseiller des conseils de santé de l'État de São Paulo et de la ville de Campinas ainsi que du Conseil de gestion du Candido. En plus de ces invités, il y a vingt-sept participants à cette rencontre d'une durée quatre heures. Parmi ceux-ci, se trouvent le trésorier du Candido, la coordinatrice de la santé mentale du Secrétariat municipal de santé, la vice-présidente du syndicat ainsi que plusieurs gestionnaires et travailleurs du réseau de santé

mentale (dont Monica et Janete, respectivement coordinatrice et psychologue au CAPS Maio). Cette trentaine de personnes sont assises en cercle pour débattre des solutions aux problèmes liés aux mises à pied de 1300 employés du réseau de santé mentale de Campinas. La psychologue invitée par le syndicat initie la discussion en proposant d'animer la rencontre. Elle invite les participants à donner leur position sur la crise affectant le réseau.

Au fil des échanges, des intérêts variés se confrontent les uns aux autres. Tout d'abord, le syndicat affirme sa légitimité et sa pertinence en organisant un tel forum. Ensuite, les gestionnaires du Candido font valoir le Candido comme la seule alternative possible à la continuité de la réforme psychiatrique et du système d'analyse et de cogestion dans ce contexte de crise. Pour leur part, les travailleurs de la nouvelle Commission des travailleurs du Candido (CT-SSCF) cherchent à s'opposer au syndicat pour faire valoir une autre vision de l'organisation des services caractérisée par un refus de l'expansion du Candido¹⁵⁶. Finalement, d'autres travailleurs qui ne sont pas impliqués dans la Commission cherchent de l'information et des appuis devant la menace de perdre leur emploi. Ils partagent aussi leur détresse devant les menaces de mises à pied qui pèsent sur eux¹⁵⁷.

¹⁵⁶ La Commission des travailleurs du Candido a vu le jour dans la foulée de la crise. Par une telle Commission, des travailleurs veulent créer un espace d'autonomie et d'action pour se démarquer du syndicat. Plus précisément, la Commission est issue d'une volonté de s'opposer au syndicat en ce qui concerne la privatisation des services et le rôle de l'État en matière de santé. Le syndicat a intérêt à ce que les services de la ville soient privatisés afin d'augmenter son nombre de membres et la Commission souhaite plutôt sensibiliser et mobiliser tous les acteurs du réseau à l'importance de la lutte pour un réseau 100% public et pour la transformation des politiques économique de l'État comme le Plan Directeur de la Réforme de l'Appareil d'État (PDRAE). Ces travailleurs défendent aussi un modèle inspiré de la réforme psychiatrique qui mise sur les services de première ligne et l'appui à la crise psychique dans la communauté.

¹⁵⁷ Par exemple, une femme qui travaille depuis onze ans dans un Centre de santé explique qu'elle sera mise à pied dans deux semaines. Dans la même semaine aura lieu un concours public pour combler son poste. Si elle décide d'étudier pour ce concours qui l'oppose à plus de 200 personnes pour ravoir son poste, elle devra renoncer à sa prime de départ, qui se calcule par le salaire annuel et le nombre d'années d'ancienneté. Elle choisit finalement d'être mise à pied et de réorienter sa carrière. Elle tombe en larmes en expliquant qu'elle devra renoncer aux liens de confiance créés avec de nombreux usagers. « J'ai l'impression de les abonner! » confie-t-elle.

Au cours de la discussion, ces divers points de vue se polarisent autour de deux débats. Le premier oppose les gestionnaires du Candido et les représentants du Syndicat aux membres de la Commission. D'un côté, ceux-ci défendent le Candido comme l'unique moyen d'aller plus loin dans la réforme psychiatrique et dans le déploiement d'une organisation « public non-étatique » des services de santé mentale à Campinas. À ce titre, le trésorier du Candido, soutient que les gouvernements brésiliens fédéral, étatique et municipal sont coincés, soit dans des lois issues de la dictature, soit dans des lois trop strictes construites dans le but d'éviter tout autre abus de cette nature. De là, selon lui, toute la pertinence de se tourner vers des organisations « publiques non-étatiques » comme le Candido, seuls à pouvoir véritablement construire une approche « publique » et « démocratique » de la santé mentale. De l'autre côté, les protagonistes de la Commission proposent plutôt de se saisir de la crise actuelle pour sensibiliser les travailleurs et la population à l'importance de lutter contre les politiques néolibérales de l'État qui, selon eux, ruinent toute possibilité d'avancer dans la démocratisation de la santé mentale. Dès le début de la *roda*, cette position est notamment véhiculée par l'animatrice de la rencontre : « Il faut défendre notre réseau de santé mentale bec et ongle. Il vaut la peine d'être défendu, il est une référence nationale! La crise actuelle est une occasion unique pour faire valoir la richesse du réseau de Campinas. Ou bien il continue ou bien il sera privatisé complètement par le Candido avec cette crise. ».

Le second débat divise d'une part, les protagonistes de la Commission voulant lutter contre les politiques néolibérales de l'État et pour la réforme psychiatrique et, d'autre part, les autres travailleurs qui expriment leur détresse en rapport à leur situation personnelle de mise à pied. Par exemple, une de ces travailleuses prend la parole pour expliquer qu'elle est venue ici par nécessité, après une journée de travail de huit heures en laissant sa fille à sa voisine, car son travail est maintenant menacé par cette crise. Son intervention suscite un débat sur la différence entre la lutte pour la survie d'un poste de travail et la lutte pour la survie d'un modèle démocratique de services de santé mentale unique à Campinas.

Les échanges portent ensuite sur les différentes menaces à la survie du réseau. Aux yeux de tous les participants, ces menaces viennent de différentes sources. Une première menace est issue du gouvernement municipal actuel et ses politiques de rigueur budgétaire. Une seconde menace vient des médias et d'une opinion publique favorable à la privatisation des services de santé et aussi à l'hospitalisation massive de personnes utilisatrices de drogues ou vivant avec des problèmes de santé mentale. À l'issue de quatre heures d'échanges, un certain consensus se dégage autour de l'urgence d'agir pour défendre les acquis de la réforme psychiatrique et de la gouvernance collaborative du système d'analyse et de cogestion.

Pour terminer, l'animatrice invite les gens à continuer la réflexion collective en participant à une activité organisée par des conseillers municipaux de santé qui aura lieu dans quelques jours. Elle leur rappelle aussi l'importance de participer à la prochaine assemblée du Conseil municipal de santé au cours de laquelle sera débattu et puis voté le nouveau plan d'action en santé mentale.

Les rodas émergeant d'activités du milieu du contrôle social

Des conseillers siégeant au Conseil municipal de santé (CMS) organisent un sommet portant sur la situation du réseau de santé mentale à Campinas. Par cette rencontre, les organisateurs souhaitent contribuer à la compréhension et à la réflexion critique en rapport au nouveau plan d'action en santé mentale qui doit être voté au cours de la prochaine assemblée du CMS. Pour en débattre, ces derniers invitent, la coordonnatrice du réseau de santé mentale du Secrétariat municipal de santé, le directeur du Candido ainsi que le Secrétaire municipal de santé.

Quarante-huit personnes ont participé à cette rencontre, qui dure plus de quatre heures. Parmi eux, des gestionnaires, des travailleurs ainsi que des destinataires et des membres de leurs familles. Au début de la rencontre, un conseiller municipal de santé - aussi membre de la famille d'un destinataire de CAPS-III, conseiller du Conseil de santé de l'État de São Paulo

ainsi que du Conseil de gestion du Candido – se propose comme animateur de la rencontre. Les trois invités prennent ensuite la parole pour environ dix minutes chacun. Leurs présentations sont suivies d'une période de débat entre les participants et les présentateurs. Avant de commencer, l'animateur explique que:

L'objectif de ce sommet est de mobiliser largement les familles et les usagers afin qu'ils puissent mieux comprendre le nouveau plan de santé mentale et ses enjeux pour ainsi être plus à même de partager leur opinion et de changer le cours des choses. J'invite les autorités présentes à bien écouter et à prendre en compte leurs points de vue afin de bonifier et de finaliser le nouveau plan. Je suis convaincu que le plan va s'enrichir de la *roda* qui, je l'espère, émergera des débats d'aujourd'hui.

L'animateur souligne ainsi la différence entre ce sommet et la *roda* qui pourrait émerger de cette rencontre. Il semble y avoir, pour lui, une différence entre le sommet comme rencontre planifiée et la *roda* comme expérience collective possible.

Les trois présentateurs initient alors le bal en expliquant et en justifiant leur position et leurs actions en ce qui concernent le nouveau plan d'action en santé mentale et le processus de consultation populaire qui l'a vu naître. Ils exposent aussi les nouvelles contraintes économiques et juridiques auxquelles est confronté le processus de finalisation du budget alloué à ce plan. Ils soulignent, chacun à leur manière, que le réseau de santé mentale de Campinas constitue une référence sur le plan de la réforme psychiatrique, de l'engagement des travailleurs et de celui des citoyens pour la défense des droits en santé. La force et le dynamisme du Conseil municipal de santé en constitue la preuve selon eux. Ils s'entendent aussi sur le fait que le Candido a joué et joue encore un rôle fondamental dans la réforme psychiatrique à Campinas et dans le respect du contrôle social par le Conseil municipal de santé. Finalement, ils précisent tous qu'aujourd'hui, le réseau vit une crise majeure marquée par des contraintes imposées de l'extérieur : soit par le gouvernement de l'État - avec ses mesures de contrôle des finances via les « Mesures d'ajustement de conduites » (*Termos de ajustes de condutas* en portugais) ayant pour conséquences directes les quelques 1300 mises à pied et les restrictions du budget en santé mentale - soit par le gouvernement fédéral et ses

nouvelles normes de reddition de comptes auxquelles doivent maintenant se soumettre tous les services de santé mentale.

Des échanges avec la salle suivent ces présentations. La première réaction est celle de Lukas, un destinataire de CAPS-III, aussi membre d'un groupe de recherche en santé mentale au Département de santé collective de l'UNICAMP et membre fondateur d'une association autonome de destinataires de services de santé mentale de Campinas. Il explique qu'il a beaucoup appris de sa participation au processus de consultation populaire pour la création du nouveau plan d'action en santé mentale autrement très critiqué par les travailleurs et les conseillers municipaux de santé. En effet, des travailleurs s'interrogent ensuite sur le processus ayant mené au budget du plan. Par exemple, une employée d'un centre de santé du district 4 et conseillère du Conseil municipal de santé:

Je veux demander à Claudia¹⁵⁸: où est le plan? C'est nous, les conseillers, les citoyens du Conseil municipal de santé, les responsables du contrôle social, qui travaillons à sa construction avec vous! Nous devons savoir ce qu'il est devenu maintenant avec ces contraintes économiques imposées à la dernière minute. Vous ne pouvez pas finaliser le budget sans nous!

Une psychologue d'un centre de santé du district 3 et membre de la Commission des travailleurs du Candido (CT-SSCF) prend la parole à son tour pour remettre en question la transparence du processus de construction du plan dans son ensemble et plus particulièrement en ce qui concerne le budget en voie d'être redéfini à la dernière minute, sans que le comité d'accompagnement et de consultation populaire du plan ne soit convoqué ou même informé. Elle interpelle aussi le Secrétaire municipal de santé en rapport à sa décision de procéder aux 1300 mises à pied dès maintenant. Elle le pria d'avertir tous les employés touchés dans des délais raisonnables, car dans les circonstances, ils ne peuvent même pas planifier leur vie.

¹⁵⁸ Prénom fictif d'une haute-dirigeante du Secrétaire municipal de santé.

Quatre femmes membres de familles de personnes vivant avec des problèmes de santé mentale relèvent pour leur part l'oubli des familles dans la composition du panel de cette rencontre, tout comme dans la plupart des ressources actuelles en santé mentale notamment dans les CAPS-III. Elles soulignent toutes qu'elles manquent de soutien et de formation pour accompagner le membre de leur famille dans le besoin. Par exemple, l'une de ces femmes¹⁵⁹ explique que :

Il y a beaucoup de réunions et rien de fait dans la pratique. On nous oublie! C'est comme si on n'avait pas de problèmes financiers, pas de problèmes de logement. Des fois, des familles ne voient pas d'autres choix que d'attacher leurs enfants à leurs lits dans leurs maisons. Il n'existe aucun endroit dans la ville qui offre de la formation aux familles. Et en plus, l'alcoolisme et le crack augmentent! On va bientôt arriver au moment où les familles vont être plus stressées que les patients. Je fais de la recherche à l'UNICAMP, là aussi on discute de ces choses, même avec les usagers, et on voit qu'au Canada c'est différent. On a besoin de plus de CAPS aussi!

Un médecin¹⁶⁰ enchaîne en soulignant que :

L'enjeu est plus large que les familles, il affecte aussi tous les travailleurs ainsi que la société dans son ensemble. Il s'agit en fait d'un problème causé par les politiques économiques néolibérales du Plan directeur de la réforme de l'appareil d'État (PDRAE) derrière cette situation complexe. Ce n'est pas pour rien que, pendant que l'on discute de la privatisation de la santé mentale et de mises à pied massives, les travailleurs de la fonction publique sont aussi en grève pour demander des conditions de travail décentes. Le problème est plus large et concerne les choix économiques et politiques du pays.

Cette séquence de commentaires de la salle laisse entrevoir un certain mécontentement des travailleurs et des familles de personnes vivant avec des problèmes de santé mentale en rapport à la portée démocratique du processus de consultation populaire ayant mené au nouveau plan d'action en santé mentale et en rapport aux services du réseau. En réponse à ces critiques, les présentateurs réaffirment la pertinence sociale et démocratique de leurs actions

¹⁵⁹ Cette femme est la sœur et l'aidante d'un destinataire de CAPS-III. Elle est aussi conseillère de santé et membre d'un groupe de recherche en santé mentale au Département de santé collective de l'UNICAMP

¹⁶⁰ Plus précisément, ce médecin travaille dans trois centres de santé du district 2 en plus d'être un conseiller du Conseil municipal de santé et un militant actif du Parti socialisme et liberté (PSOL).

compte tenu des contraintes politiques et économiques extérieures qu'ils affirment ne pas contrôler.

Des hauts-dirigeants du Secrétariat municipal de santé et du Candido partagent par exemple leur déception face aux contraintes juridiques et financières qui ont été imposées à la fin d'un long processus de consultation populaire. Selon eux, celles-ci posent un grand défi pour harmoniser le nouveau plan de santé mentale aux besoins réels exprimés par la population. L'un d'eux se veut aussi rassurant en ce qui concerne le processus de consultation :

La structure et le contenu du plan discuté avec les différents groupes n'ont pas changé. C'est plutôt le plan légal et financier qui sera modifié au sortir des négociations entre le Secrétaire municipal de santé et le Candido. On cherche un juste milieu entre le montant souhaité et le montant possible d'où la fermeture nécessaire de plusieurs services. Avec ce nouveau plan, il s'agit de légaliser et de mieux structurer les services déjà existants, pour la prochaine année et ensuite on améliorera. Malgré cette contrainte de dernière minute, ce processus de construction populaire demeure le plus public que la ville ait connu! Trois conseillers du Conseil municipal de santé sont impliqués depuis le début dans l'accompagnement et la conception du plan.

Le Secrétaire municipal de la santé enchaîne alors :

Lukas¹⁶¹ que je connais depuis plusieurs années constitue selon moi la preuve que la réhabilitation psychosociale et la réforme psychiatrique portent fruit. Néanmoins, nous vivons en ce moment une situation qui exige de respecter les limites financières ainsi que les ressources disponibles, en santé comme en santé mentale. Il ne sert à rien de rêver très haut pour arriver ensuite à la fin de l'année, au moment où de payer nos fournisseurs de services, sans aucun fonds de roulement. Alors si on a du riz et des bines, on doit s'assurer de pouvoir manger du riz et des bines toute l'année. C'est insensé de manger des bines et du bœuf jusqu'au mois d'août si, au mois de septembre, on n'aura plus rien à manger. Alors c'est cela que nous devons planifier. Ça ne sert à rien de promettre et qu'à la fin de l'année il n'y ait plus rien. Nous sommes maintenant dans un moment de crise mais, une chose est sûre, nous devons saisir de cette situation pour regarder devant et voir où on va mettre nos ressources n'est-ce pas? En rapport aux 1300 personnes mises à pied, on est au courant que vos amis vont être mis à la porte et que ce ne sont pas tous les travailleurs qui vont être réembauchés. Les SSCF sont responsables de l'organisation du processus de mise à pied et une commission publique

¹⁶¹ Il s'agit du prénom du destinataire qui prend la parole au début de la rencontre.

va les aider à appuyer les travailleurs. Nous faisons de notre mieux pour les informer en temps et lieux.

À la fin de la rencontre, l'animateur résume les échanges en rappelant les objectifs du sommet. Selon lui, une *roda* a émergé de cette rencontre de par le climat d'opposition et de débat qu'il a « senti » à certains moments. Il invite finalement les gens à participer en grand nombre « à la manifestation pour revendiquer un réseau de santé mentale fort. Je vous invite aussi à vous joindre à la masse populaire lors du vote du nouveau plan de santé mentale à la prochaine assemblée du Conseil municipal de santé.».

Les *rodas* émergent de manifestations

Quelques semaines plus tard, je retrouve la majorité des individus croisés durant les dernières *rodas* dans le cadre d'une manifestation devant l'Hôtel de ville de Campinas. Je croise des appuieurs de santé mentale, des coordinateurs de services, des travailleurs, des destinataires, ainsi que des membres de leur famille. Ces quelques cinquante individus du réseau de santé mentale s'adjoignent à une grande manifestation organisée par les différents syndicats de la fonction publique de la ville (santé et éducation), qui sont en grève dans le cadre de négociations de leur condition salariale. Au même moment, au 6^e étage de l'édifice, a lieu une rencontre décisive entre la coordinatrice de santé mentale du Secrétariat municipal de santé, le Secrétaire et les cinq directeurs de district de santé de la ville afin de déterminer les derniers éléments financiers du nouveau plan de santé mentale.

J'arrive vingt minutes avant le début de la manifestation. La cinquantaine de personnes du réseau de santé mentale est regroupée dans le hall d'entrée de l'Hôtel de ville. Ils semblent se connaître depuis un certain temps. Ils échangent entre eux sur ce qui doit être en train de se décider au 6^e étage de l'édifice. Des travailleurs de la Commission du Candido (CT-SSCF) mettent à disposition des gros rouleaux de papier brun et de la gouache. Pendant que des

individus regroupés en cercle échantent, rient et saluent les nouvelles personnes qui se joignent à eux, d'autres s'affairent à écrire et à dessiner leur banderole à brandir durant la manifestation (voir la figure 1¹⁶²).

Figure 1. Préparation de banderoles devant l'Hôtel de ville le 14 mai 2012



Des travailleurs de la Commission ont aussi conçu et distribuent des pamphlets sur lesquels il est possible de lire : « Non au démantèlement de la santé mentale! » ; « Davantage de concours publics! » « Notre lutte est de tous les jours! La santé n'est pas une marchandise! », ainsi que des feuilles avec des paroles de chansons de ralliement, dont celles-ci : « Je suis travailleur du Candido, je suis travailleur du SUS (bis); les travailleurs du Candido sont des travailleurs du SUS (bis) ; Je ne quitte pas le SUS et personne ne m'en éloignera (bis) ; Dire que l'OS¹⁶³ est bien, Ça c'est un mensonge! (bis)». Certains autres se maquillent entre eux. Parmi les maquillages populaires, il y a les larmes à l'œil et les visages « Jean qui rit, Jean qui pleure ». « C'est pour exposer le côté « schizo » de la crise du réseau » me partage une personne qui bénéficie de services au CAPS III Maio. Plusieurs manifestants ont aussi amené leurs instruments de musique. Une « roda » musicale s'improvise, pendant que d'autres s'essayent à chanter les chansons des pamphlets. Cette *roda* se déplace tranquillement vers la

¹⁶²Toutes les photos dans cette thèse ont été prises par l'auteure avec le consentement des individus qui y figurent.

¹⁶³ Les organisations sociales (OS) sont des organisations privées recevant des contrats du gouvernement pour offrir des services publics.

rue pour rejoindre la centaine de grévistes de la fonction publique afin de débiter la marche sous la pluie autour de l'Hôtel de ville (voir la figure 2).

Figure 2. Manifestation dans les rues autour de l'Hôtel de ville le 14 mai 2012



Lorsque la marche prend fin, la cinquantaine de personnes se regroupe de nouveau en cercle (voir la figure 3), cette fois afin de formuler des hypothèses sur le dénouement des discussions qui ont cours au 6^e étage. Ils en profitent aussi pour convenir de stratégies de mobilisation en vue du vote du plan d'action en santé mentale qui aura avoir lieu lors de la prochaine assemblée du Conseil municipal de santé. Le groupe organise également la tenue d'une autre grande manifestation. Des travailleurs mentionnent qu'il faut saisir l'occasion de la semaine de lutte anti-asilaire, qui a lieu au même moment, pour informer les citoyens de la ville sur les enjeux des coupures et pour mobiliser d'autres personnes dans les différents établissements de santé mentale et dans les lieux publics en général. Deux appuieurs institutionnels prennent ensuite la parole pour préciser qu'ils vont sans doute être informés par leur directeur de district, le soir même ou le lendemain au plus tard, du dénouement des échanges en cours. Ces derniers s'engagent d'ailleurs envers les personnes de la *roda* à diffuser l'information sur les réseaux sociaux et dans les diverses *rodas* dès que possible. Des familles partagent, pour leur part, leur désarroi et leurs inquiétudes par rapport à la menace de fermeture des CAPS-III dans leur quartier. Des travailleurs les rassurent en précisant que, du moins cette fois, ces coupures vont affecter uniquement les employés et les services de santé mentale des centres de santé. Quelques secondes après cette intervention, un destinataire propose de faire une performance

d'harmonica. Il présente sa musique comme « le feu qui enflamme la *roda* en ce moment ». Lorsqu'il commence à jouer, un travailleur l'accompagne au tambourin, un autre destinataire commence à danser un genre de rap au centre de la *roda* (voir la figure 3). Le reste des quelques cinquante personnes réunies commencent alors à taper des mains pour suivre le rythme.

Figure 3. Rodas devant l'Hôtel de ville après la manifestation du 14 mai 2012



Après environ vingt minutes de musique, de chants et de danses, la *roda* se dissout tranquillement; chaque personne prend soin de saluer la majorité des gens présents avant de quitter. Ils se donnent par ailleurs rendez-vous à la manifestation qui précédera l'assemblée du Conseil municipal de santé à venir.

Éléments de synthèse

Des universitaires, des travailleurs du Candido, ainsi que des citoyens engagés dans le contrôle social du Système public de santé se mobilisent pour créer diverses activités en réaction à la crise du réseau de santé mentale de leur ville. Les mêmes individus se retrouvent souvent d'une activité à l'autre. Au sein de ces activités émergent parfois, à un moment donné, des

rodas. Au cœur de ces *rodas*, sont partagés et puis débattus des points de vues et des intérêts divergents en rapport à la crise et en rapport au réseau de santé mentale en général. D'une part, je vois, en ces occasions, se dévoiler des divergences entre des travailleurs du réseau inquiets de perdre leur emploi et ceux mobilisés pour défendre un projet de société. Tous ces travailleurs convergent toutefois dans une lutte plus large les opposant au gouvernement municipal et aux dirigeants du Candido, perçus comme les principaux responsables de la crise. D'autre part, des divergences prennent forme entre les représentants du gouvernement et les dirigeants du Candido d'un côté et des travailleurs, certains gestionnaires (comme les coordinateurs de CAPS ou de centres de santé, les appuieurs et même certains directeurs du district de santé) des destinataires et des membres de leur famille de l'autre côté. Les dirigeants cherchent à démontrer la pertinence sociale et démocratique du nouveau plan de santé mentale, malgré des contraintes politiques et économiques « extérieures », qu'ils affirment ne pas contrôler pendant que les individus du quotidien de l'organisation des services dénoncent ce nouveau plan de santé mentale ainsi que son budget restreint imposé de haut en bas. Aux yeux de plusieurs d'entre eux, il est urgent d'agir pour maintenir les acquis en termes de droits à la santé pour tous. Dans la foulée, des manifestations s'organisent pour s'opposer à ce plan. D'autres *rodas* émergent lors de ces manifestations entre des gestionnaires, des travailleurs, des destinataires et des membres de leur famille. Au cours de celles-ci des performances artistiques donnent une voix à tous. Des *rodas* voient aussi le jour au sein de dispositifs institués du réseau de santé mentale. Y-a-t-il des parallèles à faire entre ces *rodas* et celles nées des activités organisées en réaction à la crise?

Chapitre 5 : Les *rodas* émergeant de dispositifs institués du réseau de santé mentale de Campinas

Au cours de la cueillette de données terrain, j'observe plusieurs rencontres ayant lieu au sein de dispositifs institués du réseau de santé mentale de Campinas. Parmi les dispositifs impliquant des individus occupant différentes positions au sein de l'organisation des services, quatre participent à l'émergence de *rodas* à savoir, les assemblées du Conseil municipale de santé, les réunions du Collectif des travailleurs en santé mentale du district 3 (CTSM-D3), ainsi que la réunion d'équipe et l'assemblée d'usagers du CAPS Maio. Dans un premier temps, je rappelle le cadre et les objectifs de chacun de ces dispositifs. Par la suite, je décris le déroulement des *rodas* qui y prennent forme afin de mettre en lumière par qui et comment elles se déploient. Un certain ordre chronologique est respecté afin de ne pas perdre de vue le contexte dans lequel elles s'inscrivent.

Les *rodas* émergeant d'assemblées du Conseil municipal de santé

À Campinas, le Conseil municipal de santé (CMS) a vu le jour dans les années 1980 suite à la loi sur la participation et sur le contrôle social du Système unique de santé (SUS). En principe, le Conseil municipal de santé constitue un espace collectif de délibération et de prise de décision au sein duquel le Secrétaire municipal de santé, les gestionnaires, les travailleurs, les destinataires ainsi que leur famille partagent le pouvoir/savoir en cogérant les politiques sociales, les services, et les besoins qui les concernent.

Dans l'esprit du système d'analyse et de cogestion implanté en 2001, le Conseil municipal de santé est aussi un « conseil de cogestion » c'est-à-dire un lieu où les individus directement impliqués dans l'organisation des services (les destinataires, leurs familles, les travailleurs ainsi que les coordinateurs d'unité de services) et indirectement impliqués (la société civile et

le gouvernement) expriment leurs désirs et leurs intérêts en les confrontant entre eux et avec la réalité sociale. Le but de ce processus de confrontation-négociation est de faire émerger des compromis ayant le potentiel d'orienter l'organisation et la production des services de santé (Campos, 2005).

Depuis leur création, les assemblées du Conseil municipal de santé de Campinas ont lieu sur une base mensuelle. Cette fréquence peut être plus rapprochée en fonction des besoins du réseau. Par exemple, dans le contexte la crise, deux assemblées ont lieu à une semaine d'intervalle afin de délibérer et de voter pour ou contre le nouveau plan d'action en santé mentale proposé par le Secrétariat municipal de santé et les Services de santé Candido Feirra.

L'assemblée du 23 mai

Avant l'assemblée, une grande manifestation est organisée par les membres de la Commission des travailleurs des Services de santé Candido Feirra (CT-SSCF), en collaboration avec des gestionnaires, des citoyens conseillers municipaux de santé, des destinataires ainsi que des membres de leurs familles. Ce grand rassemblement a lieu en même temps que celui de grévistes du secteur public en éducation et en santé.

Au cours des derniers jours des travailleurs du CAPS Maio, avec l'appui de la coordinatrice, ont convenu, à coups de conversations et de prises de décisions de corridor, d'établir un *shift* restreint¹⁶⁴ en après-midi, afin de libérer un maximum de travailleurs et de destinataires pour la manifestation et pour l'assemblée du Conseil municipal de santé qui lui succédera. Il s'agit

¹⁶⁴ L'ensemble des activités normales offertes aux destinataires (ateliers thérapeutiques, rencontres de groupes et rencontres individuelles) sont annulées. Seul, deux professionnels assurent une présence à l'accueil et auprès des personnes hébergées au CAPS.

en quelque sorte d'une grève d'une demi-journée, auto-déclarée par la majorité de l'équipe du CAPS Maio.

Comme il a été annoncé lors de la dernière assemblée d'usagers du CAPS, des employés facilitent le transport des destinataires souhaitant participer à cette mobilisation. Vers midi, la coordinatrice, quatorze employés, huit destinataires et trois membres de leurs familles se regroupent dans les voitures de quelques employés pour se rendre à l'Hôtel de ville où les attende un cortège de près de 500 personnes dont environ 150 travailleurs du réseau de santé mentale.

La plupart des individus croisés dans les autres activités organisées en réaction à la crise et contre les coupures en santé mentale sont une fois de plus réunis en face de l'Hôtel de ville. Certains d'entre eux portent un chandail noir en signe de deuil devant la « mort » annoncée du réseau de santé mentale. Comme lors des dernières manifestations, les gens de santé mentale se regroupent à un endroit spécifique pour concevoir des pancartes et des banderoles à l'aide de gouache et de cartons bruns mis une fois de plus à disposition par des militants de la Commission des travailleurs du Candido. Des manifestants créent aussi d'immenses marionnettes en papier mâché qui arborent des messages politiques comme : « Non à la privatisation de la santé mentale », « Ne détruisez pas notre système de santé ». Le groupe du réseau de santé mentale se joint ensuite aux grévistes du secteur public. Au cours de la marche, plusieurs des mêmes chansons entendues lors des autres manifestations sont chantées, mais cette fois par la majorité des individus mobilisés, et ce, sans qu'ils n'aient besoin de recourir aux feuilles pour lire les paroles.

La manifestation se conclut en fin de journée au moment où commence l'assemblée du Conseil municipal de santé dans une grande salle de l'hôtel de ville (aussi nommé le Salon rouge). Plus de 250 personnes s'entassent dans ce lieu disposant d'un peu moins d'une centaine de fauteuils. Quelques minutes avant le début de la rencontre des manifestants prennent soin de coller les différentes banderoles à slogans à l'entrée extérieure de la salle et

un peu partout sur les murs intérieurs ainsi que sur le devant de la table où siègent le Secrétaire municipal de santé et le président de l'assemblée (voir la figure 4). Une banderole sur laquelle il est possible de lire « Quelle est la valeur de vos paroles, gestionnaires? » est notamment affichée derrière cette table. Les grandes marionnettes sont aussi disposées à chacune des extrémités de celle-ci (voir figure 4).

Figure 4. Banderoles à l'entrée de l'Hôtel de ville et autour de la table du président de l'assemblée du Conseil municipal de santé le 23 mai 2012



Je m'assois avec les gens du CAPS Maio qui se regroupent spontanément au côté des individus impliqués au sein des autres services de santé mentale du district 3. Ils se saluent chaleureusement et s'interpellent par leurs prénoms ou même par leurs surnoms en se donnant une accolade. Certains en profitent aussi pour prendre des nouvelles personnelles des uns et des autres.

Plusieurs conversations parallèles ont lieu entre les différentes rangées de sièges devant la table du Secrétaire et du président d'assemblée. Les citoyens se partagent des informations sur la situation du réseau ou sur les prochaines stratégies de mobilisation. Ils débattent d'enjeux liés au nouveau plan de santé mentale et, ont aussi plusieurs gros fous rires collectifs. Des individus s'assoient dans les escaliers à côté de nous par manque de sièges, d'autres décident

de rester debout à l'arrière de la salle pour continuer d'échanger tout au long de l'assemblée. Durant les quelques 3 heures et demi de l'assemblée, il y a donc un gros bruissement de fond venant des diverses conversations parallèles entre les différents acteurs du réseau de la santé mentale.

Pour débiter l'assemblée, le président du Conseil prend la parole au micro. D'entrée de jeu, il propose de changer l'ordre du jour qui a été envoyé la veille aux conseillers municipaux et aux citoyens intéressés. Il est question de se limiter à la discussion au sujet du nouveau plan de santé mentale et de reporter la délibération ainsi que le vote à une assemblée extraordinaire qui aura lieu la semaine prochaine. Cette proposition est justifiée par le fait que le « comité fiscal » du Conseil n'a pas encore reçu de la part du Candido l'ensemble des documents requis pour l'évaluation du budget du plan. Cette proposition est soumise aux conseillers du Conseil qui l'approuvent à majorité.

La discussion est précédée d'une présentation du nouveau plan de santé mentale par le directeur de santé du Secrétariat municipale de santé (SMS), la coordinatrice de santé mentale du SMS, le trésorier du Candido et deux conseillers membres de la commission des travailleurs du Conseil municipal de santé qui siègent aussi sur le comité d'accompagnement du nouveau plan de santé mentale. Les trois premiers présentateurs soulignent qu'ils sont au fait que le contexte actuel est très difficile à vivre à la fois pour les gestionnaires, les travailleurs, les destinataires du réseau de santé mentale et leur famille. Ils rappellent que l'objectif avec ce plan est de « maintenir les ressources existantes tout en essayant d'avancer dans l'amélioration de ce qui est possible d'améliorer. » Ils mettent l'emphase sur le caractère « transparent et décentralisé » du processus de consultation populaire qui a mené à ce nouveau plan. Ils font valoir le nombre élevé de rencontres de consultation qui ont eu lieu au sein des cinq districts de santé tout comme le rôle central qui a été joué par la commission d'accompagnement tout au long du processus. Le Secrétaire de la santé souligne notamment que : « Le processus était à ce point transparent et à ce point ouvert que les tensions et les

impasses émergeaient constamment. Ce fut intensément négocié pour arriver, il y a cinq jours, à ce moment ultime de la remise du plan aux conseillers du Conseil municipal de santé. ».

La coordinatrice de santé mentale du SMS précise pour sa part que la structure de cogestion et les trois axes du plan – réhabilitation psychosocial ; santé primaire et santé mentale ; éducation et formation permanente – choisis collectivement suite au diagnostic des besoins du réseau demeurent inchangés. Elle explique aussi qu'un tel plan a été construit en fonction d'un budget de 5,6 millions de réal. Une seconde phase du processus de consultation a permis de construire deux scénarios pour réduire les couts et correspondre aux exigences financières du gouvernement municipal qui proposait plutôt 3,8 millions. Un intense processus de négociation a finalement permis d'atteindre 4,38 millions.

De son côté, le trésorier du Candido, se veut rassurant face à l'écart entre le budget prévu et le montant alloué. Ils pourraient, selon lui, combler cet écart en allant chercher l'argent des nouveaux fonds en santé mentale au Ministère fédérale de la santé. C'est ainsi qu'il croit pouvoir garantir la continuité du système d'analyse et de cogestion (SACOG) qui, à ses yeux, fait du réseau de Campinas un des plus élaborés et des plus démocratiques du Brésil.

Après ces trois présentations d'une durée de quinze minutes chacune, deux militantes de la Commission des travailleurs du Candido (CT-SSCF) assis à côté de la table des conférenciers brandissent un grand carton sur lequel on peut lire « Bouhhh ! ». Il s'agit d'une invitation à crier « Bouhhh ! ». Invitation à laquelle la foule répond avec enthousiasme et ce, à chacune des fois qu'elles la brandissent.

Les présentations se terminent avec celles de deux travailleuses du réseau de santé mentale, conseillères du Conseil municipal de santé et représentantes de ce Conseil à la commission d'accompagnement du nouveau plan de santé mentale. L'une d'elles explique :

Nous avons accompagné ce processus depuis l'an dernier. On a clairement compris que la proposition d'un budget de 5,6 millions allait être rejetée. C'est ce qui vient d'être présenté. Il est important de rappeler que notre comité du Conseil municipal de santé ne défend pas du tout les coupures proposées maintenant.

Cette femme est interrompue par des cris de joie et des applaudissements de la foule répondant à un grand carton brandi par les deux mêmes militantes sur lequel est écrit cette fois : « Applaudissez ! » (Voir la figure 5).

Figure 5. Carton d'applaudissement durant l'assemblée du Conseil municipal de santé le 23 mai 2012



Cette dernière continue ensuite son propos en soulignant qu' :

il est aussi très important de mentionner que 85% des 4,38 millions proposés par le Secrétariat municipal de santé maintenant viennent de fonds fédéraux et 25% de fonds municipaux. Nous croyons que la contribution municipale doit être plus grande – *applaudissement et cris d'appuis de la foule*. Et le délai pour approuver ce plan et ce budget est beaucoup trop court. Il faut en discuter et l'ajuster à nos besoins, aux besoins du réseau. Il y a aussi l'enjeu du futur du Candido... Il faut se demander collectivement pourquoi on est en train de développer notre réseau via le Candido d'abord et avant tout sans réfléchir à la possibilité de les municipaliser davantage. – *applaudissement et cris d'appuis de la foule* – Nous devons garantir que la santé mentale soit dans les unités de première ligne. Il faut garantir cela coûte que coûte. Elle est menacée maintenant. La réforme psychiatrique est menacée!

Le président d'assemblée ouvre alors la discussion aux personnes de la salle. En une minute, vingt-six personnes s'inscrivent pour prendre la parole au micro en levant la main et en se ruant vers l'un ou l'autre des micros répartis de chaque côté de la salle. Le président nomme leur prénom au fur et à mesure qu'ils lèvent la main. Dans la foulée, un participant s'écrit « Ça va être vraiment chaud et vraiment long comme débat! Quelqu'un a amené de la bière? » Cette exclamation provoque un rire général. Dans ce brouhaha, le président d'assemblée a du mal à entendre le prénom de la dernière participante qui veut prendre la parole au micro. La foule s'en mêle en lui criant le prénom, il répète un mauvais prénom, la foule le crie encore plus fort et ainsi de suite à quatre reprises dans un autre fou rire général.

Le président donne par la suite certaines indications concernant le déroulement de la discussion. Il précise qu'il faut écouter les différents commentaires et non pas en débattre les uns avec les autres. Chacune des interventions doit durer trois minutes maximum. S'il reste du temps, le débat pourra peut-être commencer durant cette assemblée pour se terminer lors de la prochaine assemblée extraordinaire. Au lieu de rester sur les côtés de la salle au niveau des sièges comme à l'habitude, les personnes se rendent à l'avant de la salle pour exprimer leurs commentaires au micro debout, à côté de la table du président (voir la figure 6).

Figure 6. Participante prenant la parole devant l'assemblée du Conseil municipal de santé le 23 mai 2012



Il est possible de regrouper ces 26 commentaires en trois thèmes principaux. Sept des commentaires sont formulés par des destinataires des services de santé (aucun destinataire des services de santé mentale ne prend la parole) qui siègent pour la plupart comme conseillers au Conseil municipal de santé. La majorité d'entre eux, se sentent bousculés par le temps ; comme s'ils devaient déjà approuver le nouveau plan en santé mentale sans même avoir accès à tous les documents nécessaires. De différentes manières, ils rappellent l'importance de ces documents pour l'évaluation du budget du plan par le Comité fiscal du Conseil. Un d'entre eux précise que le Candido n'a aucune excuse pour ce retard puisque les règles de présentation de budget au Conseil sont clairement indiquées sur le site du Ministère de la santé : « Nous donner un plan de santé mentale à la dernière minute avec des documents financiers en moins, c'est un manque de respect de cet espace démocratique! On ne peut pas voter uniquement à partir d'un plan de travail. Il faut des chiffres précis. On ne veut pas signer un chèque en blanc! » (Conseiller 1) La plupart d'entre eux soulèvent aussi des inquiétudes face à la confusion des rôles et des responsabilités entre le Secrétariat municipal de santé et le Candido sur le plan de la gestion des salaires, des équipements, du personnel, de l'entretien ménager, des paiements de médicament. « Est-ce que l'on est en train de privatiser en douce l'ensemble du réseau de santé mentale ? » (Conseiller 5). Tous remettent en question les coupures et s'inquiètent du sort des services de première ligne en santé mentale.

Ensuite, neuf commentaires viennent d'individus qui expriment leur détresse à partir de leur expérience personnelle de l'organisation déficiente des services actuels. Il s'agit de destinataires de services de santé (2), de membres de familles de destinataires de service de santé mentale (4) ainsi que de travailleurs (2) et de gestionnaires (1) du réseau de santé mentale. Ils se sentent impuissants devant les coupures de ressources dans leur communauté et devant la menace de perdre leur emploi dans le cas des travailleurs. Une jeune travailleuse exprime :

Je n'ai pas connu les belles années de la construction de la réforme psychiatrique de Campinas, j'ai seulement vue sa décadence. On est témoin de la dégradation du réseau maintenant. Ce qu'on a vécu cette année ce n'est pas facile. À chaque semaine il y a des

nouvelles informations, des nouvelles modifications à connaître pour savoir si les services vont continuer d'exister. C'est vraiment difficile de se motiver à travailler et surtout de donner confiance aux usagers. Je suis la seule psychologue pour 36 000 personnes. Et si on survit, ce sera encore comme cela avec ce nouveau plan (Psychologue d'un centre de santé du district 3).

Une destinataire explique, pour sa part, que sa psychologue au centre de santé sera mise à pied et qu'elle ne sait pas quoi faire. Elle interpelle directement le Secrétaire par son prénom. Ce dernier semble ne pas porter attention puisqu'il a la tête baissée les yeux rivés sur son cellulaire au moment où elle s'adresse à lui. Dans le même instant, deux femmes crient dans la salle « Hey chouchou? Porte attention à ce qu'elle dit ! Un minimum de respect pour les gens en souffrance ! Hey, Oh chouchou ! ». À la seconde qui suit ce commentaire, la pancarte « Bouhhh ! » est brandie et la foule commence à crier « Bouhhh ! ». Le Secrétaire relève calmement la tête en portant de nouveau attention aux échanges en cours.

Finalement, dix autres commentaires de gestionnaires (7) et de travailleurs (3) du réseau de santé mentale, dénoncent vigoureusement le caractère anti-démocratique du processus de consultation populaire qui a mené à ce nouveau plan et plus particulièrement la dernière phase au cours de laquelle a été réduit le budget alloué de 1,3 million en rapport à ce qui avait été établi avec la population. En effet, des 5,6 millions prévues au cours de la consultation populaire, le Secrétaire de la santé a plutôt opté pour 4,38 millions.

J'aimerais faire une correction, le processus menant au plan de santé mentale a été fait collectivement certes, mais pas la décision des coupures à la fin. Le budget de 5,6 millions doit absolument rester à l'ordre du jour. On n'appuie pas la merde de ce plan. Vous nous bâillonnez à coup d'arguments économiques et juridiques que vous sortez à la dernière minute. On ne pourra pas survivre avec moins de ressources (Coordinatrice du CAPS pour enfants du district 4).

Certains d'entre eux dénoncent la nouvelle structure de cogestion proposée dans ce plan. Ils la voient comme une attaque à la participation et au contrôle social du SUS et à la réforme psychiatrique. Par exemple, cette travailleuse explique que:

Nous sommes ici depuis ce matin pour manifester avec les employés du secteur public en grève. Cette manifestation n'est pas uniquement celle des travailleurs du Candido, mais aussi celle pour la défense d'un SUS 100% public par les citoyens. On veut dénoncer l'attitude de ce gouvernement non pas uniquement en rapport au Candido et en rapport à nos emplois menacés mais aussi à l'égard de notre projet de société – *applaudissement et cris d'appuis de la foule* - On veut aussi des garantis d'emplois et du respect pour les 1300 employés mises à pied. Aussi, on vient questionner la transparence du processus de consultation. On est dans la rue pour questionner le processus qui a mené à un tel budget pour la santé mentale. Vous avez décidé de ce budget final en catimini sans vraiment consulter la commission d'accompagnement. Toutes ces coupures se font d'abord et avant tout sur le dos des travailleurs et de la population. (...) On ne peut pas avoir un budget de 5,6 millions en santé mentale, mais, les députés municipaux eux se votent des augmentations des salaires de 50%¹⁶⁵! Nous voulons maintenant vous chanter une petite chanson qui a été un succès durant la manifestation de tantôt. On souffre mais, personne ne peut je empêcher de rigoler un peu. Ça va comme suit ... Tout le monde ensemble ! : Est-ce que c'est la fin? Est-ce que c'est notre fin? (bis) Ô monsieur le Secrétaire faites quelques chose! Ne laisse pas la santé déperir! (bis) Je suis du Candido, je suis du SUS! (bis)» (Ergothérapeute d'un centre de santé du district 3, protagoniste de la Commission des travailleurs du Candido).

La majorité des individus dans la salle répondent positivement à l'invitation en fredonnant cette chanson avec elle. Lorsque la chanson se termine un ancien gestionnaire du réseau, prend la parole :

Il y a deux ans, j'ai démissionné comme coordinateur de la santé mentale parce qu'un plan de privatisation de la santé mentale se dessinait déjà. Et nous y voilà ! Ne pensez pas que le Conseil municipal de santé décide quoi que ce soit maintenant! Qu'est-ce que ça signifie la sous-traitance de la santé mentale au Candido? Ça signifie des travailleurs qui ont peur d'être mis à pied, des syndicats pulvérisés et surtout une déresponsabilisation de l'État sur le plan des politiques publiques. Avec ce nouveau plan, qui définit la politique publique de santé mentale? C'est le Candido! Qu'est-ce qui va garantir la réforme psychiatrique maintenant? Elle nous glisse entre les doigts! (ancien coordinateur de santé mentale au Secrétariat municipal de santé).

Bien qu'il ait été établi au début de l'assemblée qu'il n'y aura pas de débat, le trésorier du Candido négocie avec le président de l'assemblée le droit de répondre à ce commentaire spécifique :

¹⁶⁵ Ceci est un fait avéré qui a lieu quelques semaines avant cette assemblée.

Je veux faire une mise au point importante : le « public » ce n'est pas « l'étatique » et nous, au Candido, on essaie de rendre l'étatique plus public. Le privé, n'est pas étatique certes, mais il n'a pas d'engagement avec le public donc ce n'est pas non plus la solution. Alors maintenant, ce que nous sommes en train de construire dans cette ville c'est une structure complètement singulière et inédite, avec une entité comme le CandidoF qui a été « public-isé » au cours de l'histoire. Des conseillers de santé municipaux, des usagers, des travailleurs siègent à notre conseil de gestion. Les représentants de l'entité « privée » comme tu dis sont minoritaires pour prendre les décisions internes. Alors cette organisation est un pas en avant vers le « public » à Campinas. Vous connaissez d'autres établissements privés qui ont des usagers et des conseillers municipaux de santé à leur conseil de gestion? Il n'y en a pas! Alors voilà le Candido c'est une expérience de « public-isation » que je nomme « public non étatique ». Et ça, c'est une expérience unique! Pourquoi Campinas a le réseau de santé mentale le plus élaboré au pays? Les SSCF font toute la différence en rapport à cela! C'est ça l'histoire de Campinas, une organisation « publique non-étatique » qui favorise la construction et la pérennisation d'un réseau « public » de santé mentale avec l'État. Alors la cogestion du réseau avec le Candido ce n'est pas un pas en avant dans la sous-traitance mais bien un pas en avant dans la « public-isation » de la santé mentale vers la réforme psychiatrique et vers une société démocratique et plus juste.

Après cette envolé, la pancarte «Bouhhh !» est brandie et une partie seulement des individus dans l'assemblée suivent l'invitation en criant « Bouhhh ! ». Le président de l'assemblée prend ensuite la parole pour dire que le temps de la discussion – qui a été d'ailleurs prolongé de 30 minutes suite à un vote des conseillers – est maintenant écoulé et qu'il est temps de clore l'assemblée. Il rappelle que le débat et le vote auront lieu lors de l'assemblée extraordinaire prochainement. Il n'a pas le temps de terminer sa phrase qu'un grand nombre d'individus de l'auditoire se mettent à crier en tapant des mains « On veut entendre le Secrétaire! On veut entendre le Secrétaire! ». Le président regarde ce dernier qui acquiesce à la demande et précise qu'il a droit à cinq minutes. Le Secrétaire municipal de santé réaffirme la pertinence des décisions « pragmatiques » qui ont menés à la réduction du budget en santé mentale :

On travaille avec le Candido de manière très démocratique. Ce nouveau plan contient plusieurs actions qui seront un plus pour la santé mentale de Campinas. On a toutefois eu beaucoup de difficultés à trouver des fonds pour ce plan. Notre budget initial était de 3,8 millions, on a négocié et on a augmenté l'offre. Je dois d'ailleurs m'excuser au Comité fiscal du Conseil municipal de santé pour l'envoi tardif des documents financiers nécessaires. Ce délai est entre autres dû au gros travail d'organisation pour aller chercher le maximum de fonds ce qui je mène maintenant à 4,38 millions. Je ne me fais pas d'illusion! La santé et la santé mentale de Campinas vont être en mode survie jusqu'à la fin de l'année. Si on arrive à survivre c'est déjà bon, car nous n'avons pas de budget

pour avancer. On n'a pas de ressources. Il faut vraiment faire des choix. Vous n'avez qu'à regarder les plans que le SMS a établis avec les autres services comme l'hôpital pour enfants par exemple. Il n'y pas eu d'augmentation mais bien des réductions. Tout ça pour dire que la santé mentale et le Candido subit les mêmes contraintes que tous les autres services. Et en plus, rappelons-le, on a même réussi à augmenter ce budget en rapport à notre proposition initiale. Cette approche pragmatique est la seule possible puisque si on ne budgète pas bien qu'est-ce qui va arriver? Les fournisseurs de services ne seront pas payés- *la pancarte du « Bouhhh » est brandie et la foule cri « Bouhhh ! » plus fort que jamais.* » - Alors on ne peut pas manger du steak les premiers mois de l'année et n'avoir plus rien à manger à la fin de l'année, même pas de fèves et de riz. C'est ma responsabilité qu'il y ait à manger toute l'année vous voyez?

Le président clôt ensuite l'assemblée. Deux travailleurs m'invitent alors à prendre une bière avec une quarantaine de travailleurs et de gestionnaires du réseau de santé mentale - dont une dizaine du CAPS Maio - qui se réunissent dans un bar du coin. Certains qui n'ont pas participé à l'assemblée viennent nous rejoindre pour un total de dix-sept travailleurs du CAPS Maio, la coordinatrice, un appuieur de santé mentale du district 3 et vingt et un autres employés de ce même district. Plusieurs échanges et plusieurs débats enflammés se poursuivent à propos du déroulement de l'assemblée du Conseil municipal de santé, du plan de santé mentale et des stratégies politiques à adopter pour la suite.

En somme, des *rodas* impliquant des individus du CAPS Maio émergent au cours de la manifestation précédant l'assemblée du Conseil municipal de santé, dans les échanges parallèles durant son déroulement ainsi que dans les conversations de bars. J'observe cette même tendance lors de l'assemblée extraordinaire du 30 mai, au cours de laquelle le plan de santé mentale est soumis au vote.

L'assemblée extraordinaire du 30 mai

Une autre manifestation est prévue avant la tenue de l'assemblée extraordinaire du Conseil municipale de santé qui aura lieu en après-midi. La mobilisation pour faire valoir l'importance de maintenir les acquis du réseau de santé mentale est alors à son apogée. Au CAPS Maio, les

professionnels des soins et la coordinatrices décident, lors de la dernière réunion d'équipe, de réduire les activités du CAPS afin de libérer un maximum d'individus pour la manifestation. Seuls les services essentiels sont maintenus. Le matin de l'assemblée, je me rends au CAPS. Dans la grande salle, une dizaine de travailleurs et de destinataires sont affairés à concevoir des pancartes pour la manifestation à venir. Des employés de l'entretien ménager et de la sécurité se joignent aussi à eux (voir la figure 7). Les quinze travailleurs impliqués dans la fabrication des banderoles sont habillés en noir en suivant l'invitation de la Commission des travailleurs du Candido. Le noir a été choisi en fonction de la thématique de la manifestation : les funérailles du Système unique de santé (SUS).

Figure 7. Préparation de pancartes au CAPS Maio le matin du 30 mai 2012



Quelques heures après, une vingtaine d'individus du CAPS (treize employés et huit destinataires) embarquent dans les voitures de six travailleurs pour se rendre à la manifestation qui prend la forme d'une marche funèbre débutant à l'Hôtel de ville et qui se rendra jusqu'à l'endroit où allait avoir lieu l'assemblée extraordinaire du Conseil municipal de santé. Cette grande marche regroupe une fois de plus les travailleurs du secteur public en grève et les différents acteurs du réseau de santé mentale. À notre arrivée à l'Hôtel de ville, les gens du CAPS Maio se regroupent près des autres du réseau de santé mentale. Plusieurs centaines de personnes impliquées dans l'un ou l'autre des services de santé mentale sont réunies près de l'entrée de l'Hôtel de ville. Certains s'affairent à concevoir d'immenses banderoles de carton avec de la gouache (voir la figure 8). Un des slogans les plus populaires est : « La santé ne se

vend pas! Le fou ne s'enferme pas! Qui est malade? C'est le système social!» D'autres se pratiquent à chanter les chansons de revendication spécialement conçues pour cet évènement pendant que certains d'entre eux donnent le rythme dans une fanfare de tambours battants. D'autres encore terminent la construction de marionnettes géantes en papier mâchées et d'un grand cercueil symbolique dans lequel git le Système unique de santé.

Figure 8. Préparation de banderoles devant l'Hôtel de ville le midi du 30 mai 2012



En parallèle à ce mouvement de préparation une *roda* émerge spontanément entre les travailleurs et les destinataires du CAPS Maio et certains d'autres unités de services du réseau. Il s'y discute de la situation du nouveau plan de santé mentale et des impacts des coupures actuelles et à venir. Certains y vont de leurs prévisions pour le dénouement du vote de l'assemblée de ce soir. Plusieurs informations concernant les enjeux politiques et économiques

en amont de ces coupures sont aussi vulgarisées. Des individus plus au fait des enjeux prennent le temps de parler et de répondre aux différentes questions des destinataires. Une heure plus tard, la *roda* se transforme en *roda* de samba musicale qui déambule lentement autour du cercueil du Système unique de santé décoré de pancartes et au pied duquel on a même allumé des cierges (voir la figure 9).

Figure 9. Roda devant l'Hôtel de ville le midi du 30 mai 2012



Près de trois heures après l'arrivée du groupe du CAPS Maio, la marche du cortège funèbre de la santé commence avec le cercueil en tête, suivi des tambours et du reste des participants avec leurs banderoles et leur marionnettes (voir la figure 10). Durant la marche, les individus du CAPS Maio se mélangent et échangent avec ceux des autres unités de services. Ils se joignent à eux aussi pour danser, pour chanter et pour se relayer dans le transport du cercueil, des marionnettes ou des grandes banderoles.

Figure 10. Manifestation dans les rues de la ville l'après-midi du 30 mai 2012



Après une heure de marche à travers le centre de la ville les quelques 200 personnes arrivent devant l'édifice où allait avoir lieu l'assemblée extraordinaire du Conseil municipal de santé. Les manifestants rassemblent leurs banderoles autour du cercueil devant l'entrée (voir la figure 11).

Figure 11. Banderoles autour du « corbillard de la santé » avant l'assemblée extraordinaire du Conseil municipal de santé le 30 mai 2012



Parallèlement à cette marche, les coordinateurs d'unités de service, ainsi que les directeurs et les appuieurs institutionnels des districts du réseau, participent à une réunion organisée par le comité d'accompagnement du nouveau plan de santé mentale afin de présenter et de discuter des derniers détails. Monica, la coordinatrice du CAPS Maio participe à cette rencontre et rejoint le reste du groupe du CAPS Maio à la fin de la marche autour d'un verre avant l'assemblée extraordinaire du Conseil municipal de santé.

Autour de la table du bar, nous sommes tous suspendus aux lèvres de Monica. Elle nous explique que durant la matinée près d'une centaine de coordinateurs et d'appuieurs ont débattu en assemblée. Ils sont arrivés à formuler certaines propositions qu'ils vont présenter avant le vote de ce soir. Les travailleurs et les destinataires réunies autour de la table circulaire du bar lui posent plusieurs questions. Elle explique longuement les dynamiques de pouvoir entre les différents districts. Elle est agréablement surprise d'avoir été témoin de l'engagement de certains gestionnaires de centre de santé du district 3 envers la réforme psychiatrique. Elle croit aussi que la rencontre a été inspirée, voire galvanisée par l'esprit de cette manifestation. Une destinataire lui demande ses prévisions sur le dénouement du vote. Elle se dit perplexe et relance la question à deux autres destinataires assis l'un à côté de l'autre. L'un d'eux répond : « Je souhaite le mieux pour vous! On est là pour vous! ». Trente minutes plus tard, nous nous s

rendons à l'assemblée. Il y a environ 200 personnes. Au côté de la table du président d'assemblée, des manifestants affichent leurs banderoles, leurs marionnettes colorées ainsi que le cercueil du Système unique de santé (voir la figure 12).

Figure 12. Assemblée extraordinaire du Conseil municipal de santé le soir du 30 mai 2012



Cette assemblée de près de 4 heures, se conclut par l'approbation du nouveau plan de santé mentale par la majorité des conseillers municipaux de santé. Ce plan repose sur un budget réduit de 1,3 million de real (de 5,6 à 4,38 millions). Pour le respecter, des postes, des ressources et des services seront abolis, tels que les ressources psychiatriques d'urgence (SAMU) et le centre de services aux personnes avec des problèmes d'apprentissages (SADA) ainsi que 1308 postes en santé mentale, notamment ceux des appuieurs institutionnels et des professionnels des équipes de première ligne en santé mentale.

Le nouveau plan de santé mentale repose aussi sur un projet de réforme des structures de gouvernance et de régulation du réseau afin de mieux respecter les nouvelles exigences de contrôle économique des gouvernements étatique et fédéral en phase avec le Plan directeur de la réforme de l'appareil d'État (PDRAE). Le Candido devient responsable de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des services de santé mentale de la ville. Autrement dit, c'est aux Candido que revient maintenant la tâche d'opérationnaliser la politique nationale de la réforme

psychiatrique à Campinas. De son côté, le gouvernement assure une fonction de régulation par l'évaluation des résultats et par la reddition de comptes.

Éléments de synthèse

Les assemblées du Conseil municipal de santé marquent le rythme de la mobilisation politique durant la crise du réseau de santé mentale à Campinas entre octobre 2011 et décembre 2012. Elles constituent un terreau fertile autour et au sein desquelles émergent diverses *rodas* impliquant des individus occupant différentes positions au sein de l'organisation des services de santé mentale. Il s'agit de *rodas* spontanées durant les manifestations qui précèdent ces assemblées, de *rodas* parallèles qui ont lieu durant celles-ci ainsi que de « *rodas-bilans* » qui émergent dans les bars ou les restaurants. Les *rodas* qui prennent forme durant les manifestations ont un déroulement particulier. Elles commencent par des échanges verbaux au sujet des enjeux et des moyens d'action collectives et puis se transforment peu à peu en *rodas* musicales.

Le déroulement des assemblées est caractérisé par une ouverture aux « confrontations » de certains instruments de régulation des délibérations. Par exemple, l'autorité de la table du président d'assemblée est confrontée par l'apposition de banderoles et de marionnettes arborant des messages politiques, le système de prise de parole au micro à tour de rôle par le brandissement de pancartes d'approbation (« Applaudissez! ») et de désapprobation (« Bouhhh! ») et, finalement, le cadre d'expression rationnelle de l'opinion citoyenne au micro situé sur le côté de la salle par de chansons subversives chantées au-devant de la salle près de la table du président.

Des *rodas* se constituent aussi de l'intérieur du district 3 et du CAPS Maio au sein des dispositifs institués du Collectifs de travailleurs en santé mentale du district 3 (CTSM-D3) ainsi que de la réunion d'équipe et de l'assemblée d'usagers du CAPS Maio.

Les *rodas* émergeant au sein du Collectif des travailleurs en santé mentale du district 3

En 2001, des appuyeurs institutionnels en santé mentale du district 3 engagés dans la réforme psychiatrique et dans la mise en place du système d'analyse et de cogestion (SACOG) ont créé puis institué le Collectif des travailleurs en santé mentale du district 3 (CTSM-D3) afin de faciliter la construction et l'accompagnement de projets de santé mentale sur le territoire. Selon une étude menée par Dorigan et L'Abbate (2014 :12), ce dispositif spécifique au district 3 joue un rôle important «dans l'organisation du travail en santé mentale ainsi que dans la consolidation de la réflexion autonome des travailleurs en rapport à leur pratique dans les équipes des différentes unités de service.»

Lors de mon enquête de terrain, cet espace de partage d'information et de prise de parole compte généralement sur la participation d'un appuyeur en santé mentale et d'une vingtaine de travailleurs du réseau de santé mentale du district 3. Durant la période précédant le vote du nouveau plan de santé mentale au Conseil municipal de santé, le Collectif compte aussi sur la présence de la directrice du district de santé et de celle de coordinateurs d'unité de services de santé mentale comme le CAPS Maio. Au cours des cinq rencontres observées, deux professionnels (ergothérapeute, psychologue ou infirmière), variant d'une rencontre à l'autre, représentent le CAPS Maio. Ces rencontres ont lieu toutes les deux semaines les jeudis matins¹⁶⁶.

Après chaque rencontre, les individus du CAPS Maio vont dîner avec des gestionnaires et des travailleurs d'autres services ayant aussi participé à la rencontre. Des *rodas* émergent parfois

¹⁶⁶Elles précèdent celles de la réunion d'équipe du CAPS Maio qui avaient lieu tous les jeudis après-midi, ce qui facilitait le transfert d'information d'une réunion à l'autre.

des échanges qui ont lieu dans le cadre informel du lunch au restaurant. Le déroulement de la rencontre du 17 mai permet de relever de quelle manière ces *rodas* émergent avant, pendant et après les rencontres du Collectifs des travailleurs de santé mentale du district 3.

La rencontre du 17 mai

Tout comme la majorité des rencontres du Collectif de travailleurs, celle du 17 mai a lieu dans une petite salle d'un des centres de santé du district. Il y a vingt personnes assises en cercle; parmi elles, dix-huit femmes professionnelles (douze psychologues, quatre ergothérapeutes, une travailleuse sociale) de santé mentale. Parmi ces dix-huit femmes, deux travaillent au CAPS Maio (une infirmière et une ergothérapeute) et 2 autres sont des membres actifs de la Commission des travailleurs du Candido (CT-SSCF). Il y a aussi la coordinatrice du CAPS Maio ainsi qu'une appuyeuse en santé mentale du district. Le thème de la discussion d'aujourd'hui est le nouveau plan de santé mentale. Une présentation du plan par l'appuyeuse suivie d'un débat collectif sont prévus à l'ordre du jour.

La rencontre commence par un tour de présentation. Une discussion d'une demi-heure a lieu en attendant l'appuyeuse, qui arrive en retard. Avant son arrivée, la coordinatrice du CAPS Maio se propose comme animatrice des échanges, qui émergent spontanément et avec de plus en plus d'intensité. Les deux protagonistes de la Commission des travailleurs du Candido initient la discussion en soulignant l'originalité du mouvement de mobilisation contre les coupures appréhendées ; originalité qui viendrait selon elles de l'alliance avec les grévistes de la fonction publique en santé et en éducation et avec des citoyens mobilisés dans le cadre de la semaine de la lutte anti-asilaire¹⁶⁷. Deux participantes se demandent ensuite si cette diversité ne nuit pas à la clarté de leur message auprès de la population et dans les médias en général.

¹⁶⁷ Au Brésil, la deuxième semaine du mois de mai correspond à la semaine de la lutte anti-asilaire. Dans le cadre de cette semaine, plusieurs activités de sensibilisation du public sont généralement organisées dans les différentes villes du pays.

Pour l'une d'elles, il est important que la population comprenne la différence entre la lutte pour l'amélioration des conditions de travail du secteur public et celle contre les mises à pied massives des travailleurs du Candido. « Nous, on est en mode survie! C'est très différent de leur lutte pour une augmentation de salaires» (Professionnelle 8).

À son arrivée, l'appuyeuse fait un compte rendu des négociations autour du budget du nouveau plan de santé mentale. Elle explique que la proposition populaire de 5,6 millions – issue d'un long processus de consultation - ne sera pas maintenue puisque la ville veut offrir 3,6 millions. Néanmoins, les négociations vont bon train et il est selon elle possible d'arriver à une entente de 4,5 millions. Elle précise en terminant que, peu importe comment ce processus se terminera, tous ces chiffres indiquent qu'il y aura nécessairement 1300 coupures de poste. Elle s'engage à fournir d'autres informations lors de la prochaine rencontre. La majorité des participantes semblent être dépassées par les chiffres présentés. Une d'entre elles prend l'initiative de les écrire au tableau en les divisant par colonnes. Plusieurs demandent des éclaircissements. L'appuyeuse et d'autres participantes, plus au fait des enjeux financiers entourant le nouveau du plan de santé mentale, essaient tant bien que mal d'éclairer leur lanterne.

Par la suite, le groupe s'engage dans un débat. Plusieurs dénoncent le manque de transparence du processus de consultation populaire par lequel se négocie le budget du nouveau plan. Une participante souligne que même les appuyeurs n'ont pas accès aux informations nécessaires pour comprendre un tel débat de chiffres. Plusieurs dénoncent d'ailleurs les limites d'un tel débat: « Tout le monde ne parle que de chiffres! On est en mode survie et on ne voit plus le sens de nos actions au quotidien » (Professionnelle 19). Une participante relève aussi comment ce contexte les affectent:

On peut les poursuivre pour les dommages psychologiques qu'ils causent aux travailleurs et aux usagers. Nous sommes ici pour promouvoir la citoyenneté en développant des relations d'accompagnement avec des personnes vulnérables, mais notre citoyenneté n'est même pas respectée. C'est un contexte de grande souffrance (Professionnelle 12).

Pour l'une des protagonistes de la Commission des travailleurs du Candido, la crise montre surtout comment la réforme psychiatrique passe maintenant par la sensibilisation et la mobilisation des destinataires, des travailleurs et des citoyens en général contre les politiques néolibérales :

À partir du moment où il y a des coupures, nous ne sommes pas en position de construire la réforme psychiatrique. On est contraints à lutter pour notre survie, ce qui nous fait perdre de vue le projet social auquel on souhaite participer. Les usagers et les travailleurs ont d'abord besoin de sécurité. C'est un moment de recul profond dans les politiques publiques. Nous ne pouvons même pas discuter la question des droits humains. Rien! On est ici en train de lutter pour maintenir ce que nous avons. Seulement! C'est un véritable programme néolibéral qui est proposé. Alors, la lutte anti-asilaire doit maintenant passer par la compréhension du fonctionnement des politiques économiques des gouvernements (Professionnelle 4).

Un consensus se dégage au sujet de l'importance de ne pas perdre de vue le projet social porté par le réseau de santé mentale. À ce sujet une autre participante explique :

Nous arrivons aujourd'hui à un point tournant d'un long processus de démantèlement des services communautaires de première ligne en santé mentale. Ça fait plusieurs années que l'État n'investit plus dans ce en quoi je crois. Aujourd'hui, il y a des enjeux très grands en ce qui concernent l'argent investi dans les services. Ça nous touche personnellement dans nos conditions de travail. Mais il ne faut perdre de vue la lutte pour la réforme psychiatrique. Nous avons un réseau de santé mentale et ils sont en train de le détruire et de le démonter. Nous ne pensons pas seulement à maintenir notre emploi parce que, si c'était le cas, on pourrait recevoir plus de 20 patients par heure dans un travail à la chaîne. Non! J'ose croire qu'on lutte aussi pour un projet plus grand (Professionnelle 1).

En terminant, le groupe revient sur le déroulement de la rencontre. Une participante reconnaît comment ces échanges collectifs lui font du bien. Une autre souligne leur pertinence afin de rassembler le peu d'information qu'elles détiennent et de la mettre en commun. Des stratégies d'action sont aussi proposées puis débattues afin de poursuivre la mobilisation contre les coupures et les mises à pied actuelles. L'appuyeuse invite à participer à la prochaine rencontre du Collectif. L'une des protagonistes de la Commission des travailleurs du Candido fait

circuler une feuille afin de recueillir les courriels des personnes intéressées à faire partie de la liste d'envoi de cette Commission qui vient tout juste de se créer dans la foulée de cette crise.

Après la rencontre, la moitié des participantes - dont les deux professionnelles et la coordinatrice du CAPS Maio, ainsi que l'appuyeuse de santé mentale - se retrouvent au restaurant situé tout près du centre de santé où a eu lieu la rencontre. Durant le dîner, une psychologue d'un centre de santé confie au groupe : « J'ai perdu ma volonté de lutter! C'est pour ça que je ne me suis pas positionnée dans la *roda* qui a enfin réussi à se produire dans les réunions plates du Collectif ». Elle éclate ensuite en sanglots devant nous. Ses collègues l'embrassent et la réconfortent. Lorsqu'elle reprend son souffle, elle nous explique qu'elle travaille dans le réseau depuis huit ans et qu'elle vient d'apprendre que son poste sera bientôt aboli. Elle décide d'aller se coucher à l'instant au lieu de retourner travailler.

Éléments de synthèse

Les contenus des échanges au sein des rencontres du Collectif des travailleurs de santé mentale du district 3 oscillent généralement entre des discussions cliniques (supervision et étude de cas) et des échanges sur les processus de travail et de gestion. Lors de la rencontre du 17 mai, les échanges se transforment pour porter exclusivement sur les enjeux économiques et politiques affectant le réseau, de même que sur les stratégies d'action à mener collectivement pour s'opposer aux coupures et aux mises à pied. À ce sujet, une participante et psychologue au CAPS Maio me partage en entrevue :

En ce moment de crise, je crois que la situation dépasse les limites de l'acceptable en rapport au projet idéalisé de santé mentale, et ce, même pour les gestionnaires. Et puis, je crois que le Collectif de travailleurs devient un espace de consolidation qui nous rend plus fort. Les gestionnaires sont aussi plus présents qu'à l'habitude ici, à nos côtés, pour nous appuyer. Malgré toutes ses limites, il s'agit d'un espace important pour nous maintenant. Il permet des échanges d'informations et aussi de nous réconforter les uns les autres. Je ne parle pas du Collectif en soi, mais, plutôt du fait qu'il permet de produire une *roda* entre des travailleurs autrement isolés dans chacune de leurs unités au quotidien. Parce nous n'avons pas, en santé mentale, un espace formel pour

l'organisation politique des travailleurs. Les personnes travaillent et ne sont pas libérées pour participer à des rencontres de mobilisation sociale. Avec la crise, se produisent des *rodas* autour de ce Collectif pour mener certaines actions, pour fomenter, mais je crois que cet espace n'est pas suffisant. Il faut en créer d'autres pour que nous puissions changer les choses.

Dans ce contexte de crise, des travailleurs s'approprient un tel dispositif, initialement voué à la clinique et au processus de travail en réseau en y créant des *rodas*, et ce, avec la complicité des gestionnaires impliqués. De telles *rodas* émergent au sein et en dehors de cet espace institué constituent une source privilégiée d'informations pour la coordinatrice et pour des travailleurs du CAPS Maio. Ceux-ci transmettent ensuite ces informations lors de la réunion d'équipe du CAPS.

Les *rodas* émergent au sein de réunions d'équipe du CAPS Maio

« Il y avait une demande institutionnelle, mais le CAPS Maio a vu le jour uniquement par la force de la *roda*. Ça fait toute la différence au moment de créer un service. »
(Catarina, première coordinatrice du CAPS Maio)

Les quarante-deux professionnels responsables des soins physiques et psychosociaux aux destinataires du CAPS Maio, soit les psychiatres, les ergothérapeutes, les psychologues, les travailleurs sociaux, le personnel infirmier (infirmier, technicien et auxiliaire), le technicien en pharmacie, les deux adjointes à l'administration, la directrice et les deux appuieurs de santé mentale du district 3 se regroupent autour de la réunion d'équipe. Une trentaine d'entre eux y participe en moyenne. Les cinq préposés à l'entretien ménagers, les cinq agents de sécurité¹⁶⁸ tout comme les quelques 350 destinataires ne participent pas officiellement¹⁶⁹ à ce dispositif.

¹⁶⁸ Il y a plutôt une réunion entre la coordinatrice et ces agents ainsi qu'une réunion avec un infirmier responsable de la gestion de l'hygiène des lieux et les préposés à l'entretien ménager.

¹⁶⁹ J'explique plus tard comment des destinataires participent indirectement.

Ces réunions ont lieu tous les jeudis après-midi dans la plus grande salle du CAPS¹⁷⁰. Avant la rencontre, des participants disposent des chaises en cercle. Une rencontre dure en moyenne quatre heures. Au sujet de leur durée, un auxiliaire infirmier lance : « Ces interminables réunions ne finissent jamais plus tôt que prévu ! ». Chaque rencontre est composée de deux parties spécifiques divisées par une pause d'une vingtaine de minutes. Ces pauses sont aussi l'occasion de célébrer collectivement un événement de la vie sociale du CAPS, comme un congé de maternité, l'anniversaire de l'un, la retraite de l'autre. Un petit goûte cogéré et cofinancé par l'ensemble des participants y est souvent servi. Du café, du chocolat, des biscuits circulent aussi tout au long de la rencontre.

La première partie de la rencontre est consacrée à la formation continue. Une semaine sur deux, une « superviseuse institutionnelle » anime une discussion autour d'un cas clinique qui pose des défis à l'équipe afin de lui permettre d'améliorer l'intervention tout en réfléchissant au cadre institutionnel et social dans laquelle elle prend forme. Depuis cinq ans, la superviseuse du CAPS Maio est une professeure du Département de santé collective de l'Université d'État de Campinas (UNICAMP). La semaine où elle ne vient pas permet aux autres (appuyeurs, coordinatrice ou professionnels) d'animer des discussions ou des activités thématiques (ateliers, formation, présentation de vidéo, invité spécial). Il s'agit aussi parfois d'un moment pour se rencontrer en « mini-équipe » de référence¹⁷¹.

La seconde partie de la rencontre est consacrée à la réflexion et à la prise de décision collective au sujet de l'organisation quotidienne des services. Au début de cette seconde partie, un animateur est choisi à tour de rôle. Ce dernier organise l'ordre du jour à partir des différents points que les travailleurs et la coordinatrice veulent aborder. Il est convenu de

¹⁷⁰ Cette salle située, au centre du CAPS, a plusieurs autres fonctions. Elle fait lieu notamment de cafétéria pour les destinataires tous les midis et aussi de salle de rencontre pour l'assemblée d'usagers.

¹⁷¹ Le CAPS est divisé en quatre mini-équipes. Chacune d'elles regroupent cinq à huit professionnels (un psychologue, un ergothérapeute, une infirmière et trois à cinq techniciens et auxiliaires infirmières) de référence pour une population de 2500 habitants du territoire. Les rencontres de mini-équipes permettent d'organiser l'intervention psychosociale et d'en consolider le suivi.

traiter d'abord des points concernant les individus hébergés au CAPS. Cette partie de la rencontre se termine la plupart du temps par un point varia. La prise de notes dans le cahier des procès-verbaux est assurée par un membre de l'équipe administrative. À cause de conflits d'horaire ou de leur surcharge de travail, c'est souvent une auxiliaire infirmière qui prend cette tâche en charge. À l'aune de nos observations de quinze réunions d'équipe, tout comme du point de vue des participants à ces rencontres, des *rodas* en rapport à la crise émergent, semble-t-il, lors de la seconde partie de la réunion d'équipe du 17 mai - soit à la rencontre qui succède à celle du Collectif de travailleurs de santé mentale du district 3 (CTSM-D3) décrite plus tôt – ainsi que durant l'ensemble des réunions du 24 et du 30 mai.

La réunion d'équipe du 17 mai

C'est une infirmière ayant participé à la rencontre du Collectif de travailleurs de santé mentale du district 3 (CTSM-D3) qui inscrit le thème de la crise à l'ordre du jour de la seconde partie de la réunion d'équipe de ce jour. Cette dernière fait un compte rendu de cette rencontre du matin. Elle explique qu'il y aura des coupures importantes dans les services de santé mentale du district 3 et qu'il n'y a aucune négociation possible avec le gouvernement et le Candido. Elle pense que ces coupures affecteront davantage les régions pauvres de la ville comme le district 3. L'ergothérapeute qui l'a accompagnée rappelle qu'une autre rencontre du Collectif est prévue pour continuer de débattre des enjeux et pour trouver des pistes d'actions communes afin de lutter contre ces coupures, et ce, avant l'assemblée du Conseil municipal de santé au cours de laquelle sera voté le nouveau plan de santé mentale. Après dix minutes d'échanges entre une dizaine de participants (sur trente présents), l'animatrice propose de passer à un autre point de l'ordre du jour. Ces dix participants leur demandent des précisions en ce qui concerne la crise. Il s'agit pour ce groupe de cheminer vers une compréhension commune des enjeux entourant le nouveau plan de santé mentale, les coupures et les mises à pied qui y sont associées. Très peu de commentaires et d'analyses critiques sont formulés. Pour sa part, la cogestion se limite à un rappel des dates de la prochaine rencontre du Collectif

de travailleurs de santé mentale du district¹⁷² et de la prochaine assemblée du Conseil municipal de santé.

La réunion d'équipe du 24 mai

Lors de la réunion d'équipe du 24 mai, Monica, la coordinatrice du CAPS, amène le point de la crise à l'ordre du jour de la seconde partie de la rencontre. Elle présente les principaux enjeux liés aux coupures et aux mises à pied intégrées au nouveau plan de santé mentale. Après sa présentation, le groupe de trente-trois travailleurs débat des enjeux entourant ce plan pendant près d'une heure. Les échanges se terminent sur un remue-méninge à propos des stratégies d'action possibles pour s'opposer à ce plan qui, selon les vingt-quatre personnes qui prennent la parole, mènera à un recul en rapport à la qualité des services du CAPS Maio.

Monica fait d'abord une synthèse du déroulement de l'assemblée du Conseil municipal de santé de la veille. La situation qui se vit un peu partout sur le terrain est selon elle très chaotique. Des travailleurs des services de première ligne en santé mentale dans les centres de santé sont déjà en train de recevoir leurs lettres d'avis de licenciement. Elle s'exclame : « Les coupures sont comme des couteaux à la gorge! » tout en expliquant les formes que prendront de telles coupures si le nouveau plan de santé est approuvé et comment celles-ci affecteront leur travail quotidien. À court terme, c'est la fermeture des services psychiatriques d'urgence dans les ambulances (SAMU)¹⁷³ qui leur nuira le plus à ses yeux. Monica est critique de la portée démocratique des dispositifs de participation et de contrôle social dans ce contexte de crise. Elle trouve que le Conseil municipal de santé est inutile puisque les décisions semblent être prises ailleurs. Elle a ainsi l'impression de ne pas participer aux décisions : « Je ne me

¹⁷² Cette rencontre n'aura finalement pas lieu.

¹⁷³ Des psychiatres du SAMU facilitent le transfert des personnes en crises psychique vers le CAPS. Ce service joue un rôle d'autant plus important qu'à ce moment, le CAPS ne compte sur les services d'aucun psychiatre à l'interne.

suis jamais sentie autant humiliée de ma vie! », confie-t-elle au groupe les larmes aux yeux. Un silence de quelques secondes suit cet aveu chargé d'émotions. Le climat change alors, les gens semblent inquiets devant l'ampleur et la complexité des coupures dans le réseau. Bernardo, psychologue et animateur de la rencontre, prend la parole après ce lourd silence :

En plus des coupures, il y a un nouveau modèle de services qui est en train de s'imposer insidieusement. Il y a une différence entre le modèle du Candido derrière ce nouveau plan et notre modèle de services ici au district 3. Nous, on mise davantage sur la micropolitique de la santé mentale. Le nouveau plan mise sur la cogestion entre la ville et le Candido, ce qui est une bonne chose, sauf que là, les pouvoirs entre la ville et les SSCF vont être inversés. Avant, la ville régulait le Candido, mais maintenant c'est le Candido qui va réguler l'ensemble des services de santé mentale incluant ceux du district 3. Alors, par-delà la dispute idéologique sur le modèle d'attention psychosociale, il y a un enjeu de gouvernance important à prendre en compte. Et cet enjeu va au-delà des différences idéologique alias, il risque même d'anéantir le débat. Par exemple, le plan ne priorise pas les services de première ligne en santé mentale comme on le fait ici au CAPS Maio.

Quelques personnes réagissent chaotiquement. Bernardo se lance de nouveau et dit : « C'est fou comment on peut prendre vingt ans à construire un modèle et un système de cogestion et en un an seulement, ils vont réussir à le détruire ! » Monica, qui se remet de ses émotions, répond dans la foulée: « Les gens qui ont déterminé le plan de santé mentale final ne connaissent pas du tout la réalité du terrain. C'était un manque de respect flagrant hier (au Conseil municipal de santé). Ils avaient l'air d'une bande de clowns en essayant d'argumenter que le plan correspond aux besoins du milieu. » Bernardo nous confie alors :

Après l'assemblée du Conseil municipal de santé, j'ai discuté informellement avec l'ancien coordinateur de santé mentale. Il m'a dit qu'il y avait peut-être moyen d'invalider ce plan en dénonçant son irrégularité de par son non-respect de la loi fédérale sur la participation et le contrôle social en ce qui concerne les documents financiers à remettre au Comité fiscal du Conseil. C'est d'ailleurs ce qu'un des conseillers municipaux essaient de faire. Mais, semblerait-il que le gouvernement a aussi les moyens d'aller de l'avant sans le vote du Conseil en brandissant les besoins de régulariser la gestion du réseau jugée « irrégulière » par le gouvernement de l'État suite à l'enquête de leur Tribunal des comptes.

Cassia, une infirmière, demande : « Mais comment pourront-ils faire passer ce nouveau plan indépendamment du vote populaire du Conseil? » Monica lui répond :

Lors de la création de l'hôpital public Orquidia¹⁷⁴ ici à côté, le Conseil a voté contre l'implantation d'une firme privée pour gérer l'ensemble du personnel. Ce refus du Conseil n'a absolument rien changé à la décision finale du gouvernement. La compagnie privée a pris le contrôle de l'hôpital quand même et c'est elle maintenant qui gère tous ses employés. Et je vous rappelle que l'on avait manifesté dans la rue pour s'opposer à ce dossier là aussi. Enfin, cela ne veut pas dire d'arrêter d'y croire! On va mourir, de toute manière, mais au moins on va mourir debout.

Plusieurs se lancent pour prendre la parole et pour réagir à ces propos. C'est toutefois Monica qui reprend la parole secondée par Bernardo, une fois de plus. Ils discutent le changement qui aura lieu sur le plan de la gestion des services au district 3. Monica précise entre autres que les deux appuyeurs de santé mentale du district 3 seront mis à pied puis remplacés par deux « gérants¹⁷⁵ »:

Ça va être deux gérants qui vont se diviser les cinq districts au lieu de deux appuyeurs juste pour notre district comme nous avons maintenant. Et en plus, ces gérants vont jouer le rôle d'un gestionnaire conventionnel. Je veux dire qu'ils ne sont pas engagés pour jouer un rôle clinique et politique d'appuyeur institutionnel avec tout ce que cela signifie sur le plan de la démocratisation institutionnelle et de la production de réseau comme c'est le cas maintenant avec le système d'analyse et de cogestion ici. En fait, ça sent la fin du système d'analyse et de cogestion.

Joseph, un psychiatre venant au CAPS à titre de superviseur de la résidence en psychiatrie, précise à ce sujet que

La mise en place de ces nouveaux postes de « gérants » est liée à une question légale. C'est délicat de parler sans avoir l'air d'être un avocat du diable en rapport à ce qui vient d'être dit ici, mais je crois que ces postes de gestion sont une condition légale afin que puisse se maintenir le réseau de soins de santé mentale.

¹⁷⁴ Nom fictif

¹⁷⁵ Le « gérant » est le titre de deux nouveaux postes de gestionnaires créés dans le cadre du nouveau plan de santé mentale afin de remplacer les six appuyeurs institutionnels en santé mentale.

Ce commentaire suscite une vive réaction de la part de Monica. Un débat s'en suit : « Non, Joseph! Ce n'est pas une question légale! Le Candido ne veut tout simplement pas maintenir le modèle du système d'analyse et de cogestion. » Joseph répond :

Pour qu'ils puissent justifier et légaliser le maintien des services en réseau auprès du Tribunal étatique, il faut une coordination du réseau qui soit du Candido. Je ne crois pas que les responsables du nouveau plan au Candido aient l'intention de changer quoi que ce soit en rapport au modèle de services. Selon moi, cela ressemble davantage à un manque de préparation, à de la désorganisation et à un souci aveugle de légalité.

Monica rétorque : « On discute de ce nouveau plan depuis des années! Je peux être fâchée je crois, ok! Dans le fond, le principal enjeu, c'est qu'ils n'ont pas d'argent! » Joseph de nouveau:

OK! En effet, aussi! Mais malgré tout, je crois que ce sont les intérêts d'un groupe d'amis du Candido qui veut se garantir un bon salaire qui sont derrière les choix ayant mené à un tel plan plutôt que des préoccupations idéologiques pour implanter un nouveau modèle de services. Je crois que la discussion derrière ce plan n'est pas politique ou idéologique. C'est plutôt des rhétoriques pour défendre des intérêts personnels qui sont au cœur du nouveau plan.

Gisele, une psychologue s'exclame : « Il s'agit alors de corruption!?! » Joseph répondit : « Peut-être! Si vous voulez nommer cela ainsi. Je voulais simplement souligner que le Candido ne veut pas s'immiscer dans le réseau et changer sa gouvernance et sa philosophie. »

Janete, une psychologue nouvellement impliquée dans l'organisation de la mobilisation avec la Commission des travailleurs du Candido, enchaîne en faisant un bilan de la dernière assemblée du Conseil municipal de santé :

Des conseillers ont pris le micro hier en disant qu'ils voteraient en faveur du plan si on leur accorde un délai. D'autres conseillers affirmaient plutôt : « Vous nous manquez de respect on va s'y opposer ! », ce qui est aussi une position délicate... Un couteau à deux tranchants! Je crois que le vote à l'assemblée extraordinaire de la semaine prochaine va être très difficile. Il y a plusieurs enjeux politiques derrière tout cela. Par exemple, hier certains ont souligné que le gouvernement municipal actuel essaie de privatiser le réseau depuis son arrivée au pouvoir. Et on peut lire clairement cette intention dans les propos que le Secrétaire de santé a tenus hier : « Le Candido me demandent 5,6 millions,

l'hôpital de maternité me demande X, l'hôpital Santa Casa Y. » tous des services privés avec lesquels la ville fait affaire. Le Secrétaire met tout cela dans le même panier et dit : « Non, je n'ai plus d'argent, je n'en donne pas plus! » Il faut aussi rappeler que le gouvernement fédéral financera 85% du nouveau plan ce qui signifie que la ville s'en lave les mains en n'investissant presque rien. Elle ne veut pas investir en santé mentale; tant au niveau de la définition des politiques publiques que de son financement. Comment on se positionne par rapport à cela?

Joseph : « Ce qui m'inquiète, moi, c'est qu'il n'y ait personne pour voter à la prochaine assemblée du Conseil municipal de santé. On s'est vraiment mobilisé pour aller débattre et voter cette fois et ils ont annulé le vote pour le reporter une semaine plus tard sans nous avertir. »

Dans un autre ordre d'idées, Lucia, une auxiliaire infirmière, enchaîne en posant la question suivante: « Est-ce que je peux parler d'un sujet concret qui me préoccupe maintenant? Je ne sais plus comment faire venir madame Campos (une destinataire) demain, car j'ai appelé au SAMU et il n'y aura plus de psychiatre déjà. » Un silence de huit secondes suit cette question à laquelle personne ne répond en grand groupe. C'est plutôt Bernardo – qui est assis à côté d'elle – qui, quelques secondes après avoir constaté que personne ne répond à sa question, se tourne vers elle pour lui chuchoter quelques solutions possibles. Pendant ce temps, plusieurs individus échangent entre eux. Lorsqu'il termine de parler à Lucia, Bernardo s'exclame au groupe : « Peu importe la solution provisoire qu'on va choisir, il y a un risque évident, celui de réduire notre capacité à répondre aux besoins de la population au moment où elle a besoin de nous. »

Teresa, une ergothérapeute, dit : « Toutes ces coupures de ressources posent de gros défis d'organisation. Comment allons-nous combler les vides laissés par les coupures de poste dans les services de nos partenaires de terrain tels que les équipes des centres de santé et déjà maintenant les psychiatres du SAMU? C'est fou! » Peu à peu des gens commencent à réfléchir sur les liens entre cette crise, le quotidien de leur pratique et la réalité vécue par les destinataires. Gisele partage que :

Le risque est de passer notre colère suscitée par ces changements aux usagers. Mais d'un autre côté je crois que cette colère est légitime. Je crois que l'on ne doit pas trop se contrôler en rapport à elle. Qui paye le plus pour toutes ces chicanes et ces changements? Ce sont ceux qui vivent dans le « crack-land » de Campinas. Ceux sans aucun soutien. Enfin, je crois qu'il faut y aller lentement quand on aborde ces thèmes politiques et économiques avec eux. Je crois qu'on a la tendance naturelle à repasser cette colère et je ne suis pas sûr que ce soit bon pour eux.

Monica répond : « Cette colère n'est pas nouvelle du tout! On n'a pas de médecins ni de psychiatres ici au CAPS Maio depuis deux ans. Ça enrage tout le monde! Moi la première! »

Gisele précise son point de vue :

Je n'ai pas vraiment de solution devant cette impasse. C'est simplement un point sur lequel je crois que l'on doit se pencher collectivement, car les usagers sont déjà foutus et nous, on ne doit pas se présenter à eux comme les sauveurs ou comme des Mères Teresa, car nous ne le sommes pas. Et nous aurons encore moins les moyens de l'être dans un tel contexte. Comment on va vivre avec le poids de cette croix sur notre dos? Avec ce couteau à la gorge? Je crois que ça va être au jour le jour. Ça va être un travail d'équipe. Ça va être très très difficile. Qu'est-ce qu'un CAPS III sans psychiatre au SAMU?

Dans la foulée, un processus de remue-méninge se met en place autour des manières d'aborder la crise avec les destinataires et plus largement autour des moyens d'action collective pour contrer l'implantation de ce nouveau plan de santé mentale. Je sens aussi la fin prochaine de la rencontre dans le climat des échanges : le groupe est plus dissipé, les gens parlent entre eux, plusieurs critiques loufoques sont formulées en rapport aux propositions d'action formulées, ce qui suscitent plusieurs fous rires collectifs. Par exemple, Joseph explique : « J'ai proposé certaines actions de résistances à un CAPS du district 4 tels que d'arrêter de remplir les fiches d'évaluation des nouveaux usagers qui arrivent » Gisele lui demande : « Et, qu'est-ce que les personnes ont pensé? » Joseph : « Que j'étais complètement fou! » - rire collectif. Lorsque le rire se dissipe, Monica enchaîne :

Notre stratégie est de rendre la situation extrêmement claire pour les usagers. Il faut faire des grosses pancartes et les afficher partout au CAPS en utilisant un langage clair. Je veux même écrire le numéro de téléphone du Secrétaire municipal de santé en avant de la porte du genre : « Avis à tous les usagers insatisfaits : on est en réduction de services à cause des coupures issues des choix politiques de cette personne que vous pouvez rejoindre à ce numéro » - *rire collectif*.

Sur un ton plus sérieux Teresa explique que

Avec les participants de l'assemblée des usagers, on a réussi à construire un dialogue. Ils posent des questions, ils demandent, ils proposent la crise comme thème à l'ordre du jour. De plus, aujourd'hui, j'ai croisé Julio, un habitué de l'assemblée et il s'est excusé de n'avoir pu se rendre à la manifestation et au Conseil municipale de santé hier pour appuyer la cause. Je crois aussi que l'idée des affiches est très pertinente. Je pense aussi qu'il faut raviver cette vieille histoire d'inviter les usagers à participer et à investir davantage l'espace de l'assemblée. Ils doivent venir à l'assemblée pour construire avec nous.

Bernardo abonde dans ce sens et dit: « Ce matin, Madame Maria m'a demandé des nouvelles du nouveau plan de santé mentale. J'ai trouvé cela génial ! » Monica renchérit en disant qu'elle veut inviter un conseiller municipal qui siège sur la Commission d'accompagnement du plan de santé mentale à l'assemblée d'usagers. « L'idée est d'aborder avec lui le processus et les enjeux autour du nouveau plan afin que les usagers puissent mieux comprendre et qu'ils puissent prendre position » précise-t-elle. Janete propose pour sa part de varier les stratégies d'action, et ce, à différentes échelles :

Hier à la manifestation c'était génial d'observer l'agencement de la mobilisation entre les fonctionnaires publics de la santé et de l'éducation avec nous, de la santé mentale. On a pu rejoindre un grand nombre de personnes. Dans les médias, ils ont écrit qu'il y avait 2000 personnes à la manifestation. Le problème est que malgré cette grosse manifestation, malgré la salle bondée à l'assemblée du Conseil municipal de santé, malgré les nombreuses pancartes et même les quelques clowns qui décoraient la salle, malgré les nombreux commentaires de la salle qui s'opposaient au plan et à la privatisation de la santé mentale, le Secrétaire ne dérogea pas de sa position. La question reste à savoir, comment nous allons pouvoir le déstabiliser? Il y en a qui font de l'art dans la rue ; je crois que c'est une voie nécessaire à suivre. Il faut penser à des moyens de faire pressions sur le Secrétaire. Peut-être par l'entremise des médias? Peut-être en causant des impasses bureaucratiques? Il faut penser à plusieurs moyens d'action car si on pense à un seul ça ne fonctionnera pas. Il faut regrouper nos contacts, en parler à l'assemblée des usagers, oui ! S'ils sortent de leur assemblée avec des projets de pétition ou de lettre ouverte, accompagnons-les là-dedans!

Monica lance:

Il faut s'inspirer des nouvelles formes de manifestation des mouvements sociaux. Comment se nomme déjà le type de mobilisation spontanée ou les gens se retrouvent dans un point précis et commencent à danser? Vous savez quand les gens se mobilisent

et s'organisent sans qu'il n'y ait personne qui commande leurs actions collectives spontanées et souvent créatives aussi?

Bernardo répond ironiquement : « Ah ! Tu veux dire le fameux rhizome schizo-analytique immanent! » - rire collectif. Monica : « Ben non! Par exemple, hier au Conseil municipal de santé, il y avait une immense pancarte en avant de la table du président d'assemblée... Qui a fait la pancarte? On ne le sait pas trop! Mais, quand les gens la brandissaient tout le monde faisait « Boouuhh ! » » - Au moment où elle dit cela la majorité des gens autour du cercle répète le même bruit - « Boouuhh ! » - pour ensuite s'esclaffer de rire. « C'était vraiment génial ! » s'exclame Valery, une auxiliaire infirmière. Monica continue son explication :

Et là, quand il y avait des propos critiques et politiques plus intéressants, ils brandissaient une autre pancarte sur laquelle il était indiqué d'applaudir. Et personne ne sait qui a créé ces pancartes! C'est cela qui est génial ! Je trouve que c'est une action efficace symboliquement et politiquement parce qu'elle est anonyme.

Janete poursuit : « Je crois que l'on doit toujours avoir ce genre d'intervention anonyme qui crée d'autres situations. » Bernardo et Anita, tous deux psychologues, relatent d'autres gestes subversifs ayant eu lieu au cours de l'assemblée du Conseil municipal de santé d'hier. Bernardo : « Il fallait voir la face du Secrétaire quand une travailleuse a commencé à chanter une chanson de la manifestation au micro. Il avait l'air vraiment surpris! » - rire collectif. Anita : « Et que dire de la dame dans la salle qui criait au Secrétaire « Hey, chouchou? Arrête de regarder ton cellulaire et porte attention à ce qui se dit ! » - *rire collectif*.

Bernardo conclut la réunion en demandant si d'autres ont des points dont ils veulent discuter. Tout le monde est pourtant déjà debout en train de quitter. La rencontre se termine ainsi, dans un climat de rire et de complicité subversive, plus de quatre heures après avoir commencée.

La *roda* dure près d'une heure. Sur le plan de l'analyse, la discussion et les débats se font principalement entre quatre individus (sur un total de trente-trois) à savoir la coordinatrice Monica, le psychiatre Joseph et les psychologues Bernardo (aussi animateur de la réunion) et

Janete (aussi protagoniste de la Commission des travailleurs du Candido). Leurs débats concernent d'une part l'enjeu de la perte du modèle de gouvernance et de soins avec le nouveau plan de santé mentale. À ce sujet, il n'y a pas de consensus concernant les intérêts du Candido et du gouvernement derrière ce plan: sont-ils idéologiques, strictement financiers ou encore personnels? De plus, ces derniers critiquent vivement le processus de prise de décision entourant le vote du plan au Conseil municipal de santé. Ils semblent aussi sur la même longueur d'onde lorsque vient le temps de relever la pertinence de construire collectivement des actions créatives de résistance durant les assemblées du Conseil et les manifestations.

En plus de ces quatre protagonistes du débat, trois participantes expriment leurs opinions, soit les psychologues Gisele et Anita, ainsi que l'ergothérapeute Teresa. Deux professionnelles des soins infirmiers (Cassia, infirmière et Lucia, auxiliaire infirmière) prennent aussi la parole pour poser des questions d'éclaircissement. Dans le cas de Lucia, sa question confronte le groupe aux impacts imminents et concrets des coupures et des mises à pied sur la pratique quotidienne du CAPS Maio. Cette intervention constitue un moment charnière dans le déroulement. En effet, les échanges s'orientent dès lors vers l'analyse des liens entre cette crise, le quotidien de leur pratique et la réalité vécue par les destinataires. Parallèlement, émerge un processus de remue-méninge autour des manières d'aborder la crise avec les destinataires et plus largement autour des moyens d'actions collectifs pour contrer l'implantation de ce nouveau plan de santé mentale. Des actions concrètes sont aussi déterminées, comme la participation d'un conseiller municipal de santé à l'assemblée d'usagers et la participation à l'élaboration d'actions créatives pour s'opposer aux délibérations bancales dans les assemblées du Conseil municipal de santé ; le tout se déroulant dans un climat émotif et euphorique.

La réunion d'équipe du 31 mai

Cette rencontre a lieu au lendemain de l'assemblée extraordinaire du Conseil municipal de santé au cours de laquelle le nouveau plan de santé mentale a été voté et approuvé par les

conseillers municipaux de santé. Aujourd'hui, comme toutes les deux semaines, Roberta, la superviseuse institutionnelle anime la première partie de la réunion. L'équipe est invitée à choisir un cas ou une situation clinique qui pose des défis sur le plan de l'intervention, à le présenter à la superviseuse et puis à y réfléchir collectivement afin d'améliorer la clinique au CAPS. Une trentaine de personnes participent au débat, dont Monica, la coordonnatrice du CAPS, et Claudia, l'une des appuieurs institutionnels en santé mentale du district 3. Après quarante minutes d'échanges, Roberta pose la question suivante au groupe : « Pourquoi vous avez choisi ce cas aujourd'hui? » Anita, une psychologue, lui répond: « Parce que je crois qu'on est vraiment tanné et que l'on ne sait plus quoi faire avec cette personne. Même si on s'est parlé, concerté, on n'est jamais capable de déterminer clairement quoi faire comme intervention d'équipe. » Roberta enchaîne :

Je crois que le cas que vous avez choisi était difficile certes. Tu dis que tu es vraiment tannée avec ce cas et je crois que plusieurs ont la même impression et c'est pourquoi vous l'avez choisi. Et, ce que vous êtes à même de montrer comme difficile en rapport à ce cas, reflète aussi l'état d'âme de l'équipe. Ce n'est pas étonnant que vous ne supportiez plus du tout quelqu'un qui donne des coups de poing symboliques à l'équipe, puisqu'on s'entend que personne n'a été battu ici. Cette usagère vous menace de vous tuer, de tout briser, etc. Et vous, vous venez exprimer ici de vos sentiments face à ce mauvais traitement. Mais c'est peut-être aussi des abus et des souffrances qui ont cours dans le réseau entier dont il est question ici? Ce que je veux dire c'est que vous êtes déjà vraiment écœurés par la situation du réseau et, en plus, il faut que vous ayez de la patience pour cette personne qui vous menace constamment en disant qu'elle peut tout faire. Vous comprenez? Vous êtes maltraités par en haut et par en bas! Vos conditions de travailleurs actuelles nuisent-elles à votre tolérance envers les usagers? Ce n'est pas séparé! Les difficultés cliniques que vous vivez maintenant ne sont pas séparées de la conjoncture actuelle. Quand vous dites : je suis fatigué! C'est génial que vous puissiez réaliser que vous l'êtes, car vous êtes dans un contexte difficile. C'est une conjoncture qui fatigue tout le monde. C'est une situation de merde! Quelqu'un a dit tantôt : « Je n'ai pas les compétences ou je ne suis pas faite pour ce genre de cas. » Non! On est en train de faire de gros efforts pour améliorer la situation. On est là, dans la rue, pour résister et, tout d'un coup, arrive un usager qui nous rappelle notre vulnérabilité. Alors c'est très difficile pour vous de sortir de cette impasse. Vous devez énormément vous ajuster. Aujourd'hui nous allons militer pour défendre les droits à la santé pour tous et demain nous sommes menacés dans le quotidien de la clinique. Pensez une minute à ce que cette situation exige de vous sur le plan psychique... C'est difficile! Ce n'est vraiment pas une coïncidence que vous ayez choisi ce cas-là je crois. C'est une période où l'on doit garder nos énergies, se chicaner le moins possible. Notre réseau va maintenant nous donner beaucoup plus de travail. Je crois que cela va créer des symptômes dans l'équipe, des gens vont être de mauvaise humeur. On devra prendre soin des uns et des autres afin de pouvoir continuer à travailler ensemble. Et espérons que nous allons survivre et

passer au travers. Parce que ça va être pire! Alors, il faut diminuer nos attentes et attendre de voir ce qui va arriver en février lorsque le nouveau gouvernement élu sera au pouvoir. J'aimerais néanmoins avoir des commentaires de votre part au sujet de l'assemblée du Conseil municipal de santé. Par-delà la mobilisation politique, les victoires relatives et tout cela...

Son intervention est suivie d'un long silence de neuf secondes. C'est Claudia, l'appuyeuse institutionnelle, qui le rompt:

Je suis vraiment tannée! Je serai la prochaine mise à pied. Je suis jetée en dehors du bateau! En réalité, j'aimerais simplement vous parler d'une chose... Rien ne sera plus comme avant! Alors, à partir de maintenant, nous initions une nouvelle période de construction collective. Premièrement, nous devons garder notre calme et deuxièmement nous devons reconnaître et avoir confiance en ce que nous avons créé collectivement jusqu'à maintenant. Bien que je sois à l'appui institutionnel, mon regard sur le réseau est teinté par mon expérience de psychologue dans un CAPS-III pendant plusieurs années. Ce qu'on a réussi collectivement durant toutes ces années c'est rien de moins que la transformation de la relation avec les personnes vulnérables du territoire. Avec la création de nos services de santé mentale dans le territoire, la personne vient vers nous à partir de son territoire, de sa communauté, de son milieu de vie ce qui fait une grande différence au moment de la crise psychique. Ça fait toute la différence! Ça fait toute la différence dans le processus de construction du lien de confiance et du traitement avec la personne quand, dès la première crise, elle est accueillie dans un CAPS-III de son territoire. Ça fait vraiment une différence! Vous savez cela parce que vous travaillez ici et vous percevez cela dans votre pratique de tous les jours. Malgré de nombreux aléas, Campinas a réussi à construire un projet de santé mentale fantastique! On doit être très fière de ce que l'on est en train de faire! On doit voir et sentir que nous sommes dans le bon chemin. Que notre chemin est juste. Et maintenant, nous allons devoir avoir beaucoup de résilience, beaucoup de patience, beaucoup de fermeté ainsi qu'une forte cohésion afin de protéger nos acquis, afin de limiter les dommages du démantèlement actuel et afin de minimalement se rendre jusqu'à la fin de l'année. Ensuite, il s'agira de voir ce qui arrive avec le processus électoral qui commence dans quelques mois et qui se conclura par des élections en octobre. Parce que si nous n'avons pas cette force collective et cohésive, cette patience que requière le travail en réseau... Si nous ne réussissons pas à « supporter » tout cela - je crois que c'est le mot - alors nous ne réussirons pas à « supporter » la pluie de nouvelles demandes de santé mentale que vous recevrez au CAPS et qui étaient antérieurement traitées par les centres de santé de première ligne, que ce soit par les nouveaux suivis ou par des longues et interminables conversations téléphoniques, qui nous attendent. Enfin si le projet de réforme psychiatrique n'est pas clair pour nous et si on n'arrive pas à supporter cela, le réseau va se démanteler très rapidement. Et puis, le fait que le nouveau plan de santé ait été voté par le Conseil municipal de santé hier est très ambigu. Je ne sais pas si l'on doit s'en réjouir ou bien pleurer. Je crois plutôt que nous sommes en train de « supporter » tout cela en tentant de garantir la survie de certaines choses. Je crois que nous sommes dans

un moment très difficile. Vraiment difficile! Je crois que nous allons devoir faire plusieurs *rodas* au sein du district 3 pour trouver comment on va s'opposer à certains de ces changements. Alors voilà, je crois que ce que nous pouvions discuter aujourd'hui c'était cela et il faut voir ce qui va arriver et qu'est-ce qui va s'organiser par la suite. Nous avons établi une date pour un CTSM-D3 ce mois-ci. Je vais vous envoyer l'invitation par courriel. Je crois qu'il est important d'avoir une présence représentative des CAPS et des services de première ligne pour que l'on puisse bien discuter de comment on va s'organiser maintenant. Qu'est-ce qu'on va faire? Comment on va le faire? Etc. Penser ensemble les stratégies de résilience et aussi de luttes...

Monica réagit à ces propos :

Il faut faire attention au sujet de la résilience, parce que c'est ça que le gouvernement veut : que l'on s'adapte au démantèlement du réseau. Je crois que le gouvernement est fasciste. Un fascisme de la pire espèce. Par exemple, le Secrétaire qui prend son cellulaire durant l'assemblée du Conseil municipal de santé au moment où des citoyens sont en train de parler de leur vision et de leur souffrance. Je crois aussi que le mouvement de mobilisation a été original. Cela a porté fruit et cela a surtout montré que nous ne sommes pas à la merci de leurs décisions. Malgré le fait que c'est en partie le cas, on leur a montré que nous tenons à la vie aussi, que nous sommes vivants, qu'on a du désir, sinon on ne se serait pas ici tout le monde réuni maintenant autour de cette *roda*.

Gisele, une psychologue, exprime son besoin de clarifier les choses :

Est-ce que quelqu'un pourrait synthétiser le fil des événements, car j'ai essayé de comprendre un peu avec d'autres collègues, mais je crois que je ne comprends rien. Je ne sais pas trop quel genre de plan on a approuvé hier au Conseil municipal de santé. Bon, c'est vrai que je suis arrivée tard mais, bon je crois que c'était très confus aussi.

Ce commentaire suscite un rire collectif. Claudia explique alors le cours des événements:

Les conseillers ont voté en faveur d'un plan de santé mentale avec un budget de 4,38 millions pour un an qui pourra être prolongé pour cinq ans tout dépendant du gouvernement qui sera élu en octobre. Dans ce plan, tous les CAPS-III voient leur budgets maintenus et non bonifiés. Les appuieurs institutionnels de santé mentale, comme moi, seront mis à pied, et deux postes de gérants du plan se diviseront les cinq districts. Les employés de santé mentale du SAMU, comme les psychiatres, sont aussi mis à pied. Ces postes font partie de la controverse à savoir s'il y aura des concours publics pour les remplacer et aussi quand auront lieu ces concours publics. Alors voilà, c'est un moment où le légalisme et le pragmatisme économique deviennent plus important que le bon sens! Plusieurs personnes comme moi ont déjà reçu leur lettre d'avis. Plusieurs travailleurs sont avec le couteau à la gorge. Il faut se mobiliser pour

essayer d'arrêter ce processus de démantèlement. Bien qu'il y ait 1308 mises à pied, 500 concours publics sont prévus en septembre. Ça c'est une victoire de nos mobilisations! Sauf qu'en septembre, parce que c'est une année électorale, ces nouveaux employés pourront entrer en fonction 70 jours après l'arrivée au pouvoir du nouveau gouvernement. Ça veut dire qu'ils commenceront dans huit mois seulement. Donc de juin à janvier, il y aura un gros trou dans les services. C'est ça le cœur du problème. Personne en poste avant huit mois.

Ces propos suscitent plusieurs commentaires dispersés. Anita, une psychologue, prend la parole :

Il me semble qu'au début de l'année le Conseil municipal de santé a voté une proposition du SMS qui stipulait qu'il y aurait autant de concours publics que de mises à pied. Il n'y a donc rien eu! À qui on a recours quand une proposition du Secrétaire a été soumise et approuvée au Conseil et que rien n'est finalement mis en place? Il y a un problème avec la structure entière! On se sent comme des clowns parce que tu vas au Conseil, tu débats, tu votes et après rien! C'est vraiment odieux!

Janete, une psychologue et protagoniste de la Commission des travailleurs du Candido, réagit aux propos d'Anita :

Je crois que tout dépend de la haute gestion du Secrétariat municipal de santé. C'est elle qui décide d'exécuter ce qui a été voté ou non. Je crois toutefois qu'il y a eu un avancement hier parce qu'on a collectivement attribué de la légitimité au Conseil municipal de santé. Du moins, par nos actions créatives transversales et transgressives... Et ça, ça aide à négocier dans d'autres espaces ensuite.

Anita lui répond : « Mais, je croyais que parce qu'on vote pour la création de nouveaux postes et de nouveaux concours publics, je croyais que le Secrétariat municipal de santé était obligé de la faire selon la loi de la participation sociale. » Beaucoup de conversations parallèles prennent forme dans la foulée. C'est toutefois Janete qui reprend la parole :

Je crois que nous devons garder en tête qu'il n'y a pas seulement les actions au Conseil municipal de santé qui nous permettent de changer les choses. Il y a eu plus de 300 personnes dans la rue qui ont bloqué l'autoroute pour se rendre à l'assemblée du Conseil hier. Cela a une signification vraiment importante.

Claudia, l'appuyeuse, abonde dans le sens de Janete :

Je dois vous dire la vérité: s'il n'y avait pas eu de mobilisation comme il y a eu, les directions de district n'auraient pas pu négocier le maintien de certains postes clés durant cette transition terrible. Je n'ai aucun doute là-dessus! La mobilisation de tous a joué un rôle fondamental. Cette mobilisation et les *rodas* qu'elle a produites ont eu et continue d'avoir une grande force politique.

Janete continue sur cette lancée :

Je crois que nous allons devoir continuer de discuter en *rodas* et voir comment on fait pour construire ensemble parce qu'il n'y a encore rien de garanti. J'aimerais aussi que les gens du CAPS Maio soient protagonistes pour expliquer et faire valoir le système d'analyse et de cogestion auprès du gouvernement et de la population. Pourquoi ce modèle? Pourquoi la réforme psychiatrique? Pourquoi le travail en réseau? Pourquoi c'est important de maintenir le SAMU, les services de première ligne, etc. Enfin, je crois qu'il faut penser à des stratégies pour rendre public ce que l'on crée ici. Je crois que la Commission des travailleurs du Candido peut servir à voir ensemble comment systématiser tout cela.

Claudia poursuit :

C'est exactement cela Janete! Il faut continuer la mobilisation, maintenir la discussion avec les destinataires et discuter avec la population ce que nous sommes en train de proposer. Parce que si on ne fait pas cela, on sera complètement détruit. Il y a plusieurs services qui vont fermer et il faut organiser des pétitions auprès de la population pour essayer de le maintenir en vie. En plus, un enjeu grave est en train de frapper aux portes de notre réseau de services, à savoir, la judiciarisation des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale ainsi que des utilisateurs de drogues. Par exemple, un jeune usager du CAPS pour enfant a frappé l'auto d'un coiffeur qui a son salon à côté du CAPS. Le coiffeur a commencé à faire signer une pétition dans le quartier pour retirer le CAPS de là car, il prétend que sa clientèle a peur des jeunes. Et les médias appuient souvent ce genre d'initiative. Alors c'est cela notre réalité quotidienne. Avec toute cette pression pour la déstructuration du réseau, si on ne réussit pas à agir collectivement et à démontrer la richesse de notre travail, on est foutus!

Roberta, la superviseure, interrompt cette lancée pour dire un dernier mot avant de quitter:

Je voudrais dire une dernière chose avant de m'en aller, car je dois vous quitter maintenant. On est en train de discuter de moyens de pression et d'action portée en justice et bien je suis impliquée dans une démarche pour faire pression sur les gouvernements étatique et fédéral afin que ceux-ci puissent faire de la pression à leur

tour sur notre gouvernement municipal afin qu'il n'y ait pas de rupture aussi radicale dans les services durant la prochaine année. Demain, je participerai à une rencontre à l'UNICAMP avec le président de l'Association brésilienne de santé collective pour discuter de cela. Je suis aussi en train de faire pression sur le Département de santé collective de l'UNICAMP afin qu'il prenne une position officielle en rapport à cette crise. Alors c'est une invitation pour la rencontre de demain avec l'Association brésilienne! C'est ouvert à tous. C'est à midi et demi.

Dans un même ordre d'idées, Monica souligne qu'« il faut viser tous les espaces possibles. Par exemple, moi, demain, je serai dans une rencontre de l'Association brésilienne de santé mentale et nous allons faire une motion en rapport à cette crise. C'est ça s'opposer au fascisme! Il faut se mobiliser par toutes les voies de contournement possibles » Alicia, une psychologue, souligne pour sa part :

Je veux amener certaines informations car, je crois aussi que l'on ne peut pas séparer la clinique et la politique. Ce matin, il y a eu une manifestation. La participation était beaucoup moins importante qu'hier lors du Conseil municipal de santé. Et les personnes présentes étaient aussi très fatiguées. On a alors voulu trouver comment – malgré tout cela – on pouvait continuer d'avancer parce que parfois, si on reste là à ne rien faire, c'est pire. Alors a surgi l'idée de faire une activité intersectorielle qui aurait lieu soit mardi ou mercredi prochain. Cette discussion permettrait de réfléchir à certaines questions comme : Pourquoi faut-il un réseau public de santé mentale dans la ville? Comment expliquer qu'il est dans cet état lamentable? Qu'est-ce qui arrive avec l'intervention psychosociale aujourd'hui? Pourquoi il est important de maintenir des liens de confiance au quotidien dans le réseau?, etc. Des collègues du CAPS Maio et moi voulons ainsi ressortir quelques lignes directrices de cet événement. Il s'agit d'une rencontre qui nous permettrait de continuer de construire des choses ensemble et qui nous permettrait de cibler et d'affirmer certains principes. Si on réussit à écrire un document avec des orientations par exemple, cette rencontre permettrait aussi peut-être de légitimer notre projet de réseau de santé mentale de première ligne auprès d'instances gouvernementales. C'est donc une invitation!

Janete complète :

On veut diviser la rencontre en différents axes thématiques tels que la clinique, le contexte social, etc. pour mieux comprendre notre projet ainsi que l'histoire du réseau de santé mentale et du Candido. Ça permettrait aussi d'écouter ce que les usagers et les travailleurs pensent de ce projet et de cette histoire commune. On a pensé à une conférence d'ouverture avec certaines personnes de l'UNICAMP et là on a pensé à toi Roberta.

Roberta : « Oh ! Ehh... Ok, c'est bon! » Gisele exprime son enthousiasme en rapport à cette proposition :

Je trouve l'idée excellente! Je trouve aussi beau que le CAPS Maio et le mouvement de résistance qui traverse tout le réseau essaient de perdurer malgré par-delà la crise et qu'il soit proactif dans la construction de propositions qui innovent. Je veux dire que le mouvement ne se contente pas d'aller dans la rue, de manifester et de faire du bruit, mais qu'il va aussi chercher à ressembler différentes personnes pour qu'elles prennent connaissance les unes des autres pour échanger, discuter des enjeux de fond. C'est le retour des *rodas*! C'est génial! Je veux participer.

Lorsqu'elle finit de parler, un gros gâteau arrive. Tout le monde réagit par un « Wowww! ». Au même moment, la superviseure quitte. Les gens commencent à se lever. S'en suit une pause de vingt minutes durant laquelle on mange cet énorme gâteau cofinancé par les participants de la réunion d'équipe pour souligner le départ de Teresa en congé de maternité.

En bref, cette *roda* occupe le tiers du temps et des échanges au cours de la première partie de la réunion d'équipe. C'est la superviseure institutionnelle (Roberta) qui ouvre l'espace pour aborder l'enjeu de la crise. Cet espace est aussitôt rempli par l'appuyeuse institutionnelle en santé mentale qui en profite pour faire un bilan de la situation, répondre aux questions des participants et pour exprimer son point de vue critique et personnelle sur les défis qui attendent le réseau tout en saluant au passage l'apport et la richesse de la mobilisation collectives dans cette lutte. C'est aussi l'occasion pour la coordinatrice et pour trois psychologues (Janete, Gisele et Anita), de critiquer la portée démocratique réelle des assemblées du Conseil municipal de santé, tout en relevant le potentiel subversif des actions créatives qui sont menées avant, durant et après les dernières assemblées. Toutes les personnes qui prennent la parole semblent d'accord à propos de l'importance et de la pertinence de continuer de mener des moyens de pression variés afin de sensibiliser la population et les différents paliers de gouvernement aux bienfaits de la réforme psychiatrique, du système d'analyse et de cogestion ainsi que de leur pratiques quotidiennes au sein du réseau local de santé mentale. À ce sujet, la superviseure et la coordinatrice invitent tout le monde à participer à des activités avec d'autres acteurs du milieu académique. En bref, c'est sensiblement les

même participantes qui prennent la parole, qui affirment leur point de vue et qui proposent des actions.

Après la pause festive, le groupe enchaîne avec la seconde partie de la rencontre pour encore une heure. Ce jour-là, il n'y a pas d'animateur attitré. Chacun présente son point selon un ordre établi par la secrétaire de la rencontre, Clarice, une adjointe administrative. On commence en abordant le point intitulé : « Mobilisation du CAPS durant la crise, Comment on s'organise? ». Ce point est proposé puis présenté par Janete :

Les fonctionnaires publics continuent leur grève et les travailleurs du Candido continuent à se mobiliser. À ce sujet, des travailleurs du centre de santé voisin veulent qu'on se joigne à eux pour aller manifester demain devant les édifices du Ministère fédéral de la santé. Je n'ai pas plus de détails pour le moment, je suis vraiment fatiguée. Mais je vais tout de même aller à cette mobilisation. Je dois souligner aussi que la Commission des travailleurs du Candido est maintenant très épuisée après toute la mobilisation des dernières semaines. Alors elle ne pourra pas être aussi active en occupant la ligne de front comme elle l'a fait dans les événements précédents. Qu'est-ce que vous en pensez?

Cette présentation produit un long débat autour de l'organisation du travail advenant le cas où le groupe décide de participer à cette manifestation aux côtés du centre de santé demain. Qui va rester au service et qui va se rendre à la manifestation et pourquoi? Gislei, une infirmière, ouvre le débat par le commentaire suivant : « Je pense qu'il faut mobiliser toutes nos forces maintenant. D'un autre côté, si on gèle les services du CAPS encore quelques jours, on court le risque que, dans les prochains jours, des usagers soient dans un état plus critique. » Sofia, une travailleuse sociale propose une solution à l'impasse présentée par Gislei : « Ma suggestion est que même si on décide de participer à la manifestation, l'on fasse venir Adriano et Natalia puisque qu'ils sont maintenant dans un état fragile. Au lieu de leur dire de ne pas venir au CAPS, on pourrait, par exemple, leur proposer de s'impliquer avec nous dans la mobilisation? » Anita soulève un autre élément de l'organisation des services quotidienne à prendre en compte avant de prendre cette décision : « Si on décide de participer à la

manifestation demain, il faut aussi s'organiser pour annuler la fête des anniversaires du mois prévue demain¹⁷⁶. On pourrait la reporter à lundi? » Janete lui répond : « Oui, mais lundi, il y a l'assemblée des usagers, on n'aura pas le temps d'organiser cette fête en plus, je crois. » Valery, une auxiliaire infirmière donne aussi son avis sur cette même question :

Il faut annuler la fête et surtout bien leur expliquer pourquoi on l'annule. C'est vraiment important qu'ils comprennent. Parce que si nous continuons de faire les choses normalement, on n'aura aucun moyen de sensibiliser les autres. Alors on leur dit il n'y a pas de gâteau, pas de fête à cause de la situation actuelle. Ça va être vraiment dommage pour eux, mais c'est notre manière de lutter. Pour eux, c'est aussi très important de nous aider dans cette lutte. C'est une cause pour eux. C'est presque leur cause en fait!

Anita réagit à cet avis : « Oui, mais si on organise la fête, on pourrait aussi sensibiliser tous les usagers qui y participent autour d'une *roda* par exemple. » Lucia, une auxiliaire infirmière donne aussi son avis sur cette question : « Je suis d'accord avec Valery et Gislei, il ne faut pas laisser passer cette occasion. » Valery complète son idée :

C'est très difficile d'imaginer Adriano, seul dans sa maison, enfermé. C'est très dur! On pourrait parler un peu avec sa sœur pour expliquer pourquoi cela arrive et quelle est la situation du réseau qui nous amène à faire cela. Je crois néanmoins que les familles et les usagers ont besoin de sentir l'ampleur des impacts du démantèlement des services dans leur expérience quotidienne pour se mobiliser.

Sofia répète sa proposition autrement : « Je crois qu'on devrait amener Adriano à la manifestation demain. Demain matin, il y aura huit personnes en poste au CAPS. Quatre restent ici et quatre vont avec Adriano à la manif. Ou bien on le garde ici? » Autour d'Alicia, psychologue, de donner son avis : « Je suis divisée en rapport à l'idée d'amener des usagers plus « intensifs » avec nous là-bas. » Gislei insiste : « Mais on en a parlé avec eux en assemblée, ils sont au courant. Ou bien on met le paquet, ou bien on ne fait rien du tout! » Janete apporte alors des précisions concernant Adriano : « J'ai déjà appelé sa sœur en lui expliquant la situation de la crise et tout. Je crois que dans son cas se serait important qu'il

¹⁷⁶ Chaque mois le CAPS Maio organise une fête pour tous les destinataires dont l'anniversaire a lieu au cours du mois.

vienne demain. Ça fait quelques jours qu'elle m'explique qu'elle est complètement épuisée. » Monica, la coordinatrice, se prononce à son tour :

Adriano vient avec nous, je suis d'accord pour que l'on fasse un *shift* renforcé demain. Tous les usagers le savent, nos services sont réduits au strict minimum pour quatre jours à cause des manifestations. Ce *shift* renforcé est nécessaire aussi pour continuer de recevoir des gens à l'accueil. C'est génial que l'on aille à la mobilisation à l'Hôtel de ville demain! Il faut aussi clairement établir qui va rester ici et qui va y aller.

Des participants essayent d'établir qui resteront au service et qui se rendront à la manifestation. Après quelques minutes de discussions Anita s'exclame : « Je me demande alors est-ce que l'on veut vraiment aller à cette manifestation? Parce que j'ai l'impression que tout le monde veut rester au CAPS demain...? » Alicia est du même avis. Janete n'approuve pas : « Je crois que c'est important qu'on s'organise pour y être. Je trouve que ce serait dommage de boycotter cette manifestation que nos collègues du centre de santé ont organisée. On organisera sans doute des choses dans notre quartier et ce serait bien qu'ils se joignent à nous. » Alicia interroge alors : « Bon, qui y va demain alors? Personne ne répond? » Silence de trois secondes. Gislei le brise : « Mais là, on est en train de s'organiser pour libérer des gens pour la manifestation, mais personne ne va y aller ! » - rire collectif. Cristina, une technicienne en pharmacie réagit à ces propos : « S'il faut que je sois là-bas, j'y vais! Si vous avez besoin de moi ici, je reste ici. » Leandro, un infirmier partage à son tour : « Je crois qu'il faut y aller! » Monica lance alors :

Je crois au travail collectif! Je crois que la première chose pour lequel on peut se mobiliser c'est en rapport à l'organisation du travail entre nous. Alors Anita, quand tu dis qu'on n'a pas envie c'est plutôt que l'on se demande au fond si notre présence à la manifestation est légitime. La légitimité, ça commence par s'organiser entre nous pour que le service fonctionne en même temps que nous participons à cette manifestation. C'est un exercice nécessaire, d'abord pour la réforme psychiatrique!

Au cours de cette seconde partie de la réunion, la majorité des personnes présentes prennent la parole pour donner leur avis sur la participation ou non à une manifestation organisée par le centre de santé voisin et sur comment ils organiseront le travail quotidien afin de libérer des travailleurs pour y participer. Ils sont conscients que leur décision aura des impacts sur les

destinataires. Certains ne veulent en aucun cas affecter la continuité des services alors que d'autres sont convaincus que c'est une bonne manière de les sensibiliser à cette cause qui, à leur avis, les concernent directement. Le groupe est d'accord sur l'importance de bien informer les destinataires advenant le cas où ils décideraient de participer à la manifestation, que ce soit par la création d'affiches, par des échanges au quotidien ou en abordant la situation à l'assemblée d'usagers. Ils expriment plusieurs doutes au sujet des objectifs et de la légitimité de leur participation à cette manifestation. Un consensus se dégage finalement sur l'importance de s'y joindre tout en maintenant les services essentiels aux destinataires.

Le lendemain, comme décidé collectivement par des travailleurs et la coordinatrice lors de la réunion d'équipe, huit professionnels du CAPS (une infirmière, deux ergothérapeutes, deux psychologues, trois techniciennes en soin infirmier) se retrouvent devant l'hôtel de ville pour participer à la manifestation organisée par le centre de santé voisin. Cinq autres personnes du CAPS se joignent à eux en cours de route (trois destinataires, un psychologue et un auxiliaire infirmière). Toutes ces personnes se regroupent en cercle en attendant le début de la marche. Claudine, une psychologue d'un autre centre de santé du district 3 et aussi protagoniste de la Commission des travailleurs du Candido, se joint au groupe quelques minutes plus tard. Une discussion émerge alors au sujet des raisons de leur présence, de l'état actuel de la mobilisation, du sens de celle-ci et des formes d'implication encore possible. Gislei, une infirmière du CAPS Maio, explique à Claudine pourquoi autant d'individus de son CAPS sont ici :

Une notice est arrivée au moment où on était dans notre réunion d'équipe, à propos de l'invitation à se mobiliser pour venir et appuyer le centre de santé. Il y avait Monica notre coordinatrice et Claudia de l'appui. On a convenu en équipe qu'on allait vous appuyer alors on est là. Janete était dans la réunion et elle a dit que les filles à la tête du mouvement étaient fatiguées et n'arrivent plus à continuer à faire autant d'actions. L'équipe a alors décidé de venir aujourd'hui pour donner un appui, pour soutenir. Mais on a aussi convenu que l'on ne prendrait pas les devants dans ce mouvement.

Claudine lui répond :

Je crois que c'est important de se parler, de rester en contact et de ne pas sombrer dans le désespoir, car le désespoir leur sert plus qu'à nous. Il faut continuer de se parler aussi pour coordonner nos actions parce que, dans le désespoir, on commence à se chicaner. Il faut aussi s'organiser entre nous pour être ici et pour maximiser nos énergies. Vous êtes en train de manquer du travail, comme moi. J'ai été obligé d'annuler un rendez-vous avec un usager pour être ici et je vais devoir le reprendre plus tard. C'est génial, je crois, puisque les personnes commencent à réaliser qu'elles peuvent sortir dans la rue et occuper la rue et ça, c'est important. Parce que les gens peuvent avoir peur de se mobiliser et de sortir dans la rue.

Gislei informe le groupe que d'autres gens du CAPS Maio sont sur le point d'arriver. Claudine partage pour sa part que des travailleurs et des destinataires de deux autres CAPS sont aussi sur le point d'arriver. Elle propose que les personnes réunies ici maintenant appellent ceux des autres CAPS et des autres centres de santé pour les inciter à venir : « Pour ma part, je ne peux plus téléphoner car je viens de dépenser plus de 600 réal de frais de cellulaire depuis les débuts de cette mobilisation. À chaque action de mobilisation, il faut appeler, se présenter, expliquer... C'est vraiment beaucoup de travail», avoue Claudine. Veronica, une technicienne en soin infirmier du CAPS Maio, commence à faire des téléphones pendant que les échanges continuent.

Une dizaine d'autres travailleurs, ainsi que cinq destinataires de différents services du réseau de santé mentale, se joignent à la *roda*. Le groupe parle des lettres d'avis que des travailleurs ont déjà reçues, ainsi que des impacts de ces mises à pied sur les services. Certains posent des questions et demandent des précisions sur le cours des événements. Quels sont les impacts de ce qui a été voté lors de l'assemblée du Conseil municipal de santé? Qui est derrière ces mises à pied massives? D'autres travailleurs, plus impliqués et plus au fait des enjeux, répondent à leurs questions et précisent la situation¹⁷⁷.

¹⁷⁷ Par exemple, Raquel, une technicienne en soins infirmier du CAPS Maio, demande au groupe si le Secrétaire municipal de santé va tenir compte de la motion votée en même temps que le nouveau plan de santé mentale afin de garantir l'emploi des gens mises à pied jusqu'au début des nouveaux concours publics. Janete, une psychologue du CAPS Maio et protagoniste de la Commission des travailleurs du Candido, lui répond que le gouvernement

Un débat commence ensuite au sujet des stratégies à adopter en rapport aux coupures de postes. Selon des protagonistes de la Commission des travailleurs du Candido comme Janete et Claudine, les impacts négatifs sur la population peuvent être réduits si le gouvernement prolonge les contrats des personnes mises à pied de huit mois en attendant l'entrée en fonction des personnes embauchées via les prochains concours publics. Elles veulent donc continuer de lutter, mais cette fois pour le prolongement des contrats de travail et pour l'augmentation du nombre de postes à ce prochain concours public, afin qu'il soit égal au nombre de personnes mises à pied maintenant. Des travailleurs directement menacés par ces mises à pied et aussi très épuisés, s'opposent à cette nouvelle vague de luttes. Ils préfèrent se retirer du réseau de santé mentale et ainsi toucher à leur prime de départ¹⁷⁸.

Marion, une destinataire du CAPS Maio qui vient de se joindre au groupe, lance d'entrée de jeu : « On le sait bien c'est le gouvernement qui nous utilise tous comme des marionnettes : les travailleurs, les gestionnaires et surtout les usagers. On est tous des marionnettes pour eux! » Claudine réagit en s'exclamant : « Mais c'est cela! Faisons de grosses marionnettes pour aller les mettre dans leur bureau. » Marion enchaine : « Oui, c'est vrai c'est pour cela que l'on se promène avec des marionnettes dans la rue! » - rire collectif. Janete s'exclame : « Hey

municipal semble ignorer une telle motion puisque les travailleurs continuent de recevoir leur lettre d'avis. Malgré tout, selon elle : « La mobilisation autour des deux dernières assemblée du Conseil municipal de santé a tout de même créé une onde de choc au sein du gouvernement, ce n'est pas un espace inutile, car les conseillers font des pressions constantes sur le Secrétaire de santé et sur le Candido. Mais celui qui peut réellement dénoncer les actions de ce gouvernement municipal maintenant c'est le Ministère fédéral de la santé (MS). C'est pourquoi on fait des actions auprès du MS comme envoyer des lettres et aller manifester devant leurs bureaux tantôt. » Claudine enchaine: « Ce que l'on doit se rappeler c'est que les décisions prises au Conseil municipal de santé sont davantage des décisions politiques. Cela ne veut pas dire qu'elles vont avoir lieu. C'est ce qui arrive maintenant! C'est pour cela que les mises à pied continuent. Le Secrétaire de santé a dit aux médias qu'il a essayé d'arrêter les mises à pied, mais que, pour des motifs bureaucratiques et économiques, ils devront avoir lieu. On doit faire le bordel maintenant pour sortir à la première page du journal. Ce n'est pas facile car le journal de la ville est détenu par les mêmes personnes que celles qui nous dirigent. Il faut penser aussi à de la mobilisation locale dans nos centres de santé, dans nos CAPS, dans les terminus d'autobus. Il faut aussi appeler nos contacts, imprimer des pamphlets... ».

¹⁷⁸ Selon le code du travail brésilien, tout employeur qui met à pied un travailleur doit lui donner un avis de trois mois avant la fin du contrat. Si le travailleur accepte cette fin de contrat durant cette période, il reçoit une prime de départ correspondant à la valeur de trois mois de salaire.

Marion! C'est génial que tu te joignes à nous! Tu es venue en autobus? » Marion répond par l'affirmative. Ana, une psychologue d'un centre de santé du district 4 questionne alors le groupe du CAPS Maio sur les moyens par lesquels les destinataires de leurs services réussissent à participer aux manifestations. Raquel, répond en premier : « À notre CAPS, on leur en parle. Moi j'étais au CAPS ce matin, et je les ai informés qu'il y avait une mobilisation devant l'Hôtel de ville ce matin. Il y avait très peu d'usagers aussi, parce qu'ils savent que les services sont restreints aujourd'hui au CAPS puisque nous sommes ici justement. » Janete enchaîne : « Ce sont toujours les mêmes qui viennent! À la dernière manifestation, huit se sont joints à nous. Ils sont peu, en fait. Parfois, aucun transport n'est prévu au CAPS pour faciliter leur venue. » Gislei précise que : « les usagers ont une passe d'autobus mensuelle offerte par le CAPS pour assurer leur déplacement. Cette passe est un service de la municipalité géré par le CAPS. » Janete souligne à ce sujet qu' : « en principe, ce ne sont pas tous les usagers qui y ont droit. Seulement ceux qui ont un diagnostic de schizophrénie, mais nous, au CAPS Maio, on donne la passe à tout le monde! » Gislei lance alors: «Le CAPS le fait à tout le monde, comme si tout le monde avait la schizophrénie. » Raquel dit, le sourire aux lèvres : « Eh oui! C'est vraiment absurde, mais c'est ce que nous avons trouvé de plus cohérent comme astuce. » - gros rire collectif. Les propos de Marta, une ergothérapeute du CAPS Maio, sont les derniers formulés autour de cette *roda* : « Il faut bien cibler où l'on va mettre nos énergies pour ne pas tirer partout et être fragilisés. C'est mieux de se concentrer sur la manifestation de maintenant.» Les personnes réunies commencent peu à peu à se disperser pour se joindre à la marche qui commence déjà.

Cette *roda* spontanée permet la rencontre entre des travailleurs et des destinataires du CAPS Maio et ceux d'autres services du réseau de santé mentale directement menacés par les mises à pied comme les centres de santé. Les échanges qui y prennent forme sont caractérisés par un partage d'informations des protagonistes de la Commission des travailleurs du Candido comme Claudine et Janete vers les travailleurs et les destinataires moins au fait de la situation et des enjeux de la crise. Des travailleurs du CAPS Maio sont au centre des échanges de la *roda*. Ils exposent les buts de leur présence ici et leurs stratégies de mobilisation. Par la suite, les échanges se tournent vers un débat qui touche l'ensemble des travailleurs soit celui des

objectifs de la lutte actuelle et de la poursuite ou non de celle-ci. Ce débat se conclut sur un consensus à propos de l'importance de continuer cette délibération lors d'une prochaine assemblée de la Commission. Parmi les vingt-deux travailleurs composant la *roda*, l'on retrouve cinq destinataires. Leur participation demeure secondaire. En effet, seule Marion du CAPS Maio prend la parole. Son intervention suscite d'ailleurs une réflexion collective sur les stratégies de mobilisation des destinataires du CAPS Maio ainsi que sur leurs modes de déplacement d'une manifestation à l'autre.

Éléments de synthèse

Les *rodas* émergeant du dispositif institué de la réunion d'équipe permettent à plusieurs participants de parfaire leur compréhension du contexte social, politique et économique plus large. Les pratiques varient d'une rencontre à l'autre tout en s'intensifiant dans une forme de *crescendo* avant de s'éteindre complètement. Le thème de la crise prend de plus en plus de place dans les discussions et entre un nombre de plus en plus élevé de participants d'une rencontre à l'autre. Les analyses et les réflexions s'approfondissent et les stratégies d'action pour s'opposer à la crise sont de plus en plus débattues et mènent à des actions extérieures telles que la participation à des manifestations et à des rencontres avec des associations universitaires (Associations brésiliennes de santé collective et de santé mentale), ainsi que la création d'une activité de réflexion sur la réforme psychiatrique et le réseau de santé mentale de Campinas.

Le thème de la crise émerge d'abord sous la forme d'un point à l'ordre du jour au cours de la deuxième partie de la réunion d'équipe du 17 mai. Au cours de cette rencontre la *roda* se limite à un partage d'informations de la part de représentants à la réunion du Collectif de travailleurs en santé mentale du district 3. Le 24 mai, au tour de la coordinatrice du CAPS de présenter les principaux enjeux liés aux coupures et aux mises à pied intégrés au nouveau plan de santé mentale. Après sa présentation, le groupe débat de ces enjeux pendant près d'une heure. Seule, les propos d'une auxiliaire infirmière (Lucia) sur l'impact concret de la crise

dans sa pratique, permettent de réfléchir collectivement au rapport entre la crise et la réalité vécue par les destinataires du CAPS.

La *roda* émergeant lors de la première partie de la réunion du 31 mai est marquée par la participation de l'appuyeuse de santé mentale du district 3 ainsi que par celle de la superviseuse institutionnelle du CAPS. Cette dernière fait émerger un débat collectif sur les liens entre le contexte de la crise et la pratique quotidienne. À son départ, durant la deuxième partie de la rencontre, l'ensemble des individus autour de la *roda* prennent la parole à propos d'une décision pratique sur la participation ou non du CAPS à une manifestation organisée par un centre de santé du district 3. Ce processus de délibération collective, tout comme la décision qui en découle, mènent des travailleurs et des destinataires à participer à une autre manifestation au cours de laquelle émerge une autre *roda*. Cette dernière ouvre un espace au sein duquel une destinataire du CAPS Maio s'exprime aux côtés des travailleurs de différents services du réseau.

Néanmoins, les débats critiques autour des enjeux de la crise ainsi que l'élaboration de stratégies et de moyens d'action au cours de ces quatre *rodas* ont principalement lieu entre des gestionnaires et des psychologues. Certains deviennent même des protagonistes de la mobilisation à l'échelle municipale. En effet, deux d'entre eux sont au cœur de l'organisation d'une activité de réflexion à laquelle participent des gestionnaires, des travailleurs, des destinataires et des membres de leur famille pour réfléchir sur la politique publique en amont du réseau de santé mentale. Ce rassemblement constitue une première action qui mène, quelques mois plus tard, à une autre vague de mobilisations dénommée « Résiste Campinas », au cours de laquelle des individus défendent le projet de démocratisation véhiculé par le réseau local de santé mentale.

Les rodas émergeant au sein d'assemblées d'usagers du CAPS

Maio

L'assemblée d'usagers est un espace collectif de partage d'information et de prise de décision au sein des CAPS. Dans la loi de la réforme psychiatrique, elle est conçue comme un levier de mobilisation permettant aux destinataires et à leur famille de s'organiser entre eux et dans leur communauté (MS, 2004). En 2001, le Secrétaire municipal de santé de Campinas va plus loin en intégrant cet espace à son système d'analyse et de cogestion. Le gouvernement municipal lui attribue ainsi une fonction officielle de cogestion de l'organisation des services de santé mentale au sein du réseau de la ville.

Au CAPS Maio, les assemblées d'usagers sont organisées par cinq professionnels de la santé (trois psychologues, deux ergothérapeutes et une infirmière). Les vingt et une assemblées observées sont toutes animées par l'un ou l'autre de ces professionnels. Durant la rencontre, l'animateur se charge aussi de l'écriture du procès-verbal dans un cahier spécifiquement pour l'assemblée d'usagers.

Quelques minutes avant le début de l'assemblée, qui a lieu tous les lundis à 11h, l'animateur invite les destinataires à se rendre à la grande salle du CAPS où aura lieu la rencontre. Avec les premiers participants arrivés, ils placent une vingtaine de chaises en cercle. Vers 11h et lorsqu'une quinzaine de destinataires sont assis autour du cercle, l'animateur commence la rencontre en demandant si quelqu'un d'entre eux a un point à mettre à l'ordre du jour.

Une vingtaine de personnes participent à ces rencontres hebdomadaires d'une durée d'une heure soit dix à quinze destinataires, trois à cinq travailleurs, ainsi que la coordinatrice du CAPS. Parmi les destinataires, la moitié participe en s'asseyant autour du cercle et l'autre moitié participe d'une manière plus « périphérique ». Par exemple, un participant arrive à

l'assemblée d'usagers, s'assoit, reste assis quelques minutes, puis s'en va et revient quelques minutes plus tard pour repartir de nouveau un instant après. D'autres marchent autour et parfois à travers le cercle durant toute la durée de l'assemblée. D'autres encore restent debout et éloignés du cercle en faisant des bruits, en chantant, en pensant tout haut ou en faisant d'autres tâches ayant parfois des liens avec le contenu des échanges de l'assemblée. Je décris maintenant le déroulement de trois assemblées au sein desquelles émergent des *rodas*.

L'assemblée d'usagers du 21 mai

C'est lors de l'assemblée d'usagers du 21 mai que le thème de la crise constitue, pour la première fois, un point à l'ordre du jour. Ce sujet est proposé par l'animateur de cette rencontre, le psychologue Bernardo. Ce dernier résume la situation en exposant les faits: une grève du secteur public, des mises à pied massives de travailleurs du Candido, un nouveau plan de santé mentale qui doit être voté au Conseil municipal de santé avec un budget réduit de près 30% en rapport à ce qui a été prévu et souhaité au cours de la consultation populaire. Voici comment Bernardo introduit ce thème:

Nilda¹⁷⁹ vient de dire à quel point le CAPS lui fait du bien. Je crois qu'il est important de savoir que, si nous ne luttons pas, les services reçus au CAPS pourraient empirer. Ils veulent empirer les choses. On ne peut pas les laisser faire! C'est pourquoi il est important que nous allions aux manifestations. Avant, il n'y avait pas beaucoup de gens qui voulaient que l'asile soit aboli, mais ces personnes se sont réunies et ont joint leurs forces jusqu'à en arriver à changer la situation. Maintenant, on vit une situation plus ou moins semblable. Des gens pensent que l'État n'a pas à dépenser de l'argent public pour la santé mentale et qu'on n'a pas besoin de CAPS, qu'on n'a pas besoin de services qui prennent soin des personnes comme celles-là. C'est pour cela qu'il faut se regrouper en plus de se féliciter et de fêter nos réussites quotidiennes. Il faut lutter pour que les choses s'améliorent.

Suite à cette présentation, les destinataires qui prennent la parole continuent à discuter du point précédent, au sujet de la qualité de la nourriture, comme si de rien n'était. Seul le chant

¹⁷⁹ Une destinataire du CAPS Maio.

répétitif de Jonas, un destinataire situé au fond de la salle loin du cercle de chaises, fait écho aux propos de l'animateur. Il catonne les mots suivants à répétition: « Le peuple uni jamais ne sera vaincu! », et ce, du moment où Bernardo termine son point jusqu'à la fin de la rencontre en marchant de long en large de la salle.

À la fin de la rencontre, Bernardo revient sur la situation du réseau de santé mentale.

Aujourd'hui, je crois que nous sommes devant une lutte que tout le monde doit mener. Il y a certes une lutte contre la mise à pied des travailleurs. Mais il faut parler de la lutte pour autre chose aussi. Par exemple, quand ils disent qu'ils veulent retirer 30% du budget de la santé mentale cela signifie ne plus pouvoir acheter de la bonne nourriture et même devoir fermer des services essentiels. Alors, ça vous touche directement et ça touche tout le monde... C'est la famille qui attend longtemps à l'urgence pour se faire dire qu'il n'y a finalement personne pour la rencontrer, c'est le SAMU la nuit qui n'est plus là quand les personnes en ont besoin, c'est le professionnel de santé mentale qui n'est plus au Centre de santé. Ça touche tout le monde! C'est pour cela qu'il faut regrouper nos forces. Si non, ça va continuer de déperir. Alors voilà! Donc, nous pouvons terminer l'assemblée maintenant? L'invitation est lancée pour le Conseil municipal de santé de mercredi soir et si vous voulez aller à la manifestation avant on va organiser un petit groupe qui part du CAPS.

Autrement dit, Bernardo termine son point en informant les destinataires que des employés du CAPS offrent de transporter dans leurs voitures ceux d'entre eux désirant participer aux prochaines manifestations et aux prochaines assemblées du Conseil municipal de santé. La réunion se termine sur cette invitation à participer à de telles activités politiques. Le thème de la crise n'est donc pas collectivement analysé, ni débattu, cette fois.

L'assemblée d'usagers du 28 mai

Lors de l'assemblée du 28 mai, Monica, la coordinatrice du CAPS Maio, a invité Jovani, un conseiller municipal, représentant de la commission des usagers du Candido et membre de la

famille d'un destinataire du CAPS¹⁸⁰, à venir discuter du nouveau plan de santé mentale. Cela a d'ailleurs été convenu lors de la réunion d'équipe. Avant l'arrivée tardive de Jovani, les quatre travailleurs présents décident d'initier la discussion sur ce thème avec les dix-sept destinataires assis en cercle et les cinq destinataires périphériques. Gislei, une infirmière, se propose de faire un compte-rendu de la situation actuelle. Au moment de commencer, Jonas, un des cinq destinataires périphériques qui déambulent autour du cercle, s'exclame de vive voix : « On est foutus ! ». Gislei intervient en l'invitant à venir s'asseoir avec les autres pour écouter le compte-rendu qu'elle va faire de la crise du réseau et, s'il préfère rester plus loin, elle l'invite à rester silencieux afin que les autres puissent bien écouter. Nilda, une destinataire assise, l'invite aussi à se joindre au groupe. Il ne s'y joint pas et écoute plutôt à distance, assis au fond de la salle.

Cassia, une ergothérapeute, et Alicia, une psychologue, enchaînent avec d'autres précisions à propos de la situation dépeinte par Gislei. Après la présentation de Gislei, complétée par Alicia et Cassia, des destinataires posent des questions d'éclaircissement auxquelles les travailleurs et la coordinatrice répondent. Isabela, une destinataire, s'interroge : « Les personnes du CAPS sont embauchées par le Candido? Est-ce qu'ils sont aussi menacés par les coupures? Ils vont être mis à la porte? » Teresa, une ergothérapeute, lui répond :

Dans les faits, aucun travailleur du CAPS Maio ne sera mis à pied. On se mobilise plutôt parce qu'il y aura sûrement des coupures de 30% du budget en santé mentale et des mise à pied dans notre réseau, parmi les gens avec lesquels on travaille tous les jours. Et, dans ce contexte, on ne peut pas avoir de certitude... Peut-être que le gouvernement va annoncer bientôt des mises à pied au sein de l'équipe de notre CAPS aussi...

Nilda demande alors une précision : « Comment ils vont faire les coupures de 30%? » Monica, la coordinatrice, lui répond : « Ils couperont dans tous les services dont Gislei et Alicia ont parlé. SAMU, SADA, les équipes de santé mentale de première ligne des centres de santé. » Teresa complète : « Même si il n'y pas de perte directe en termes d'employés au CAPS, on va

¹⁸⁰ Jovani participe aussi à l'organisation et l'animation du Sommet de santé mentale du 3 mai (se référer à la section 3 du chapitre 4).

sentir ces coupures. Vous aussi, vous allez les sentir. Par exemple, lorsque vous irez au centre de santé, l'équipe de santé mentale ne sera plus là pour vous ». Gislei précise à son tour : « Ceux qui devraient aller vers des services de première ligne vont être orientés vers le CAPS. Et, par exemple, si vous aviez un suivi avec Teresa, elle devra recevoir dix à quinze personnes de plus, ce qui réduira sa disponibilité pour vous. Donc, tout le monde va être touché. »

D'autres destinataires partagent ensuite leurs opinions. Nina : « Mais ils ne peuvent pas faire cela! Nous devons nous plaindre! » Gislei lui répond : « C'est pour cela qu'il faut s'unir maintenant Nina. » Roberto, destinataire, s'exclame à son tour : « Aahhaah élection, ehahah élection, ehahhe élection ! Il faut profiter des élections pour chialer. » Pour sa part, Isabela souligne : « On se préoccupe des coupures. En fait, ça va vous affecter et ça va nous affecter aussi, même si vous ne perdrez pas votre emploi. ». Cassia lui répond :

C'est pour cela que tout le monde doit savoir ce qui se passe maintenant. On va vous passer l'adresse de la manifestation et de l'assemblée du Conseil municipal de santé de mercredi, car je crois que c'est vraiment important que vous soyez tous présents. Le plus on sera, le mieux ce sera! Vous pouvez amener vos amis et votre famille aussi.

Jovani arrive au même moment. Gislei le présente au groupe et demande à chaque participant de faire de même. Ce dernier prend ensuite la parole en précisant qu'il est ici pour parler d'un point qui concerne directement tout le monde ici :

Nous sommes dans une crise très sérieuse. La situation de la santé mentale aujourd'hui est très difficile. Hier on a eu une réunion entre les conseillers municipaux de la santé pour discuter du nouveau plan de santé mentale. On a vu qu'avec ce nouveau plan, ils sont en train d'essayer de privatiser le réseau de santé mentale. Ça nous a amené à discuter de la privatisation des services aussi, car ces enjeux sont maintenant liés. C'est donc important qu'autant les usagers, leur familles que les travailleurs soient attentifs et qu'on se mobilise pour que cela n'arrive pas. Et c'est encore plus difficile car nous sommes dans une année électorale. C'est pourquoi il faut adhérer à cette mobilisation avec le plus d'intensité possible.

Jovani s'adresse alors à Monica, la coordinatrice du CAPS: « Toi qui travaille dans le réseau de santé mentale depuis longtemps, comment crois-tu que l'on résout une telle crise? » Elle répond :

C'est une immense bassesse! En fait, tout dépend des décisions du cabinet du Secrétaire municipal de santé et pas des nôtres. C'est compliqué! 1300 personnes vont être mises à pied. Vous imaginez? C'est cela qu'il faut dénoncer! Et le Candido sert de passerelles pour privatiser le réseau. Ça aussi il faut le dénoncer! Je crois que l'on doit aussi dénoncer le nouveau plan puisqu'il n'inclut pas les psychiatres du SAMU, pas les appuyeurs institutionnels et pas non plus les équipes de première ligne dans les centres de santé.. Si il n'y pas de manifestation, il n'y aura plus de services de santé mentale dans cette ville. C'est aussi simple que cela! On a déjà perdu 20 professionnels de santé mentale dans notre district et le CAPS va sans doute être le prochain.

Jovani affirme alors:

Peut-être qu'une fois de plus, comme conseiller, je vais devoir voter contre ce nouveau plan de santé mentale. C'est important que la population se mobilise pour contrer cela. Vous avez vu le Secrétaire de santé lors de la dernière assemblée du Conseil municipal de santé? Avec son arrogance, son regard fixé sur son cellulaire pendant qu'on lui parle? Il ne nous écoute même pas! Comment le Ministère fédéral de la santé peut accepter cela?

Joao, un destinataire, se joint à la *roda*, une demi-heure après le commencement de l'assemblée. En s'assoyant autour du cercle, il s'exclame : « J'arrive maintenant. Je vais participer un peu! » Jovani continue comme si de rien était:

Je ne sais pas trop quoi faire. Je sais que ce gouvernement municipal est inadéquat dans la gestion publique en santé. Je crois qu'il faut faire une grande manifestation avant l'assemblée du conseil de mercredi. Vous avez vu? Ils ont changé le lieu de la prochaine assemblée pour limiter la mobilisation. Ils ne veulent plus de troubles près de l'hôtel de ville. C'est une manière de désarticuler la participation. C'est pour cela qu'il change le lieu! Ça va être dans les locaux du syndicat des dentistes, dans un endroit éloigné de tout.

Joao interroge alors Jovani : « Je peux savoir qui vous êtes? Vous êtes ici pour défendre le CAPS? » Jovani lui répond :

On doit le défendre n'est-ce pas? Je suis un membre de la famille d'un usager du CAPS voisin. Je viens ici pour vous dire que je suis aussi pris que vous dans ce contexte de crise. Et malheureusement, nous sommes dans une année électorale. Les gouvernants ne font que des promesses, ils font comme si ils allaient résoudre quelque chose. Or, je crois qu'ils vont avoir des problèmes à faire approuver ce nouveau plan de santé mentale par nous, les conseillers, les citoyens. On n'a même pas encore reçu toutes les prévisions budgétaires pourtant exigées par la loi fédérale sur la participation sociale à quiconque

soumet un projet au Conseil municipal de santé. Si on ne les reçoit pas d'ici mercredi, il va y avoir des problèmes.

Roberto, un destinataire, rappelle de nouveau : « Mais, mais, mais c'est un période d'élection, d'élection! On n'est pas en élection bientôt ? En élection? » Jovani continue comme si Roberto n'avait pas parlé :

Ça fait 13 ans que je suis conseiller et militant de santé et, chaque année, je suis témoin d'un recul dans les politiques publiques de santé. Je viens d'une communauté où il n'y a même pas de local pour les services de santé, les gens sont parfois accueillis dehors, des rats peuvent passer et tout et la situation ne change pas. Et ça fait 13 ans que je nous débattons pour que ça change et qu'est-ce qui arrive? Ça devient pire! Le Conseil municipal de santé est quand même là pour faire des revendications, pour mener vos revendications locales, pour les présenter au Secrétaire de santé et pour renforcer vos luttes. Le problème est que si on ne s'organise pas, ça fonctionne de la manière que le gouvernement le veut. Plus on est désorganisé et plus il nous gouverne! Vous avez d'autres choses à dire?

Gislei s'adresse ensuite au groupe : « Alors on vous invite à inviter vos amis, votre famille et à parler aux autres collègues du CAPS de la tenue de cette manifestation et de cette assemblée importante de mercredi. » Elle leur partage l'adresse du lieu de l'assemblée et souligne que celle-ci serait aussi affichée à l'entrée du CAPS. Jovani demande des précisions au sujet de la mobilité des destinataires : « Je sais que c'est très difficile de mobiliser les personnes ici. Ils doivent sortir de l'argent de leur portefeuille pour prendre l'autobus et se rendre à une manifestation à l'autre bout de la ville. Comment vous faites? Vous donnez un billet d'autobus? » Monica lui précise : « Ils ont droit à une passe de transport gratuite par l'entremise du CAPS. »

Jonas, qui est assis au fond de la salle depuis le début de la rencontre, se lève et commença à parler fort en marchant autour du cercle : « L'Hôtel de ville est à tout le monde! Ils essaient de nous avoir, mais ils ne gagneront pas ! L'Hôtel de ville est à tout le monde! Ils doivent entrer dans la *roda*. Avez-vous vu ce qu'ils m'ont fait? Tout le monde doit voir ce qu'ils m'ont fait ! » Après avoir dit ces mots, il passe et repasse autour et au milieu du cercle. Jovani reprend la parole en faisant fi, une fois de plus, des propos du destinataire:

Qui aurait cru que le grand réseau que nous avons construit allait être à ce point détruit! Et le Secrétaire municipal de santé n'a pas vraiment de réponse pour justifier toutes ces coupures. On va lui redemander à la prochaine assemblée du CMS. La ville investit si peu. L'argent en santé mentale ici vient principalement du fédéral.

Joao, un destinataire, réagit : « C'est plein de corrompus, encore une fois! Et Lula¹⁸¹ est bon. Ici, on fait le détournement de son argent! Dilma¹⁸² n'est même pas au courant de cela! Il faut lui dire! » Teresa décide alors de clore la discussion en soulignant : « Donc, comme vous le voyez, la situation est très grave et elle affecte tout le monde. C'est donc important que vous participiez aux *rodas*, aux manifestations et aux prochaines assemblées du Conseil municipal de santé. Et surtout, n'oubliez pas d'en parler aux gens autour de vous et de les inviter à venir avec vous. »

In fine, les échanges au cours de cette *roda* ont surtout lieu entre l'invité de l'assemblée d'usagers, la coordinatrice et quatre autres professionnels. Ils sont tous outrés devant les coupures qui accompagneront le nouveau plan de santé mentale. Ils insistent sur l'importance de la participation de tous pour lutter contre ces coupures et contre la privatisation des services. Certains d'entre eux proposent des moyens d'actions aux destinataires: s'informer de la situation, informer et inviter ses proches à participer avec eux aux rencontres, aux manifestations et aux *rodas*. Les quelques commentaires des destinataires – qu'ils soient situés au sein et en dehors du cercle - consistent à exprimer leur étonnement, leurs inquiétudes ou leur mécontentement en rapport aux coupures que ce soit par des mots ou par des chants. Certains demandent aussi des précisions à propos de la crise. Deux destinataires proposent même des stratégies d'action inusitées : Jonas veut inviter les gouvernants à se joindre à leur *roda* et Joao veut même informer Dilma, la présidente du pays, de leur réalité locale. Or, ces propositions n'ont pas trouvé d'écho dans la *roda*.

¹⁸¹ Président du Brésil de 2002 à 2006 et de 2006 à 2010.

¹⁸² Présidente du Brésil de 2010 à 2014 et de 2014 à 2016. Son deuxième mandat s'est terminé par un processus de mise en accusation (*impeachment*).

L'assemblée d'usagers du 4 juin

L'assemblée du 4 juin regroupe dix-sept destinataires (dont quatre participants périphériques) la coordinatrice du CAPS, quatre professionnels de la santé et une préposée à l'entretien ménager. Bernardo, psychologue, se propose comme animateur de la rencontre. Il invite les participants à proposer des points à l'ordre du jour. Alicia, psychologue, propose un point d'éclaircissement sur le nouveau plan de santé mentale qui vient d'être voté ainsi que de ses impacts sur le CAPS. Ce point figure en quatrième place sur les six points à discuter aujourd'hui. Ce point a été abordé sans respecter l'ordre du jour, au moment où Vera, une destinataire, pose une question en rapport à ce thème au tout début de l'assemblée. Dès que l'animateur ouvre l'assemblée avec le point concernant une sortie à la plage, Vera fait le commentaire suivant : « La situation est horrible avec ce qui arrive à la municipalité. Je ne reçois pas assez d'informations. Tout ce que je sais c'est que la camionnette du CAPS vient moins souvent me chercher pour venir ici. » Bernardo se tourne alors vers le groupe : « Quelqu'un pourrait nous expliquer ce qui arrive avec le nouveau plan de santé mentale et la municipalité? » Vera s'exprime juste après lui : « Et le médecin? Il est ici? » Bernardo lui répond : « Oui alors, cela a tout à voir avec ce dont on parle! Cette question a tout à voir avec les enjeux du nouveau plan de santé mentale. » Vera enchaîne: « Mais dit nous Bernardo ! Qu'est-ce qui est en train de se passer à la ville? » Bernardo s'exclame alors: « Je parle trop, je veux laisser les autres expliquer. » Alicia, une psychologue, relance alors le groupe : « Quelqu'un sait ce qui est arrivé, pourquoi nous avons fait la grève quelques jours ici et tout? Quelles informations arrivent jusqu'à vous? » Vera s'exclame en guise de réponse : « Rien! On ne reçoit aucune information nous! » Monica, la coordinatrice de CAPS, lui demande des précisions : « Comment as-tu appris que la situation à la ville était mauvaise comme tu as mentionné au début? » Vera lui répond : « Quelqu'un me l'a raconté ! » Monica la relança : « Qui te la raconté ? » Vera précise : « Renata ! » (Une technicienne en soins infirmiers du CAPS). Alicia et Bernardo s'exclament en chœur : « Donc, tu as reçu l'information ! »

Vera acquiesce : « C'est vrai! J'ai reçu des informations de la part de Renata.» Monica veut en savoir plus : « Qu'est-ce qu'elle t'a dit? » Vera lui répond : « Elle a dit qu'il n'y plus de transport de disponible au CAPS que la municipalité est en grève. » Milena, une préposée à l'entretien ménager, précise que : « La grève des fonctionnaires publics est terminée depuis vendredi. » Vera s'étonne ensuite et formule une autre préoccupation personnelle : « Elle est terminée? Moi, je voudrais parler de l'atelier de radio aussi. Comment je vais pouvoir me rendre à l'atelier de radio maintenant? » Bernardo, qui est son intervenant de référence, recadre son intervention : « On va voir cela après l'assemblée d'accord? »

Renata, une technicienne en soins infirmiers, revient avec le thème de la crise du réseau : « On va plutôt continuer avec ce dont on parlait avant. On était en train de parler de la grève du CAPS qui a eu lieu durant trois jours la semaine dernière. » Vera la coupe : « Oui, sur toute la confusion! » Bernardo poursuit :

Ce que Vera veut savoir concernant la « confusion » qu'il y a eu et qu'il continue d'y avoir à la ville, peut-être que les gens qui ont participé aux manifestations et aux assemblée du Conseil municipal de santé peuvent nous aider à expliquer le contexte et les enjeux des coupures et des luttes dans le réseau? Tout le monde est au courant qu'il y a des mises à pied et des coupures financières importantes? Celles-ci ont d'ailleurs un lien direct avec le fait qu'il n'y ait pas de psychiatre disponible pour vous maintenant.

Vera répond: « C'est le maire qui est en train de nous voler. Monsieur le grand voleur! Ahahahah! » Mika, une psychologue, souligne alors :

La grève des fonctionnaires publics vient de se terminer comme nous a dit Milena, mais il y a encore plusieurs problèmes non résolus en ce qui concernent les travailleurs du Candido. Je crois qu'Alicia devrait nous situer les enjeux comme elle voulait le faire. En fin, je crois que c'est une situation très grave que nous vivons maintenant. Je crois que vous en avez déjà discuté dans les rencontres précédentes. Je crois aussi que certains d'entre vous sont allés aux manifestations comme Juliano. N'est-ce pas Juliano?

Juliano, un destinataire, répond à la question de Mika en expliquant qu'il s'est rendu à l'adresse de l'assemblée du Conseil municipal de santé telle qu'affichée sur la porte du CAPS. Or, parce que les organisateurs du Conseil ont changé le lieu de la rencontre le jour même de

l'assemblée, il n'a pas pu recevoir l'information à temps et s'est donc rendu au mauvais endroit.

Comme proposé par Mika, Alicia fait un compte-rendu des derniers jours. Tout de suite après, Jonas, un destinataire qui marche de long en large, commence à chanter « Nous allons conquérir ! » (Bis x 10) en continuant sa marche autour du cercle. Mika complète ensuite les propos d'Alicia.

Pendant que Mika parle, Jonas va remplir une cruche d'eau pour ensuite arroser l'arbre présent au centre de la salle où a lieu la rencontre. Ivane, une destinataire, s'exclame dans la foulée : « Qui est le plus puissant du monde? C'est qui? C'est Dieu! Il a mis trois choses sur notre chemin, la médecine, la justice, la loi. Dieu est puissant. » Mika, psychologue, réagit à ses propos : « Ce que tu es en train de dire Ivane, est important, c'est même un point de revendication dans cette lutte. Toi, comme toutes les personnes de la ville d'ailleurs, avez besoin de services de santé. Le point principal des revendications est justement celui-là, de pouvoir offrir des services de santé à tous. »

Ivane répond : « Jésus est ressuscité alors il peut faire venir des médecins dans notre réseau. » Alicia fait écho à ses propos : « Oui, en ce sens Ivane, on réalise que seuls, on ne peut pas couvrir l'ensemble des besoins qui vont surgir. Ce que Mika essaie d'expliquer c'est que l'on est en train de se demander comment on va faire pour répondre aux besoins de la population dans ce contexte? »

Ivane souligne alors : « L'attention que vous me donnez, c'est ce dont j'ai besoin pour aller mieux. Et je prie pour que cette attention soit toujours là pour moi. » Au même moment, Jonas recommence à chanter, mais cette fois en disant « Avec Dieu, nous allons pouvoir conquérir » (bis x 3) toujours en marchant de long en large de la salle tout près du cercle. Bernardo résume et relance le groupe :

Ivane nous parle de comment, parfois, il y a des choses qui nous échappent et sur lesquelles on n'a pas de contrôle et ensuite elle prie pour que les choses s'améliorent. Je crois que chacun peut faire ce qu'il croit être le mieux pour que les choses s'améliorent et, à partir de là, on essaie de joindre nos forces pour agir et changer la réalité puisqu'il y a certaines choses que nous pouvons transformer ensemble. Alors la grève que nous avons ici c'est exactement pour cela, pour essayer de changer et d'améliorer les choses. Ça se peut aussi que les choses ne changent pas même si l'on s'est mobilisé. Il est possible qu'il n'y ait plus jamais de psychiatres au SAMU, que personne ne remplace les psychologues et les ergothérapeutes des services de première ligne en santé mentale. Dans ce contexte, il faut se demander comment on va s'organiser alors? Il va falloir que les gens qui travaillent au CAPS, les familles et les usagers fassent des *rodas* pour discuter de comment on va s'organiser. Tout en manifestant, il faut aussi trouver comment s'organiser ensemble.

Ivane lui rappelle qu' : « Avec l'amour, on peut tout faire ! Sans l'amour, on ne peut rien faire ! Qui est l'amour? C'est Dieu! » Monica, la coordinatrice, réagit au commentaire d'Ivane:

Il faut aussi être très pratique! L'équipe du CAPS ne réussira pas à répondre à toutes les demandes qui vont surgir avec la fin des services de première ligne et sans psychiatres au SAMU... [Vera l'interrompt : « Il faut avoir des pensées positives ! » Monica continue ...] Et nous devons certes nous manifester contre cela. L'équipe du CAPS va se retrouver sans équipe de santé mentale de première ligne et sans psychiatres au SAMU. Pour moi, cette situation est dramatique! Il va falloir aller cogner aux portes, distribuer des dépliants pour informer la population de ce problème grave. Mercredi dernier, des travailleurs, des gestionnaires, des familles et des usagers sont allés en grand nombre au Conseil municipal de santé. C'est ce dont Alicia a parlé. Durant le Conseil, nous avons fait une demande pour que cette décision ne soit pas maintenue et que les travailleurs mis à pied restent jusqu'au moment où leurs postes soient occupés par de nouveaux travailleurs embauchés par de nouveaux concours publics. Nos services au CAPS sont maintenus pour un an mais, c'est certain que nous ne réussirons pas à travailler seul. C'est impossible! Alors j'aimerais consolider cette *roda* pour qu'elle permette de faire circuler l'information et de mobiliser les familles aussi. Je vous invite à partager ces nouvelles difficiles dans vos réseaux, entre vous. Pour vrai, parlez à votre famille à vos proches que ce sera très très difficile pour nous de travailler seuls. Aujourd'hui, c'est déjà une réalité! Il n'y a déjà plus de psychiatre au SAMU, il n'y a plus de psychologue et plus d'ergothérapeute dans les services de première ligne des centres de santé voisins. Ce n'est pas pour se décourager, mais pour être bien au fait de ce qui est en train d'arriver.

Bernardo complète:

Cette situation est très difficile à comprendre pour ceux qui ne sont pas déjà passés par le CAPS. Mais, par exemple, vous pouvez dire à votre cousin que si quelqu'un de votre famille est en crise, il n'y aura personne pour prendre soin de lui au centre de santé de son quartier. Il devra se rendre directement au CAPS, et ce, par ses propres moyens puisque le SAMU ne dispose plus des ressources humaines pour venir le chercher à la maison et l'amener jusqu'ici. Alors si le voisin entre en crise un samedi à 3h du matin. Il est trop mal pour être conduit au CAPS par ses proches, s'il en a d'ailleurs, il se trouve devant une impasse n'est-ce pas? Tout comme son entourage!

Ses propos suscitent plusieurs réactions inaudibles de la part de destinataires. Vera se lance de plus belle : « Ce n'est pas beau! » Mika lui répond : « En effet ! La situation est très grave! Nos équipes vont être surchargées! » Ivane enchaîne : « Il faut lutter! Rien n'est impossible! Tout est possible ! » Elle joint ses mains en signe de prière et ses deux voisines de chaise se joignent à elle dans ce même mouvement. Monica commente leur geste et poursuit avec son analyse de la situation actuelle et des actions possibles pour y faire face:

C'est génial que tu croies au pouvoir de ta foi! Et les travailleurs ne peuvent pas être responsabilisés pour tout ce bordel! Les quelques cinquante travailleurs du CAPS Maio vont devoir prendre soin des besoins en santé mentale de plus de 125 000 personnes du territoire seul maintenant! Il y a des choses qui sont difficiles depuis très longtemps, comme l'entretien des lieux. Dans les circonstances, c'est encore plus vrai. Il faut faire encore plus attention à notre espace physique, car on n'a plus un sou pour le maintien de l'édifice. Il faut aussi discuter constamment avec l'équipe du CAPS. Questionner pourquoi? Plus on discutera, et plus on aura la possibilité d'éclaircir la situation en cours de route. Parce que la situation va s'aggraver! Par exemple, si vous allez à la pâtisserie ou ailleurs pour informer les gens de ce qui est en train d'arriver, c'est déjà très bien.

Quatre destinataires réagissent aux propos de Monica en même temps, sans que l'on comprenne ce qu'ils disent. Au même moment, Ivane se lève de sa chaise et s'assoit au pied de l'arbre situé au fond de la salle. Joao, un destinataire, se joint au cercle au même moment et s'exclame: « Je viens d'arriver qu'est-ce qui s'est décidé là-bas au Conseil municipal de santé? » Bernardo, l'animateur de la rencontre, lui fait un résumé. Vera, une destinataire partage ensuite qu' « il allait falloir prier beaucoup. La situation est terrible, parce que si une personne entre en crise, comme moi... Et s'il me manque de médicaments? Est-ce que ça va arriver? » Bernardo lui répond : « Je ne sais pas! Selon le gouvernement, semblerait-il que

non. » Vera pose une seconde question: « Et qu'est-ce qui arrive avec mon transport pour la radio, Bernardo? » Bernardo répond en recadrant encore : « Après on en parlera, Vera! Après! Ça c'est un thème à discuter en individuel, pas besoin que ce soit ici en groupe. » Alicia, une psychologue, oriente de nouveau les échanges vers les pistes d'action: « Je crois que c'est un moment pour s'unir et se soutenir entre nous. Les gens ont déjà commencé à recevoir leurs lettres d'avis. La situation est très grave et on doit s'unir ! » Vera s'étonne: « Mais, je n'ai pas reçu de lettre moi! » Alicia lui répond: « Ce n'est que parmi les gens qui travaillent dans le réseau, Vera » Vera poursuit: « On doit lutter et aller dire au maire qu'il ne peut pas mettre à la porte les conducteurs qui nous transportent à la radio, parce que ceux qui ont besoin d'eux, c'est ceux qui ne sont pas capable de prendre l'autobus tous seuls, comme moi! Moi j'ai trop peur de prendre l'autobus toute seule ! » Joao, un destinataire, exprime aussi son inquiétude : « Un jour, je vais venir ici et il n'y aura plus personne! » Vera continue sur sa lancée: « Si je vais à la mairie, je vais me battre! » Monica, la coordinatrice, propose alors d'autres moyens d'actions possibles : « Une bonne manière de se battre est de venir souvent à l'assemblée d'usagers, de poser des questions à l'équipe et de proposer d'aider l'équipe. Je crois que ce sera très difficile et nous allons avoir besoin de travailler ensemble. » Vera s'exclame: « C'est vraiment horrible, cette situation. » Monica réagit : « On ne peut pas se démobiliser, car c'est exactement ce que le gouvernement veut. » La rencontre se termine sur ces paroles.

La *roda* qui émerge de cette assemblée est marquée par une plus grande participation des destinataires. Comme dans les autres *rodas*, leurs interventions prend la forme de questionnements et de demandes d'éclaircissement dirigés exclusivement vers les travailleurs. Une minorité s'exprime directement en rapport à la crise, que ce soit par des mots, par des chants ou par des gestes, comme la prière. D'autres réagissent de manière inaudible.

Pour prendre part à la *roda*, les destinataires semblent devoir prendre la parole au sein du cercle. À ce sujet, la place que Vera et Ivane prennent dans les échanges est remarquable. Toutes deux expriment leurs inquiétudes, leurs questionnements ainsi que leurs visions de la crise et des moyens pour agir sur elle au moment où elle le décide. D'une part, Vera veut

comprendre ce qui arrive. Elle souhaite aussi s'assurer de recevoir les services de transport auxquels elle a droit malgré tout. Ce qui l'inquiète surtout, c'est ce qu'elle vit au quotidien. Elle veut ainsi savoir si les coupures vont nuire à sa participation à l'atelier de radio du CAPS. Pour sa part, Ivane exprime sa foi et comment celle-ci peut devenir une alliée dans la lutte pour avoir accès à l'amour et aux soins des professionnels de santé du CAPS. Tour à tour, les interventions de ces deux destinataires se situent au centre de la *roda*. Les travailleurs s'ouvrent tant bien que mal à leurs propos, en leur donnant un sens et en faisant des liens avec la crise actuelle.

Éléments de synthèse

Le thème de la crise est amené pour la première fois au sein de l'assemblée d'usagers par l'animateur de la rencontre du 21 mai. Au cours des deux rencontres suivantes, des *rodas* émergent en laissant une place de plus en plus grande aux destinataires. Ce n'est pourtant que lors de la rencontre du 4 juin que ceux-ci prennent une place significative au sein de la *roda*, que ce soit par la parole ou par d'autres formes d'expressions.

Les *rodas* émergeant de l'assemblée d'usagers ouvrent un espace de partage d'information des travailleurs vers les destinataires présents. La contribution des travailleurs se situe au niveau de leur capacité à vulgariser la situation politique et économique du réseau de santé mentale ainsi que des impacts de la crise sur les services du CAPS et sur l'expérience des destinataires. La plupart du temps, l'un d'eux y va d'une première présentation et les autres complètent, nuancent, précisent et vulgarisent davantage tel ou tel aspect, telle ou telle dimension laissée en plan par le premier.

En ce qui concerne la cogestion, il s'agit, essentiellement, de proposer aux destinataires différentes stratégies d'action. Les travailleurs et les gestionnaires les invitent notamment à participer davantage aux assemblées d'usagers, à poser des questions, à aider l'équipe à passer

à travers cette crise difficile, à informer leurs proches de la situation et à les mobiliser. Ils proposent aussi de faciliter leur participation aux manifestations et aux assemblées du Conseil municipal de santé à venir. Les destinataires sont ainsi invités à se mobiliser dans la lutte pour la survie des services de santé mentale. Les travailleurs et la coordinatrice du CAPS considèrent important qu'ils s'engagent dans la lutte pour la défense du droit à la santé pour tous.

Ces *rodas* sont aussi le théâtre d'une pluralité de formes d'expression de la part des destinataires. Certaines sont verbales (chansons, prières, propos « en dehors » du thème proposé par les travailleurs), d'autres non-verbales (marcher, arroser l'arbre dans la salle de rencontre). Certaines de ces expressions « hors cadre » ou « disjonctives » confrontent les limites du dispositif institué et des échanges rationnels alors que d'autres font plutôt échos à la discussion en cours, tout dépendant de quand et de comment ces formes d'expressions singulières traversent la *roda*.

Le présent chapitre a permis de décrire des *rodas* émergeant de différents dispositifs institués de l'organisation des services du réseau de santé mentale de Campinas. Au regard de l'analyse descriptive des deux derniers chapitres (4 et 5), il ressort certaines configurations communes aux *rodas*, qu'elles soient issues d'un milieu institué ou non. Ces configurations font l'objet du prochain chapitre 6.

Chapitre 6 : Des configurations communes aux *rodas*

Au cours des deux derniers chapitres, j'ai décrit des *rodas* qui se constituent à l'extérieur comme à l'intérieur de dispositifs institués à l'échelle municipale, du district 3 et du CAPS Maio. De cette analyse descriptive, il est possible de faire ressortir différentes configurations communes aux *rodas*, à savoir la disposition spontanée des participants autour d'un cercle ainsi que leur agencement systématique en grappe de trois. Au travers de ces agencements, des individus partagent des affects et des informations sur la crise et sur les enjeux sociaux, politiques et économiques sous-jacents, créent et proposent des actions collectives pour s'opposer aux coupures et aux mises à pied qui secoue le réseau de santé mentale de Campinas. Certains de ces individus que je nomme « protagonistes » alimentent des dynamiques unilatérales de communications verbales avec d'autres participants. Par-delà ces dynamiques, les *rodas* demeurent aussi ouvertes à des « performances disjonctives ».

La disposition des individus autour d'un cercle

La *roda* se caractérise par une mise en commun *in situ* entre des individus se reconnaissant comme des interlocuteurs légitimes. Elles ouvrent un espace d'échanges qui permet aux individus d'observer ou de participer à un partage d'affects et d'informations : « La *roda* c'est là où tu sens qu'il est vraiment possible de changer l'organisation avec les gens autour de toi. » nous confie Maria, une destinataire du CAPS Maio.

L'ensemble des *rodas* observées se déroulent en cercle. Ces cercles sont composés de trois à cinquante individus au maximum¹⁸³. Les participants cherchent toujours, dans les limites du

¹⁸³ Seules les assemblées du Conseil municipal de santé ne se déroulent pas autour d'un cercle de par le nombre de participants et de par la disposition des salles ainsi que des ressources disponibles (chaises vissées au sol, acoustique de la salle) Toutefois ces éléments n'empêchent pas l'émergence de *rodas*. En effet, à chacune des

possible, à former un cercle avant de commencer les échanges, que ce soit en plaçant les chaises ou en se positionnant debout. Ce cercle délimite l'espace collectif de débat en plus de créer une ambiance propice aux échanges. Un peu comme dans la *roda* de *capoeira*¹⁸⁴ ou la *roda* de *samba*¹⁸⁵, le cercle crée une ambiance qui peut procurer de « l'énergie » (*axé*) aux individus qui y participent. Le partage d'affects au cœur de la *roda* se traduit aussi par l'émergence de plusieurs fou-rires collectifs ainsi par des accolades systématiques de chaque individu qui s'y joigne et ce, sans égard à leur position au sein de l'organisation des services (gestionnaire, destinataire, travailleur).

Des participants confrontent parfois les frontières implicites du cercle formé. C'est entre autres le cas des participants périphériques de l'assemblée d'usagers du CAPS Maio. Ces derniers contribuent à son élargissement en prenant la parole en dehors du cercle ou en restant en mouvement autour de celui-ci.

L'agencement des *rodas* en grappe de trois

Une seconde configuration commune aux *rodas* observées repose sur leurs agencements en en grappe de trois. Une *roda* n'émergent jamais seule ou plutôt elle tend à en générer d'autres, dans un mouvement plus large qu'elle. Par exemple, des individus initient une première *roda* avant le début d'une réunion formelle au sein d'un dispositif institué. Ensuite une seconde *roda* se constitue lors de cette réunion - lors d'une partie ou lors de la totalité de la rencontre - ou lors de conversations parallèles comme dans les assemblées du Conseils municipal de

assemblées observées, plusieurs *rodas* parallèles se créent – des individus se lèvent et se regroupent en cercle à l'intérieur ou à l'extérieur de la salle et échangent sur la crise, rient et décident de moyens d'action.

¹⁸⁴ La *capoeira* est un type d'art martial d'origine africaine et brésilienne impliquant un mouvement de va et vient entre les deux combattants. Ce mouvement se déploie au rythme d'une musique et de chants spécifiques joués et chantés par des individus qui forment un cercle autour de la performance des deux lutteurs (Ickes, 2013).

¹⁸⁵ La *samba* est un style de musique et une danse populaire typiquement brésilienne qui se performe souvent autour d'un cercle réunissant les musiciens, les chanteurs et les danseurs.

santé. Une troisième *roda* se tient finalement après la réunion dans un restaurant ou même dans un bar.

Cet agencement en grappe de trois *rodas* est systématique durant la période entourant le vote du nouveau plan de santé mentale. Qui plus est, des individus enchaînent parfois plusieurs grappes de *rodas* dans une même journée. Par exemple, un jeudi, Janete, une psychologue du CAPS Maio, arrive au centre de santé à 8h30 soit trente minutes avant le début de la rencontre du Collectif des travailleurs en santé mentale du district 3 (CTSM-D3). Plusieurs autres travailleurs du district font de même. Émerge alors une *roda* entre cinq d'entre eux autour de l'abreuvoir. Ensuite, Janete participe à la réunion du Collectif de travailleurs en santé mentale au sein de laquelle émerge une autre *roda*. Après la rencontre, elle va dîner avec d'autres participants et entre lesquels se constitue une troisième *roda*. Elle se rend ensuite au CAPS Maio et s'intègre à une *roda* qui est en train d'émerger au fil des échanges entre certains collègues du CAPS une heure avant le début de la réunion d'équipe. Ensuite, elle prend part à une *roda* qui émerge durant cette réunion. Une fois celle-ci terminée, elle va manger une bouchée avec quelques collègues du CAPS où une *roda* voit une fois de plus le jour. Ensemble ils se rendent à un forum de santé mentale organisé par des conseillers municipaux de santé. Ils arrivent avant le début du forum et initient une *roda* avec d'autres travailleurs, gestionnaires et destinataires du district 3 déjà sur place. Janete participe au forum et termine la soirée dans un bar avec plusieurs des participants de la manifestation qui occupent différentes positions au sein de l'organisation des services de santé mentale¹⁸⁶. Au fil des échanges, une dernière *roda* émerge alors. Ces différents endroits (centre de santé, restaurant, CAPS Maio, café, Hôtel de ville et bar) sont éloignés les uns des autres. Pour s'y rendre, Janete se déplace avec sa voiture. Elle offre parfois des *lifts* à des destinataires et à d'autres travailleurs. Le réseau de transport public de Campinas ne lui permet pas de faire autant de déplacements en si peu de temps.

¹⁸⁶ Il s'agit de gestionnaires, de professionnels de la santé et de destinataires.

Ce même type d'agencement en grappe de trois est observé dans le cadre de manifestations, à une différence près : la première *roda* de la grappe se transforme la plupart du temps en *roda* musicale. À titre d'exemple, des manifestants du CAPS Maio (destinataires, travailleurs, gestionnaire) se rejoignent devant l'Hôtel de ville avant une manifestation. Leur échanges mènent à l'émergence d'une *roda* qui, peu à peu, se transforme en *roda* musicale au cours de laquelle certains chantent et dansent au rythme des instruments joués par d'autres individus autour du cercle. Par la suite, ces personnes se joignent à une marche dans les rues de la ville, au cours de laquelle émergent souvent des *rodas* parallèles entre divers manifestants. Après la marche, les manifestants occupant différentes positions au sein de l'organisation des services de santé mentale s'assoient en cercle autour d'une table de restaurant pour manger une bouchée et, peu à peu, une autre *roda* voit souvent le jour. Ils se rendent ensuite à une assemblée du Conseil municipal de santé, créent différents petits groupes dans la salle et initient diverses *rodas* parallèles tout au long de celle-ci. À la fin de l'assemblée, c'est cette fois uniquement des travailleurs et des gestionnaires qui se rejoignent dans un bar afin de revenir sur les événements de la journée et de réfléchir aux prochaines stratégies d'action collective.

Par ces deux exemples, force est de constater que les agencements de grappes de *rodas* dépassent largement le cadre institué du réseau de santé mentale. Ils suivent plutôt des flux de coïncidences et d'affects entre des individus occupant différentes positions au sein de l'organisation des services qui sont engagés à réfléchir et à agir sur la crise. Ceux-ci se croisent certes dans des réunions formelles issues de dispositifs institués, mais aussi dans des espaces politiques (telle une manifestation devant de l'Hôtel de ville) et festives (repas et « 5 à 7 »).

Mes observations permettent aussi de relever la manière avec laquelle ces différentes *rodas* émergent et s'agencent entre elles. En effet, des « protagonistes » sont à la fois à l'origine et au centre de la plupart des échanges qui prennent forme au sein de chacune d'elles. Qui sont au juste ces protagonistes des *rodas*? Comment expliquer leur engouement à analyser et à

cogérer collectivement l'organisation des services de santé mentale dans de tels espaces de prise de parole?

Les protagonistes des *rodas*

Les diverses *rodas* observées entre avril et décembre 2012 constituent des scènes de la rencontre de deux « générations » d'acteurs engagés dans la lutte pour la démocratisation du droit à la santé à Campinas. Ces différents acteurs cherchent, tant bien que mal, à s'unir pour sensibiliser la population à l'importance d'une organisation locale et collaborative des services santé mentale et pour la mobiliser contre un « ennemi commun » : un gouvernement municipal engagé dans la réduction des dépenses publiques et dans la privatisation des services.

Une première génération est composée de protagonistes âgés entre 35 et 50 ans, qui ont contribué de près ou de loin à la grande vague d'expansion du réseau local de santé mentale dans les années 2000. Au moment de l'étude, ceux-ci occupent des postes de gestion (de supervision, d'appui ou de coordination d'unité de services). Ils partagent une histoire d'engagement pour la réforme psychiatrique et pour la mise en place du système d'analyse et de gestion en collaboration étroite avec le Département de santé collective de l'Université d'État de Campinas (UNICAMP), les Services de santé Candido Feirreira (SSCF) et le Parti des travailleurs (PT).

Une seconde génération est principalement constituée de femmes protagonistes âgés entre 25 et 30 ans qui travaillent dans le réseau à titre de professionnels de la santé mentale (psychologue, ergothérapeute et infirmière) depuis quelques années. Elles partagent des principes anticapitaliste et anti-privatisation et demeurent très actives dans la lutte contre les effets néfastes de l'économie néolibérale brésilienne sur les droits des travailleurs précaires. Elles sont aussi derrière la création de la Commission des travailleurs du Candido (CT-SSCF). Ces jeunes femmes luttent pour la réforme psychiatrique à partir du moment où l'organisation

des services sur laquelle elle repose demeure 100% publique et étatique. Cette posture se traduit par une grande réserve face à toutes les formes de cogestion entre le gouvernement et le Candido, ce dernier étant perçu comme une entité privée pouvant nuire au Système unique de santé (SUS), à son contrôle social ainsi qu'aux droits des travailleurs et à ceux des citoyens en général. Qu'est-ce qui inspire ces deux groupes de protagonistes à créer et à investir des *rodas* pour analyser et pour cogérer l'organisation des services de santé mentale de la ville entre avril et décembre 2012?

Les protagonistes du début de la réforme psychiatrique à Campinas

Mes observations mettent en lumière comment les appuieuses institutionnels de santé mentale du district 3, la coordinatrice ainsi que la superviseuse institutionnelle du CAPS Maio initient des *rodas* au sein de dispositifs institués – dont le Collectifs de travailleurs en santé mentale (CTSM-D3), la réunion d'équipe et l'assemblées d'usagers - ainsi dans les activités organisées en réaction à la crise, telles que les manifestations. Ils sont aussi au cœur des échanges de ces *rodas*. J'explique maintenant ce qui inspire certains de ces gestionnaires à occuper une telle place.

Claudia est une des deux appuieuses institutionnels de santé mentale du district 3. Elle participe activement aux *rodas* émergeant des rencontres du Collectifs de travailleurs en santé mentale du district, de la réunion d'équipe du CAPS Maio ainsi qu'à celles qui émergent avant, pendant et après les assemblées du Conseil municipal de santé. Cette femme, dans la quarantaine, est une psychologue qui travaille dans le réseau depuis quinze ans. Elle a été interpellée par les valeurs démocratiques du mouvement anti-asilaire lors de ses études à l'Université publique de São Carlos dans l'État de São Paulo et au sein du mouvement sanitaire. Elle a commencé à travailler dans un CAPS au début des années 2000, au plus fort de la réforme psychiatrique à Campinas.

2001 c'est une marque, un diviseur d'eau dans la construction du réseau de santé, de santé mentale, parce que toute l'implantation du modèle d'aujourd'hui, l'implantation

des CAPS III, se met en branle cette année-là. C'était un moment d'effervescence, parce que nous sommes devenus plusieurs services très rapidement. Plusieurs services ont été créés en santé mentale. C'était très nouveau, beaucoup d'équipes qui arrivaient, plusieurs personnes qui arrivaient pour travailler, des jeunes! Je crois que c'était le premier emploi pour la plupart. C'était très intéressant, parce que les gens commençaient leur carrière professionnelle dans un projet alternatif avec une proposition nouvelle. La réforme psychiatrique ensemble au sein des *rodas*! C'était très passionnant, la façon dont nous avons plongé dans le projet, en créant de nouveaux services, en ouvrant des services 24 heures, en ayant la possibilité d'héberger les usagers sans passer par l'hôpital psychiatrique.

Parallèlement à cette vague d'embauches de jeunes travailleurs qui viennent tout juste de graduer, se constituent des *rodas* entre des travailleurs, des coordonnateurs et des destinataires de différents services pour débattre et pour construire le projet de la réforme psychiatrique locale.

La construction du projet dans les espaces collectifs de discussion avait une force qui est cette même force que nous observons aujourd'hui. Donc c'était plusieurs *rodas*, des grandes *rodas* et des petites *rodas* dans le service même, comme l'espace de réunion d'équipe. Il y avait aussi les conseils locaux élargis avec les travailleurs du district, avec la coordination du district afin de débattre de l'avenir du service, comment construire le service et comment créer des *rodas* dans la municipalité. Ces *rodas* étaient les lieux de discussion du modèle des utopies. C'était aussi pour discuter sur comment on allait construire le service, sur comment on allait faire...On discutait beaucoup! Plusieurs sentaient qu'ils étaient en train de faire une réforme sociale liée au travail en santé, liée à leur travail. Il y avait une militance, il y avait une mobilisation. On n'avait pas besoin d'être des médecins sans frontières! Ils nous suffisaient de rester à Campinas et d'aller au CAPS, aller aux soins de première ligne. Je pouvais humaniser le CAPS. Une autre perspective a été créée, pour soi, pour les autres, pour la démocratie, pour les droits en santé mentale, très forte avec des effets importants pour l'institution.

Claudia précise qu'elle réalise maintenant son travail d'appuyeuse du district 3 à partir des *rodas* :

Parce que c'est dans ces *rodas* qui se produisent dans la réunion d'équipe, dans le conseil local, dans l'assemblée des usagers, dans la réunion de la coordination; ça fait beaucoup de *rodas*! C'est dans chacune de ces *rodas*, dans ce processus, que l'on construit. Depuis le temps que je suis appuyeuse, les *rodas* sont les espaces où l'on aborde franchement les enjeux où l'on construit collectivement en s'engageant collectivement en ayant la possibilité d'écouter davantage les usagers. Donc, c'est pour cela que je dis que toutes ces *rodas* ont été et sont encore fondamentales pour la

construction du modèle. Les autres personnes du réseau de santé nous taquent parfois en disant : « Les gens de la santé mentale sont toujours ensemble » ou « Vous faites tellement de réunions! C'est quoi toutes ces *rodas*-là ?»

Claudia voit les *rodas* comme des espaces collectifs par lesquels se construit un modèle local de services en santé mentale. Ce processus de construction collective dans lequel elle croit s'inscrire lui semble aujourd'hui menacé par la crise avec son lot de mises à pied et de coupures:

C'est comme si on est en train d'être déraciné de notre œuvre. Pendant tout ce temps, ces usagers, ces travailleurs, ont été insérés dans le réseau en tant que protagonistes du SUS. Ils s'engagent, ils s'émancipent et ils sont fiers de leur travail, de cette œuvre collective qui produit de la santé en devenir...Enfin! Ces dernier six mois c'est comme de dire à tous ces gens qu'ils ne font plus partie de ce réseau. « Vous êtes des étrangers ! Allez-vous faire foutre! » C'est vraiment pervers! Je m'inclus dans ce collectif de gens, parce que je dois gérer cette impression vive que tout cela ne nous appartient plus. Comment ça, je n'en fait plus partie? Ça fait des années que je construis cela. Et la place de l'utilisateur dans tout ça? Il est là, loin, très loin, d'avoir ses droits respectés.

Claudia cherche à dénoncer cela dans les *rodas* et veut ainsi agir avec les autres pour lutter contre la « désappropriation » de cette « œuvre collective en devenir » :

Lorsque quelqu'un opère la déconstruction de cette œuvre collective en devenir, il y a du mouvement ici. À Campinas, le SUS est une administration directe différente, grâce à la force des travailleurs, des usagers, des conseillers et surtout des *rodas* que l'on crée ensemble. Le Secrétaire municipal de la santé ne fait pas ce qu'il veut ici. « La santé est un problème » dit-il souvent. On nomme « cogestion » cette démocratie institutionnelle et son surnom populaire est « *rodas* ». Les autorités utilisent une expression entre eux et qui sort parfois dans les médias: « Ici c'est la dictature des *rodas* ». Ce qu'ils sont en train de dire c'est le suivant : les *rodas*, cette manie de discuter de tout et de vouloir participer à toute décision, rendent la mise en œuvre des projets de la part du gouvernement difficile, car ils doivent discuter, négocier donc c'est la « dictature des *rodas* ». En d'autres mots, ils veulent avoir la capacité verticale dans le réseau et on ne les laisse pas faire!

Monica, la coordinatrice du CAPS Maio, est un autre protagoniste des *rodas*. Elle participe à l'ensemble des activités organisées en réaction à la crise, telles que les forums, les conférences universitaires et les manifestations, en plus de prendre une place significative dans les *rodas* qui se constituent au sein de la réunion d'équipe et de l'assemblée d'utilisateurs du CAPS Maio.

Cette femme de 35 ans initie aussi souvent des *rodas* dans les corridors du CAPS ou dans les activités sociales (lunch, 5 à 7, café) qui précèdent ou qui succèdent aux rencontres formelles. Monica travaille dans le réseau à titre d'ergothérapeute depuis 2003. Elle a contribué à construire les services dans la communauté durant les premières années du CAPS Maio. Son engagement au sein du mouvement étudiant de l'Université d'État de São Paulo lui a donné envie de lutter pour la défense des droits à la santé pour tous et pour les réformes sanitaire et psychiatrique. Cet engagement lui a ensuite donné envie de travailler en santé mentale :

J'ai commencé à participer au mouvement étudiant de l'Université d'État de São Paulo et à partir de ce moment mon monde a complètement changé. J'ai commencé à avoir une vision plus critique par rapport à la profession d'ergothérapeute, par rapport à l'université. C'est à ce moment que je suis entrée dans la discussion sur la santé collective, car jusque-là je n'avais jamais vu ça. Je ne savais même pas ce que c'était le SUS. En vérité, je dis toujours que je n'ai pas connu la santé mentale à travers les cas [cliniques], la folie, je l'ai connue à travers la lutte qu'on menait avec la société pour l'acceptation de la différence qui était plus que l'acceptation du fou. C'est comme ça que je me suis approchée d'elle. Donc mon entrée dans la santé mentale s'est fait beaucoup par-là, les luttes pour les droits.

Les *rodas* lui ont permis d'éviter les risques d'« erreurs idéologiques » qui traversent, selon elle, le champ de la santé mentale à Campinas. Cependant, elle précise que les *rodas* peuvent aussi parfois conduire à des échanges qui n'aboutissent à rien de concret :

La militance commet ses erreurs idéologiques aveugles, mais la clinique les commet aussi. Tu peux être à ce point fermé que tu n'es pas capable de dialoguer avec personne. Si tu fais *roda* c'est justement pour dialoguer avec ses dimensions, pour s'exposer pour le meilleur et pour le pire. Parce que tu peux dire une chose que l'autre n'aime pas et le fâcher mais je crois que nous devons apprendre à manier la cohabitation. Tu n'as pas besoin d'être doux ni amer tout le temps mais, si ça c'est une constante, les personnes savent comment elles cohabitent. On peut avoir plusieurs espaces ouverts dans le CAPS ou dans le réseau, blablater¹⁸⁷ beaucoup et, en sortant de là, les choses ne cheminent pas.

Malgré tout, les *rodas* jouent un rôle important à ses yeux, mais à partir du moment où elles s'inscrivent dans un processus qui s'étend sur le long terme et à travers divers espaces collectifs de prise de parole :

¹⁸⁷ *Falatorio* en portugais brésilien

C'est pour ça que c'est si difficile d'avoir un espace collectif. Ce n'est pas dans la première réunion, c'est dans la deuxième ou dans la troisième réunion qu'on va avouer qu'on n'en peut plus. Je pense que c'est ça qui m'a attiré vers la santé mentale, beaucoup plus que discuter des structures de personnalités névrosées ou psychotiques, beaucoup plus! Ce qui m'attire dans la santé mentale c'est de revoir les choses qui se font automatiquement, se remettre en question, ce n'est pas sans souffrance. Je ne parle pas de thérapie, je parle de ce que tu arrives... que tu n'arrives pas à problématiser avec le social, avec la folie dans les *rodas*. La supervision institutionnelle aide aussi dans ce sens.

Selon Monica, la supervision institutionnelle du CAPS constitue un vecteur de problématisation sociale et politique du travail en santé mentale et de la clinique. Au moment de l'étude c'est Roberta (professeure du Département de santé collective de l'UNICAMP et responsable de la résidence multi-professionnelle en santé collective dans le réseau de santé mentale de la ville) qui occupe cette fonction au CAPS Maio. Cette femme dans la cinquantaine, dirige aussi un groupe de recherche auquel participent des destinataires et des étudiants de deuxième et troisième cycle, qui travaillent dans le réseau local. Six d'entre eux sont d'ailleurs impliqués au CAPS Maio (un destinataire, trois psychologues, une résidente de médecine et la coordinatrice). Son approche engagée de la clinique et de la supervision institutionnelle s'inscrit dans un univers politique et théorique unique aux champs de la santé collective et de la psychologie sociale brésiliens (Rodrigues et Benevides de Barros, 2003).

Durant la crise, Roberta écrit des articles dans les journaux locaux et milite sur la scène nationale et internationale dans le but de construire des alliances politiques afin de mieux dénoncer les mises à pied et les coupures du réseau de Campinas ainsi que les torts que celles-ci risquent, selon elle, de causer pour la réforme psychiatrique en cours¹⁸⁸. À l'approche de l'élection municipale, cette femme affiche aussi ouvertement son appui pour un jeune candidat du Parti des travailleurs (PT) et ancien étudiant de son Département. Elle porte même parfois son macaron de campagne et arbore une affiche sur sa porte de bureau à l'université. Avec son mari, un professeur de ce même Département et ancien Secrétaire municipal de la santé sous la

¹⁸⁸ Roberta écrit notamment un éditorial dans le journal local *Correio popular* pour critiquer les décisions politiques du Secrétaire municipal de santé ainsi que leurs impacts négatifs sur le réseau local.

bannière du PT, ils organisent des soirées dans leur demeure afin d'offrir la possibilité à ce candidat de se présenter à leurs étudiants et à leurs collègues universitaires.

Un tel engagement social et politique de la part d'un superviseur institutionnel de CAPS ne constitue pas une exception à Campinas. Par exemple, Ricardo, le premier superviseur du CAPS Maio, est un fervent défenseur de la réforme psychiatrique au Brésil et en Italie (dans la ville de Trieste). Au moment de l'étude, il occupe d'importantes fonctions au sein de la coordination nationale de santé mentale sous le gouvernement fédéral du PT. Durant la crise, Catarina (la première coordinatrice du CAPS Maio et militante des premiers jours de la réforme psychiatrique de Campinas) et Enrico (un ancien professeur du Département de santé collective et un important bâtisseur du système d'analyse et de cogestion du réseau local de santé mentale) sont aussi des superviseurs institutionnels de CAPS. En entrevue, ce dernier m'explique le sens qu'il donne à ce travail unique :

Pour moi, c'est un privilège de vivre l'expérience de la supervision institutionnelle en santé mentale, parce que je viens de la santé, de la réforme sanitaire et aussi d'une autre façon de construire la logique des collectifs. Guattari discute beaucoup plus intensément avec moi que le marxisme en termes d'expériences telles que la Borde... Pas seulement, il y a aussi le thème de l'analyse institutionnelle, on a commencé à vivre ce qui arrivait au Brésil de l'analyse institutionnelle et de la schizo-analyse et on a mélangé ça avec ce qui arrivait de l'école de planification de Carlos Matos au Chili¹⁸⁹. On disait: « Nous devons casser avec la planification normative et nous devons adorer l'idée selon laquelle celui qui fait le quotidien est celui qui planifie ». Alors l'idée de la réforme sanitaire se marie avec l'idée de la réforme psychiatrique, avec l'analyse institutionnelle avec Guattari et la production de collectifs en lutte dans le quotidien pour les politiques dans le jeu social. C'est la militance dans l'organisation des services et du travail!

Ces différents acteurs de la supervision, de l'appui et de la gestion du réseau de santé mentale veulent contribuer au projet local de démocratisation institutionnelle de la réforme psychiatrique. Ils voient les *rodas* comme des espaces collectifs pour la co-construction de ce projet. Au moment de l'étude, leur participation se traduit par un engagement actif contre des

¹⁸⁹ Cette école chilienne inspirée du Ministre de la santé d'Allende, Carlos Matos, propose une critique du développement économique et aussi de la planification normative verticale (haut vers le bas) soviétique pour aborder autrement le développement social et la santé publique.

choix politiques et économiques menaçant un tel projet en devenir. Ils introduisent le thème de la crise dans divers espaces collectifs de prise de parole institués ou non, en plus de s'exprimer dans les médias, dans le milieu universitaire et sur la scène politique. Un second ensemble de protagonistes se joint à eux dans cette lutte.

Les protagonistes de la Commission des travailleurs du Candido

Ce second ensemble de protagonistes regroupe des travailleurs professionnels en majorité des femmes psychologues âgées entre 25 et 30 ans. Celles-ci sont au cœur de la création de la Commission des travailleurs des Services de santé Candido Feirra (CT-SSCF), qui a vu le jour dans la foulée de la crise. Par cette commission, elles souhaitent regrouper l'ensemble des travailleurs pour lutter contre les mises à pied et les coupures menaçant, selon elles, la survie du réseau de santé mentale de Campinas. En plus d'être à l'origine de cette Commission, elles sont derrière l'organisation de manifestations, de forums de discussion portant sur la crise et d'interventions artistiques durant les assemblées du Conseil municipal de santé. Claudine, une psychologue d'un centre de santé du district 3 m'explique les bases de leur organisation :

Je pense que c'est ça la question de la mobilisation en rapport à la crise et au nouveau plan de santé mentale, il y a minimalement une pré-organisation issue de la dernière mobilisation. Donc on avait déjà une liste de courriels, on avait une certaine idée de comment faire grâce à la mobilisation de l'année dernière et de qui étaient les personnes dans le mouvement de la santé. D'une certaine manière, elles transitaient par là. Certaines personnes transitaient plus par le CEBES¹⁹⁰, plusieurs avaient déjà participé au mouvement étudiant. Alors je pense que quand la question de la crise a surgi, comme il y a l'organisation de la ville du mouvement de la santé en général, et il y a certains partenaires qui... je ne sais pas, sont essentiels lors de ces moments, peut-être trois syndicats qui sont plus proches et qui ont aidé dans ces moments. D'ailleurs, il y a des gens qui sont de la santé et qui participent à ces espaces. Il y avait aussi une certaine expérience dans l'organisation des travailleurs, pourquoi organiser, et comment s'organiser. Et je pense que ça, avoir ces conditions, avoir un groupe qui était en train de s'organiser, qui avait participé à d'autres manifestations et savait pourquoi on organise les travailleurs et que ce n'était pas seulement pour conquérir une avancée sur le

¹⁹⁰ Centre d'étude brésilien en santé.

gouvernement, car l'avancée là-bas serait très limitée. Je crois que l'avancée que nous avons est l'organisation des travailleurs dans ce premier moment.

Ces protagonistes de la lutte des travailleurs contre les coupures et les mises à pied massives en santé occupent aussi une place centrale dans les *rodas* qui apparaissent au sein du Collectif des travailleurs de santé mentale du district 3 (CTSM-D3), ainsi que dans la réunion d'équipe et dans l'assemblée d'usagers du CAPS Maio, notamment par l'entremise de Janete. Cette jeune femme de 28 ans est psychologue au CAPS Maio depuis moins de six mois. Elle a étudié la psychologie sociale et communautaire à l'Université publique (de Saint-Carlos dans l'État de São Paulo). Elle a participé au programme de stage dont le but est d'offrir aux étudiants un premier contact avec le Système unique de santé (SUS). C'est au cours de ce stage qu'elle entend parler pour la première fois de la réforme psychiatrique. Elle décide alors de venir faire un stage en santé mentale à Campinas à cause de sa réputation sur le plan de l'avancement de la réforme psychiatrique. Elle trouve un emploi au CAPS Maio quelques mois plus tard. Parallèlement, elle milite dans le mouvement de lutte contre la privatisation des services publics de la ville, parce que, selon elle:

Dans le contexte actuel, nous devons lutter pour garantir minimalement que l'État investisse et garantisse quelques droits sociaux. Nous ne pensons pas au processus révolutionnaire, même si nous pouvons croire en une autre société. Actuellement, je pense qu'on a besoin de garantir que l'État soigne la population avec de la santé, de l'éducation. On voit que, dans le néolibéralisme, il y a une diminution de l'État et une augmentation des institutions privées soit dans la production, soit dans les secteurs d'offre de soins et des droits. Donc, ça c'est un processus qu'il n'y a pas seulement en santé mentale. Il faut donc défendre le droit à la qualité de vie, qu'il y ait une plus grande égalité entre les personnes en général. Donc, mon engagement est beaucoup plus de militance sociale, est beaucoup plus près des personnes qui ne sont pas du CAPS Maio. J'ai eu de la difficulté à partager, à construire l'activité de militance avec les professionnels du CAPS, mais la crise a changé cela, d'une certaine façon.

Selon Janete, la crise lui a permis de partager sa vision et de mieux vivre sa militance au sein du CAPS Maio :

Je pense qu'avec la crise, on essaye de faire des *rodas*, on essaye de penser à d'autres moyens de communication pour être le plus large et le plus inclusif possible pour essayer d'en parler avec d'autres personnes, de penser à un processus de formation, pour

apporter un peu de cette critique. Du genre : « Est-ce que c'est seulement grâce au Candido qu'on a ce réseau de santé mentale? Le Candido est-il vraiment la meilleure alternative pour notre réseau? » De mon point de vue, même si le Candido est une fondation philanthropique, dans la pratique, je trouve qu'il est plus proche d'autres processus d'externalisation qui sont en cours partout au Brésil. Cette situation des travailleurs licenciés démontre exactement ça et puis, la crise nous donne l'élan et l'énergie pour qu'on puisse en discuter au sein et en dehors du CAPS. Je pense que dans le CAPS les personnes sont capables de voir ça maintenant.

Ces deux groupes de protagonistes participent activement à l'émergence de *rodas* en dedans et en dehors des dispositifs institués de l'organisation des services locaux de santé mentale. Elles circulent constamment entre les différents milieux où toutes ces *rodas* prennent forme. Elles sont ainsi en mesure de recueillir et de transmettre plusieurs informations sur les enjeux sociaux, politiques et économiques en amont de la crise notamment sur le rôle de l'État et de celui du Candido dans la gouvernance et l'organisation du réseau, sur la portée démocratique du processus de consultation public menant au vote du nouveau plan de santé mentale par les conseillers du Conseil municipal de santé tout comme sur son contenu, les détails concernant son budget et les mises à pied à venir ainsi que sur leurs impacts concrets sur les différents services à la population. Elles détiennent aussi la plupart des détails pratiques sur les activités organisées en réaction à la crise (ou, quand, comment s'y rendre, comment s'y préparer). Elles répondent aux questions en adaptant les informations aux personnes et au contexte. Ils expriment aussi leurs propres questionnements, voire même leurs détresses en rapport aux coupures et aux mises à pied. Cet état de faits participe notamment à la mise en place de dynamiques unilatérales de communications verbales entre elles et les « autres » participants au sein des *rodas*.

Des dynamiques unilatérales de communications verbales

Les dynamiques unilatérales de communications verbales au sein des *rodas* varient beaucoup en fonction des participants. Premièrement, j'observe de telles dynamiques entre des protagonistes et des travailleurs directement touchés par les mises à pied. Celles-ci émergent

notamment des *rodas* issues du Collectif de travailleurs en santé mentale du district 3, des assemblées du Conseil municipal de santé ainsi que de la plupart des activités organisées en réaction à la crise (les manifestations, les conférences et les forums)¹⁹¹. Ces travailleurs participent aux *rodas* d'abord et avant tout pour trouver des moyens de garantir leur emploi et leurs avantages sociaux. En général, ceux-ci s'expriment peu dans les *rodas* observées. Ils prennent parfois la parole pour expliquer les détails de leur situation d'emploi. Certains partagent à quel point ils se sentent manipulés, non respectés et non reconnus. Ils commentent aussi l'expérience d'autres collègues vivant des situations semblables ou pires que la leur. Au cours de ces *rodas*, des protagonistes prennent en compte leur situation et leur détresse tout en mettant l'emphase sur les enjeux politiques et économiques en amont de ces mises à pied. Ces derniers misent aussi sur l'importance de l'engagement de tous dans une lutte à mener non pas uniquement pour défendre son emploi, mais aussi, et surtout, pour rappeler à l'État ses responsabilités sur le plan des droits sociaux et de santé de la population. De tels débats débordent souvent des *rodas* qui se produisent au sein des dispositifs institués pour se déployer avec plus d'intensité et plus d'émotions dans les *rodas* se constituant au cours des activités sociales ou festives (repas, « 5 à 7 ») qui ont souvent lieu après les rencontres formelles.

Deuxièmement, j'observe des dynamiques unilatérales de communication verbale entre des protagonistes et des travailleurs qui se sentent « incompetents » à prendre la parole au sein des *rodas*. Ce sentiment d'incompétence est même exacerbé par la crise du réseau de santé mentale. Après une rencontre de l'assemblée d'usagers du CAPS Maio, j'accompagne au restaurant du coin trois ergothérapeutes qui y ont participé (dont l'une à titre d'animatrice). Elles se rappellent ensemble le déroulement de cette rencontre. Ces trois femmes dans la vingtaine trouvent que les destinataires n'ont pas assez participé et doutent qu'ils aient compris leurs explications des enjeux entourant le vote du nouveau plan de santé mentale qui

¹⁹¹Ces travailleurs ne sont pas présents dans les *rodas* qui prennent forme au CAPS Maio surtout puisqu'aucun emploi de cet établissement de services n'est menacé par la vague de licenciements.

aura lieu lors de la prochaine assemblée du Conseil municipal de santé. Elles se sentent impuissantes face à cette situation :

Teresa: Parfois, j'ai l'impression que je ne sais pas comment discuter de cela, je veux dire de la crise et de tout ce que ça implique d'enjeux politiques, sociaux. Imagine quand vient le temps d'en parler avec les usagers! Par exemple, un collègue est en train de parler de cela dans l'assemblée d'utilisateur et je ne suis pas capable de le seconder, de faire un lien, de mettre en contexte et de contre-argumenter. Ce sont peut-être des ressources et des compétences qui nous manquent?

Maria: Je crois que les ergothérapeutes qui ont été formés dans des universités publiques sont beaucoup plus militantes, beaucoup plus engagées dans la réforme psychiatrique que nous qui avons été formées dans une université privée. Cela ne veut pas dire que notre formation est moins valide. C'est différent c'est tout. Une différence importante en rapport à cela, je veux dire entre les professionnels, vient de la formation publique ou privée qu'ils ont reçus, tu vois?

Teresa: ...et de leur intérêt pour la militance aussi!

Catia: J'ai le même sentiment d'incompétence. On n'a pas cette militance, cette volonté de lutter pour avoir plus de ressources pour avoir de nouveaux services, etc. À l'université, on n'avait pas besoin de lutter. Les choses nous étaient données si on payait, il n'y avait pas de lien de revendication avec le gouvernement. Il n'y avait pas non plus de lien avec l'Association nationale des étudiants comme il y a dans les universités publiques.

Maria: Dans les universités privées, il n'y a pas de mouvements étudiants. Et je crois que l'Association nationale des étudiants est un lieu important pour apprendre la militance et la politique ici.

De par leur formation professionnelle en milieu universitaire privé, ces travailleuses du CAPS Maio pensent ne pas avoir eu l'occasion d'acquérir les mêmes expériences militantes que les protagonistes des *rodas*, pour la plupart formés dans des universités publiques et partageant une expérience auprès de mouvements étudiants tels que l'Association nationale des étudiants. Ces trois ergothérapeutes sentent ainsi qu'il leur manque certaines « compétences » pour participer activement aux échanges au sein des *rodas* qui se voient le jour dans les assemblées d'utilisateurs du CAPS Maio. Durant cette crise, leur participation aux rencontres de l'assemblée

d'usagers les amène même à se reconnaître des limites sur le plan de l'analyse d'enjeux plus larges et sur le plan de leur capacité à débattre avec des destinataires.

Je constate aussi comment ces 3 femmes ne prennent pas la parole durant les *rodas* émergeant de la réunion d'équipe¹⁹². Lorsque je les questionne individuellement sur leur participation à la réunion d'équipe, chacune d'elles me confie préférer écouter les débats pour en apprendre davantage sur les enjeux et pour se tenir au courant des prochaines actions à mener collectivement. Cette position périphérique ne les empêchent pas de se retrouver au centre de certaines *rodas* qui apparaissent au sein de manifestations, ou dans des repas pris avec des collègues du CAPS avant ou après ces réunions. Le cadre plus informel et décontracté de ces autres *rodas* y est, selon elles, pour quelque chose.

Troisièmement, l'unilatéralité des communications verbales ressort des échanges entre des protagonistes et des travailleurs du CAPS Maio qui n'ont pas de formation universitaire comme les auxiliaires infirmiers, les préposés à l'entretien ou les agents de sécurité. Ce premier corps de métier compte le plus grand nombre d'employés du CAPS (26 au total). Ils ont officiellement le droit de participer à la réunion d'équipe et à l'assemblée d'usagers. Toutefois, la majorité d'entre eux cumulent deux à quatre emplois situés aux quatre coins de la ville afin, disent-ils, de pouvoir joindre les deux bouts. Ils possèdent rarement un véhicule et se déplacent donc en transport public. Lorsque leur quart de travail se termine, ils doivent s'empresser de se déplacer vers le lieu de leur autre emploi. Par conséquent, ils ne sont pas au rendez-vous lorsque se constitue une *roda* spontanée avant ou après les réunions. Ils ne peuvent pas non plus vraiment participer aux activités organisées dans la foulée de la crise comme les manifestations ou les assemblées extraordinaires du Conseil municipal de santé. Ils n'ont pas les mêmes disponibilités et les mêmes moyens pour suivre le rythme des grappes de *rodas* que ceux dont disposent les protagonistes. Ces travailleurs au bas de l'échelle du CAPS

¹⁹² Je trouve pertinent de rappeler ici que cet espace de prise de parole est marqué par des débats impliquant généralement le tiers des travailleurs et des gestionnaires présents; soit une dizaine de participants sur la trentaine présents.

s'informent plutôt de la crise en écoutant parler les protagonistes durant les réunions d'équipe. Les rares fois où ils prennent la parole au sein des *rodas*, sont pour demander des précisions ou pour donner des exemples pratiques des impacts de la crise sur le quotidien du CAPS. De telles interventions ont d'ailleurs des effets étonnants, comme celui d'orienter les échanges vers la prise en compte collective du point de vue et de la réalité vécue par les destinataires.

La situation des préposés à l'entretien ménager et des agents sécurité diffèrent des auxiliaires infirmiers surtout parce qu'ils n'ont pas officiellement le droit de participer à la réunion d'équipe ni à l'assemblée d'usagers. Aucun dispositif institué n'est non plus mis en place afin de les informer de la tenue d'activités sociales ou politiques discutées lors des réunions d'équipe. À ce propos, André, un agent de sécurité, se joint à une seule des manifestations dont il a été informé à la dernière minute par un destinataire croisé par hasard dans la rue. De plus, une fois celle-ci terminée, aucun individus du CAPS Maio ne l'informe du restaurant de rassemblement d'où émerge d'ailleurs une *roda*. En entrevue, André me confie avoir été affecté par ce qu'il ressent comme une « mise à l'écart ».

Finalement, les dynamiques unilatérales de communication verbale se situent entre, d'un côté, les professionnels de santé et les gestionnaires, protagonistes ou non, et, de l'autre, les destinataires de services. En principe, dans l'organisation des services du CAPS, la parole des destinataires a une place au sein de l'assemblée d'usagers. En entretien, Juliano, un destinataire, m'explique que :

L'assemblée d'usagers est une chose importante parce qu'on apprend beaucoup de choses. On sent qu'on n'aide pas assez peut-être, mais on apprend beaucoup de choses qui se passent dans le réseau de la santé et, même, au Candido; des choses qu'on ne saurait pas si on ne participait pas. J'apprends toujours beaucoup de choses qui ne sont pas faciles pour les travailleurs, qui ne savent pas quoi faire non plus. Et ils luttent comme ça. De mon point de vue, ils ne luttent pas seulement pour eux-mêmes, mais pour la population. Alors tu imagines avec tous ces autres travailleurs licenciés? Ça va rendre les choses plus difficiles ici à Campinas; comment on va faire sans ceux qui travaillent dans les équipes de première ligne en santé mentale, qui sont nombreux?

Pour Juliano, il importe de savoir comment la crise du moment affectera les travailleurs tout comme les services à la population. Tout comme Juliano, l'ensemble des destinataires rencontrés soulignent participer à l'assemblée d'usagers pour « être informé » de l'organisation des services.

Dans les rencontres de l'assemblée d'usagers observées, des professionnels et des gestionnaires partagent de l'information sur la réforme psychiatrique en cours¹⁹³, sur le contexte social, politique et économique et ses impacts sur les personnes et l'organisation des services de santé mentale. Ceux-ci ne prennent pas trop en compte les propos des destinataires qui tentent, tant bien que mal, d'exprimer leurs questionnements, leurs inquiétudes ou même leurs solutions pour faire face aux situations et aux enjeux présentés. Certains propos des destinataires font échos aux débats qui prennent forme au sein des assemblées d'usagers.

Parallèlement aux dynamiques unilatérales de communication verbale, certaines *rodas* sont marquées par une ouverture à des « performances disjonctives » réalisées par des destinataires et parfois par des travailleurs et des gestionnaires. Une telle ouverture est d'ailleurs perçue dans l'ensemble des *rodas* observées.

L'ouverture aux performances disjonctives

Une autre configuration commune aux *rodas* prend la forme d'une ouverture face aux expressions « déraisonnables », face aux attitudes, aux discours qui ne respectent pas formellement les « règles » et qui, le plus souvent, proviennent de ceux qui, pour reprendre

¹⁹³ Durant mon terrain, deux rencontres de l'assemblée d'usagers portent sur la mobilisation de professionnels du CAPS Maio qui vont appuyer un groupe de militants dans l'occupation d'un hôpital psychiatrique d'une ville de la région. Il s'agit de faire pression sur la municipalité qui en a la charge afin qu'elle opte pour des ressources alternatives en santé mentale. Dans la foulée, un documentaire du mouvement anti-asilaire est projeté après quoi l'assemblée débat sur les droits et les modèles de soins en santé mentale au Brésil et ailleurs dans le monde.

l'expression imagée de Blondiaux (2008), ont trop de choses à dire pour pouvoir les dire dans les formes autorisées. Une telle ouverture, s'observe dans les *rodas* qui émergent de dispositifs institués de prise de parole (les assemblées du Conseil municipal de santé, les rencontres du Collectifs des travailleurs en santé mentale du district 3 ainsi que celles de la réunion d'équipe et de l'assemblée d'usagers du CAPS Maio) notamment par le détournement de règles de fonctionnement préétablies. Ces performances s'observent aussi dans les *rodas* émergeant d'activités politiques comme les manifestations.

Dans le cas des assemblées du Conseil municipal de santé, cette ouverture s'opère par l'entremise de performances politiques et esthétiques tels que des chants et le brandissement de banderoles et de marionnettes qui confrontent, voire même détournent, l'autorité du président d'assemblée ainsi que certaines règles de la prise de parole - soit le fait d'exprimer des propos rationnels, au micro et à tour de rôle.

Dans le cas des rencontres du Collectifs de travailleurs en santé mentale, c'est la fonction générale du dispositif au sein du district 3 qui a été détournée par la *roda*. En effet, ce Collectif a été créé dans le but de faciliter la construction et l'accompagnement de projets en santé mentale dans le territoire du district 3 notamment par de la formation clinique offerte aux professionnels. Mes observations relèvent plutôt comment les échanges durant ces rencontres portent exclusivement sur les enjeux sociaux, politiques et économiques affectant le réseau ainsi que sur les stratégies d'action à mener collectivement pour s'opposer aux mesures du gouvernement municipal au pouvoir.

En ce qui concerne les dispositifs institués du CAPS Maio (réunion d'équipe et assemblée d'usagers), la majorité des *rodas* y prennent forme de manière imprévisible, à divers moments des rencontres et indépendamment de l'ordre du jour prévu. Des participants y détournent aussi certaines règles de participation préétablies. À titre d'exemple, les préposés à l'entretien ménager ne peuvent pas participer à l'assemblée d'usagers. Or, Milena, une préposée à l'entretien, participe à la plupart des assemblées observées. Ses tâches doivent en principe se

limiter à l'entretien ménager, mais au moment de l'assemblée, elle arrête son ménage et se faufile autour du cercle. Cette quinquagénaire prend souvent la parole pour préciser des faits ou annoncer des évènements de mobilisation auxquels elle participe à titre de « militante de la santé ». En entretien, Milena explique prendre son rôle d'informatrice des destinataires dans les assemblées d'usagers très au sérieux. Elle croit ainsi les aider à faire la part des choses en rapport aux débats et aux idées véhiculés par les travailleurs. Elle détient, selon elle, des informations privilégiées pour eux - notamment à propos du gouvernement municipal - dont les autres travailleurs ne sont souvent même pas au courant :

Je vais dans les assemblées par choix, il y a des choses que je sais et que je dois dire aux usagers à propos de ce que la municipalité peut faire pour eux. Les animateurs de l'assemblée disent souvent que la municipalité ne peut rien faire pour eux alors je dois leur montrer que ce n'est pas le cas. Ils ne connaissent pas vraiment les instances publiques. Ils ne savent pas ce qui est en train de se passer, si la municipalité a fait ceci, ce qu'elle n'a pas fait, si elle l'a fait ou quand elle le fera. Ils ne connaissent pas les bonnes informations ou ils les passent en retard. Cinq maires ont déjà passé depuis que j'ai commencé à travailler ici alors je sais comment fonctionne la machine. Je participe aux grèves, je connais tout le monde. Quand je parle, les animateurs réagissent parce qu'ils n'aiment pas que je parle, parce qu'ils pensent qu'on est des femmes de ménage qu'on n'a pas de vision. Ils pensent qu'on n'a pas de culture, qu'on n'a pas d'étude. Mais avec la crise, ils me laissent parler dans les *rodas*. Ils n'ont pas le choix !

Avec la crise, Milena a l'impression d'avoir une plus grande liberté de parole au sein des rencontres de l'assemblée d'usagers et ce, malgré le fait qu'elle n'a pas le droit d'y participer officiellement, et malgré les préjugés qu'elle dit subir de la part de certains travailleurs.

Au sein des dispositifs institués du CAPS, des performances disjonctives sont aussi, et surtout, réalisées par des destinataires. Il s'agit notamment de propos formulés en dehors du cercle ou bien n'ayant aucun lien avec le thème discuté. Il peut s'agir aussi de chansons, de prières, ou même d'expressions non-verbales comme le fait de marcher, d'arroser une plante, de donner des objets, de se déshabiller au centre ou autour de la *roda* en cours. De telles pratiques confrontent les règles de fonctionnement du dispositif, comme celles de s'asseoir autour d'un cercle et de prendre la parole à tour de rôle en exprimant un point de vue rationnel sur ce qui est en train d'être discuté.

Les performances disjonctives trouvent aussi une place au sein de *rodas* émergeant dans les manifestations, que ce soit par la musique, la danse ou le chant. Encore ici, ces pratiques sont en majorité initiées par des destinataires. Celles-ci inspirent notamment des réflexions collectives sur les inégalités d'accès aux services, comme lors de la *roda* ayant lieu avant la manifestation du 1^{er} juin entre des travailleurs et des destinataires: Marion, une destinataire du CAPS Maio, prend la parole. Cet acte, et non pas le contenu de ses propos, amène une travailleuse d'un centre de santé du district 4 à questionner sur les moyens par lesquels elle et les autres destinataires de CAPS s'organisent pour participer aux manifestations. Cette interrogation génère une discussion collective sur les limites de leurs accès aux transports publics et sur les stratégies du CAPS pour faciliter leur déplacement en général.

Éléments de synthèse

L'organisation des services de santé mentale à Campinas est caractérisée par la présence d'une multitude d'espaces collectifs de prise de parole que les différents acteurs impliqués nomment des « *rodas* ». Durant mes observations du réseau de santé mentale de Campinas, « faire *roda* » se réfère au moment où un petit groupe d'individus se positionne en cercle afin d'échanger, de rire et de débattre côte à côte autour de sujets concernant de près ou de loin la démocratisation de la santé mentale. Les participants se retrouvent, d'une *roda* à l'autre, au fil des rencontres et des activités partagées. La participation active aux diverses *rodas* constitue une voie privilégiée pour prendre part à ce « projet » de démocratisation. Le contexte de la crise et les menaces que les coupures et les mises à pied massives font peser sur les avancées de la démocratisation de la santé mentale à Campinas potentialisent l'émergence de *rodas* au sein et en dehors de dispositifs institués auxquels participent des individus occupant différentes positions au sein de l'organisation des services.

Plusieurs des participants (qu'ils soient des professionnels issus d'universités privées, des auxiliaires infirmiers, des préposés à l'entretien, des agents de sécurité ou des destinataires) ont en commun de ne pas partager les mêmes expériences d'engagements au sein de mouvements antiautoritaires (étudiants, sanitaire, anti-asilaire ou anticapitaliste) que les protagonistes à l'origine et au cœur de la plupart des *rodas* observées. Les échanges qui y ont lieu sont marqués par un mouvement unilatéral allant des protagonistes vers ces « autres » participants aux multiples positions et aux multiples visages.

Des performances disjonctives trouvent aussi une place au sein et entre les grappes de *rodas*. Ces performances sont en majorité réalisées par des participants à la marge de la culture politique des protagonistes. Par celles-ci ils confrontent à leur tour les règles et les rapports sociaux de pouvoir institués par l'organisation des services de santé mentale.

Au cours des deux prochains chapitres, je propose d'approfondir les liens entre ces différentes configurations communes aux *rodas* observées et les rapports sociaux de pouvoir qui traversent l'organisation des services de santé mentale à Campinas ainsi que la société brésilienne.

Chapitre 7 : Les *rodas* et les rapports sociaux de pouvoir

Dans ce chapitre, je réponds plus spécifiquement à ma question de recherche en me concentrant sur l'étude des rapports sociaux de pouvoir qui prenaient forme au sein des *rodas*. Pour ce faire, je reviens d'abord sur le cadre étatique et organisationnel dans lequel s'inscrivent les *rodas* du réseau de santé mentale Campinas. Plus précisément, j'analyse certaines particularités de l'État social brésilien et la manière dont celles-ci ouvrent la voie à un mode d'organisation hybride des services de santé mentale de cette ville. Ensuite, je dégage les contours d'une « grammaire militante » qui traverse cette organisation. Ancrée dans l'histoire des mouvements sociaux antiautoritaires brésiliens et de celle du réseau local de santé de Campinas, cette grammaire repose sur des règles de conduite implicites en rapport avec la manière d'analyser et de cogérer la crise de 2012.

À partir de cette analyse, il est possible de relever deux mouvements caractérisant les rapports sociaux de pouvoir qui traversent les *rodas*. Un premier agit sur la hiérarchisation des rapports entre les individus occupant différentes positions au sein de l'organisation des services (gestionnaires, professionnels de santé, destinataires, personnel de soutien). Un second mouvement contribue plutôt à exclure certains individus des *rodas*. Je conclus le chapitre en abordant des voies qui favorisent la production de subjectivation politique au sein des *rodas*, à savoir le partage de temps dans différents espaces ouverts, le partage d'affects et le partage d'un événement critique pour l'organisation de services.

Grandeur et misère de l'État social au Brésil

L'État social brésilien s'est construit à la fin des années 1980 dans un contexte social marqué par un ensemble de phénomènes : dictature politique, globalisation économique¹⁹⁴, précarisation du monde du travail, partenariats public-privé, philanthropie religieuse. Au fil de l'histoire de ce pays, les conditions de vie des populations ont alimenté des formes de vulnérabilité sociale et économique ainsi que le caractère permanent de ces vulnérabilités. Ce phénomène a toujours été au cœur de la réalité du Brésil. Le côté chronique de l'exclusion et de la misère est une problématique à laquelle l'État brésilien est confronté depuis ses débuts.

La Constitution de 1988 est venue établir la responsabilité de l'État, notamment, sur le plan du droit à la santé pour tous. Le Système unique de santé (SUS) et ses mécanismes de participation et de contrôle social ont peu à peu vu le jour dans les différentes villes du Brésil. Deux conséquences principales à cette institutionnalisation reviennent dans les études s'intéressant aux origines du Système unique de santé (Fleury, 2011; Escorel, 1999; Amarante, 2001, 2013; Vasconcelos, 2012; Paim, 2008). D'un côté, ce processus a forcé la transformation des structures administratives de l'État afin d'élargir le rôle et les pouvoirs des citoyens dans les processus de prise de décision étatique. D'un autre côté, le processus d'institutionnalisation a permis aux principaux acteurs des mouvements de la réforme sanitaire et de la réforme psychiatrique de s'engager exclusivement dans l'élaboration de projets et dans l'exécution de politiques publiques à titre de politiciens, de gestionnaires de services ou de professionnels de santé. Ce processus a eu pour effet de fragiliser les liens que ces acteurs entretenaient avec la base populaire, vers laquelle était pourtant dirigée la proposition de participation. De là est née toute l'importance stratégique et politique de la participation des destinataires. Selon Fleury (2011), leur participation constituait une preuve de la cohérence interne des mouvements sociaux de santé, et ce, malgré leur virage institutionnel.

¹⁹⁴ Santos et Avritzer (2002) soutiennent la thèse selon laquelle l'État social brésilien a vu le jour à cause des pressions exercées par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international. Selon eux, cela a contribué à la création d'une « démocratie à faible impact » (in Escorel et Moreira, 2008 : 992).

De telles innovations sociales et démocratiques ont été mises en place dans les villes du Brésil en parallèle avec un vaste mouvement de privatisation, notamment dans le champ de la santé¹⁹⁵ (Borges et al., 2012). Ce mouvement est porté par des lois, des politiques économiques et des programmes de modernisation de l'État regroupés autour du Plan directeur de la réforme de l'appareil d'État (PDRAE).

Les tensions constantes entre les réformes initiées par les mouvements sociaux de santé et celles proposées par le Plan directeur façonnent la mise en place des réseaux municipaux de santé mentale brésiliens. Ces deux projets de réforme de l'État se rejoignent à la fois sur le plan de la critique du fonctionnement hiérarchique et bureaucratique des services issus de la dictature (tel que le modèle taylorien) et sur le plan des alternatives pratiques proposées tels que l'organisation décentralisée et participative des services impliquant cote à cote des destinataires, des travailleurs, des gestionnaires et des élus locaux. Il subsiste toutefois une distinction importante, sur le plan normatif, qui se révèle en observant la réalité vécue au sein des *rodas* du réseau de santé mentale de Campinas. Ces deux forces constitutives du réseau local entrent en tension, voir même s'affrontent, dans le but de définir le sens et la portée d'un projet de démocratisation de la santé mentale à Campinas.

¹⁹⁵ La privatisation de la santé au Brésil se présente sous divers aspects, dont certains sont évidents, tandis ce que d'autres sont occultés par la «modernisation de la gestion». Un de ces aspects concerne le financement des services, structuré de façon telle qu'il donne le privilège aux acteurs qui œuvrent dans le domaine de l'assistance privée en santé. Il s'agit d'organisation de services de santé privées ou religieuses ayant passé un contrat de prestation de services avec le Système unique de santé, qui, du coup, est moins subventionné pour chacun de ses services qui déclinent en qualité et en quantité devenant l'alternative des pauvres. Ce processus est facilité par la figure juridique de l'«organisation sociale». L'État attribue un service d'intérêt public à une organisation de droit privé sans but lucratif reconnu par le pouvoir public comme «organisation sociale de santé». Cette dernière exerce alors une fonction de l'État. Cette stratégie avait été préconisée dès 1993 par la Banque Mondiale pour tous les pays d'Amérique latine (Soares, 2003).

Le réseau de santé mentale de Campinas en crise permanente

En 2012, le nouveau plan de santé mentale mis de l'avant par le Secrétaire municipal de santé de Campinas a transformé le sens et la visée des dispositifs participatifs du système d'analyse et de cogestion, en plus d'engager des coupures importantes – 1300 employés mis à pieds et la réduction du tiers du budget alloué au réseau. Ce virage n'empêche pas des individus de s'approprier certains dispositifs du système d'analyse et de cogestion et d'en créer d'autres afin de s'opposer à ce qui, selon eux, va anéantir leur projet local de démocratisation de la santé mentale. Ils considèrent ces décisions du Secrétaire municipal de santé comme la cause de la plus importante « crise » que le réseau avait connue.

Pour Borges et al. (2012), une crise comme celle que traverse le réseau de santé mentale de Campinas en 2012, constitue une phase s'inscrivant dans une stratégie plus large de privatisation de l'État. Pour ces chercheurs brésiliens, le Système unique de santé est traversé par des « cycles de privatisation » portés par différentes forces politiques et économiques. Il s'agit d'un mouvement de transfert des responsabilités du secteur public vers le secteur privé, ce qui inclut la sous-traitance des forces de travail et de l'administration des unités de santé¹⁹⁶. Ce mouvement consiste à « créer un climat de crise afin de faciliter l'engagement des responsables politiques (les pouvoirs exécutif et législatif) vers des prises de décision et l'emploi de mesures drastiques » (Borges et al., 2012 : 99). Ce climat de crise est, selon ces chercheurs, alimenté par les grands médias, par les conglomérats nationaux d'entreprises privées de santé et par les principaux syndicats de travailleurs du secteur public:

L'idée du « droit à la santé » tel que garanti par la Constitution de 1988 a été individualisé par les médias, ce qui a nui à l'image du Système unique de santé dans l'opinion publique. Le Brésil n'a pas pris soin du SUS, qui constitue maintenant, dans l'imaginaire

¹⁹⁶ Borges et al. (2012 :96) constatent que le processus de transfert des responsabilités du secteur public vers le secteur privé affecte aussi la place et le pouvoir du citoyen dans l'organisation et dans les différentes instances locales de participation sociale. En effet, le citoyen passe de la position de contribuant et de « copropriétaire » de l'organisation à celle de client et d'utilisateur de services. Avec ce changement de rôle, les intérêts privés tendent à dominer ceux des citoyens, ce qui nuit à la réglementation gouvernementale orientée par des intérêts publics.

populaire, un programme résiduel d'assistance pour les plus défavorisés. Sur le plan politique, une telle vision permet de justifier la pertinence d'un projet mercantile pour la santé dans le but de remplacer celui du mouvement sanitaire. Ainsi, des politiciens, financés par les grands capitaux de la santé, soumettent le SUS au clientélisme, au patrimonialisme, encore très présent dans la politique brésilienne. Ces derniers font du lobbysme auprès des marchés, ils appuient la privatisation des unités de santé et n'appuient pas les politiques sociales qui consolident le SUS. Les grands syndicats - des acteurs importants du processus de la réforme sanitaire brésilienne - appuient le SUS au sein des espaces du contrôle social tout en défendant l'importance de leur système d'assurance santé privée. Voici le contexte politique qui « emprisonne » le développement du SUS (Borges et al., 2012 :62).

Les recherches de Borges et al. (2012) mettent aussi en lumière la manière dont les acteurs impliqués dans le quotidien des réseaux locaux de santé ne sont généralement pas au fait du déroulement des « cycles de privatisation » en cours. Ils expliquent cela, entre autres, par la complexité des processus politiques à l'œuvre. Ma recherche démontre le contraire, du moins en ce qui concerne les protagonistes des *rodas*. Ces derniers sensibilisent sans relâche la population aux enjeux politiques, économiques et sociaux traversant la crise et mobilisent la population à lutter contre les mesures d'austérité du gouvernement local. Ils agissent aussi sur les scènes politiques (municipale, étatique et fédérale), universitaire et médiatique afin de souligner le rôle fondamental du réseau local sur le plan de l'accès au droit à la santé et du respect de la dignité des individus vivant avec des problèmes de santé mentale. Le grand mouvement de mobilisation nationale de juin 2013 –nommé le mouvement « Basta! » (Ça suffit!) - contredit aussi ces chercheurs. En effet, cette vague citoyenne est justement venue s'opposer en bloc à ces cycles de privatisation qui menaçaient le droit à la santé, à l'éducation et à un transport public de qualité (Moraes et coll. 2014).

La prégnance des *rodas* au sein du réseau de santé mentale de Campinas s'expliquent peut-être par le fait qu'au Brésil, une lutte citoyenne permanente se livre pour garantir les droits à la santé pour tous, et ce, malgré une constitution, des lois et des politiques publiques parmi les plus progressistes du monde. Cette lutte citoyenne permanente se mène d'une crise à l'autre. Ces agencements de crises et de luttes accompagnent aussi le rythme des élections municipales, étatiques et fédérales.

Avant de me pencher sur les *rodas* de Campinas et sur les rapports sociaux de pouvoir qui les traversent au quotidien, je propose de revenir sur les spécificités de l'organisation du projet de démocratisation de la santé mentale au sein de laquelle elles ont vu le jour.

L'organisation d'un projet de démocratisation malgré tout

Au fil de l'histoire du réseau de santé mentale de Campinas des individus créent et mettent en place un modèle alternatif de gouvernance collaborative fondé sur l'idée de « cogestion » :

Premièrement, l'idée d'une cogestion est née. Cette idée d'une cogestion était déjà une innovation, puisqu'elle n'est pas gérée ni par l'État, ni par le Candido, ni par l'UNICAMP. Elle est un autre élément formé par ces trois organisations et c'est ça qui ouvre vers de nouvelles expériences. Avec la cogestion, on essaye de construire une chose nouvelle, une nouvelle façon de faire de la gestion d'une chose privée en train de devenir publique. (Enrico, superviseur institutionnel d'un CAPS du district 2)

Contrairement à ce que je pensais au début de l'étude, le modèle alternatif de gouvernance collaborative ne repose pas sur le système d'analyse et de cogestion (SACOG) implanté dans les années 2001, mais bien sur une structure inter-organisationnelle à l'interface entre : le Département de santé collective de la Faculté de médecine de l'Université d'État de Campinas, les Services de santé du Candido Feirreira et certaines équipes de fonctionnaires travaillant pour le Secrétaire municipal de santé élus sous la bannière du Parti des travailleurs de 1988 à 1990 et de 2001 à 2004. Les individus - des élus locaux, des professeurs universitaires, des gestionnaires, des travailleurs et des destinataires - qui transigent au sein de cette structure à triple « hélices » sont à l'origine du système d'analyse et de cogestion et en assurent la pérennité notamment en variant leur position au fil du temps¹⁹⁷.

¹⁹⁷ Par exemple, un professeur universitaire occupait un poste de gestion lorsque le gouvernement du Parti des travailleurs (PT) a été élu. Il est revenu à son poste de professeur après la fin du mandat du PT. Un autre individu était fonctionnaire public et est devenu coordinateur d'une unité de services du Candido. Un autre encore était

Un tel constat rejoint en partie celui de certaines études en sociologie des innovations¹⁹⁸. En effet, il a été démontré depuis longtemps comment les « réseaux à triple hélices » composés d'universités, d'entreprises et de gouvernements tendent à favoriser la « production d'innovations » entre autres dans le champ des sciences et du développement de nouvelles technologies (Leydesdorff et Etzkowitz, 2000; Powell et Grodal, 2005¹⁹⁹). De tels réseaux présentent aussi les avantages de réduire les coûts et de partager les risques encourus ainsi que les connaissances et les ressources susceptibles de favoriser le déploiement d'innovations entre les différentes organisations impliquées. Or, contrairement aux réseaux à triple hélices créés dans le but de produire et de diffuser des innovations dans les champs de la science et du développement technologique, celui observé dans cette étude a plutôt émergé dans le but d'assurer la continuité d'un projet de démocratisation inspiré de la réforme psychiatrique. C'est aussi pour consolider un tel projet qu'a vu le jour l'innovation collaborative du système d'analyse et de cogestion.

psychologue du CAPS Maio et a réalisé une maîtrise au Département de santé collective de l'Université d'État de Campinas pour ensuite devenir gestionnaire des services Candido.

¹⁹⁸ Dans ces travaux, l'innovation est conçue comme un processus par lequel des découvertes de différente nature (technique, stratégique, relationnelle) se transforment en des pratiques nouvelles répondant à des demandes ou à des besoins spécifiques du milieu. Elles se distinguent ainsi des « inventions », notamment par leur potentiel à être transférées d'une organisation ou d'un réseau d'organisations à l'autre (Alter, 2000). L'analyse des « processus de production de l'innovation » consiste à comprendre les étapes et les actions qui permettent de passer d'un état de connaissance à celui d'innovation. Un tel processus est aussi marqué par des rythmes instables et incertains issus des croisements d'intérêts, de croyances et de comportements rationnels, mais aussi passionnels. Par exemple, les travaux d'Alter (2000) démontrent comment l'innovation se produit au fil de processus d'interactions complexes entre des acteurs appartenant à une ou plusieurs institutions différentes. Le ou les « innovateurs », qu'ils soient des individus, des organisations ou des réseaux d'organisations, disposent, la plupart du temps, d'une grande volonté de changement ainsi que de capacités spécifiques leur permettant de transformer une dimension de la réalité.

¹⁹⁹ Powell et Grodal (2005) observent les effets de « synergie » que produisent les réseaux d'organisations. Cette synergie au cœur de l'innovation serait d'autant plus forte que l'organisation a de partenariats avec des organisations différentes. Plus précisément, ce serait les liens « faibles » (Granovetter, 1974), c'est-à-dire les liens entre des acteurs distincts de par les réseaux auxquels ils appartiennent (de divers pays par exemple) de par leur type ou leur nature (État, université, entreprise), qui favoriseraient la « synergie innovatrice ».

Au moins depuis les dictatures brésiliennes, le Département de santé collective de l'Université d'État de Campinas joue un rôle politique significatif en faveur de la réforme sanitaire et de la réforme psychiatrique en s'opposant à tout ce qui nuit à leur déploiement dans la ville et au pays. Il s'agit aussi d'un lieu de production de connaissances et de pratiques innovantes sur le plan de la démocratisation de l'organisation des services de santé. Durant notre terrain, des étudiants et des professeurs de ce Département participent activement à la formation et à la supervision de gestionnaires, de travailleurs ainsi que de destinataires du réseau local de santé. Il s'agit d'un lieu de rencontres et de débats important entre ces acteurs du réseau, les professeurs et les étudiants :

L'université maintient notre esprit ouvert et crée un champ de recherche, d'interaction et de renouvellement pour les étudiants. Une bonne partie des équipes du réseau font des cours avec nous, ils sont la jeunesse. Je faisais un sondage l'autre jour et presque 1/3 des équipes des CAPS a étudié ici, dans le programme de résidence multi-professionnelle, et cet échange de supervision institutionnel, d'appui institutionnel et de mouvements sociaux est important parce que l'université protège. En ayant l'université qui s'engage et qui le surveille ainsi, le gouvernement ne peut pas démonter, fermer. Il peut le faire, c'est vrai! Mais, c'est plus difficile. L'Université est une ressource importante pour la survie du réseau, elle lui donne de l'autonomie en rapport au gouvernement. Pour que tu puisses te faire une idée, lorsque le gouvernement devient trop anti Système unique de santé le nombre d'étudiants qui s'inscrivent dans nos programmes augmente. Aujourd'hui on m'a dit : « Tu verras, l'année prochaine on aura besoin de plus de cours, car les personnes doivent survivre au nouveau gouvernement ». Alors, elles viennent ici penser, discuter (Vitor, professeur du Département de santé collective de l'Université d'État de Campinas).

Le Candido joue aussi un rôle fondamental dans la pérennité du réseau de santé mentale de Campinas par-delà les mesures de certains gouvernements élus qui s'opposent au Système unique de santé et à la réforme psychiatrique :

Le Candido a assuré une certaine continuité du réseau. Avoir le Candido comme principal acteur de la réforme psychiatrique à Campinas, a rendu le projet municipal beaucoup moins vulnérable aux changements politiques des gouvernements, de partis, que dans d'autres endroits. Le gouvernement changeait, le parti changeait, le Secrétaire de la santé changeait, cependant, au Candido restaient en poste les mêmes personnes, la même administration, la même façon de penser et cela a fait en sorte que le projet, peut-être pas avec la vitesse qu'on aimerait, ait pu continuer. C'est quelque chose qui était là, quelque chose de stable sur lequel on peut compter et qui cheminait vers une certaine direction, celle de la réforme psychiatrique. Le Candido n'était pas une panacée, mais je

pense qu'il était un mal nécessaire pour que la réforme puisse continuer à fonctionner d'une manière continue, plus stable. À partir du moment où on enlève cet acteur de la scène, on reste complètement assujéti à des changements politiques qui sont hors de notre contrôle. (Joseph, psychiatre responsable de la résidence psychiatrique du CAPS Maio)

Un peu comme le sous-entend Joseph, la cogestion des services par un réseau à triple hélices est mise en péril par l'arrivée du nouveau plan de santé mentale. Pour Mika, une psychologue du CAPS Maio, cela ne fait aucun doute :

Le gouvernement actuel dit clairement : « Ce nouveau plan, c'est un plan de prestation de services, un contrat avec le Candido. Ce n'est pas de la cogestion! » Ils disent « Ce que vous nommez cogestion n'existe pas. Nous voulons un service, nous vous offrons un contrat et vous organisez les services. Ok? » À partir du moment où le gouvernement conçoit ce nouveau plan de santé mentale comme un contrat de services et pas comme de la cogestion, cela lui donne la possibilité de changer pour une autre organisation privée dès qu'il n'est pas satisfait des services offerts. Si c'est de la cogestion, avant qu'il y ait un changement, il doit y avoir un dialogue avec les autres co-gestionnaires. Si c'est un simple contrat de services et que d'ici six mois il y a un changement de maire à la ville, que ce nouveau maire dit : « Je ne veux plus de vos services, je préfère les services de cette entreprise privée qui va faire les choses à ma manière. Vous n'avez pas votre mot à dire en rapport à ma décision parce que vous n'êtes pas des co-gestionnaires, vous êtes de simples contractuels. » Selon moi, ce changement qui a eu lieu avec le vote du nouveau plan de santé mentale est très dommageable parce que maintenant qui décide, c'est le gouvernement et, le gouvernement actuel, on ne peut pas se fier dessus en matière de santé mentale. Tu vois comment on est à la merci des volontés politiques changeantes maintenant? La santé mentale vient d'être soustraite complètement des dialogues avec les professionnels, l'université et les mouvements sociaux. J'ai peur de ce qui va arriver avec la santé mentale dans la ville maintenant. (Mika, psychologue du CAPS Maio)

Au fil de l'histoire de la construction de cette cogestion, des individus se rencontrent, débattent, rient, chantent, dansent et tissent des liens par l'entremise de *rodas* qui voient le jour au sein des CAPS, à l'université, dans la rue, dans des rencontres de syndicats ou de partis politiques, à l'Hôtel de ville, aux fêtes d'un ami, dans des cafés. L'observation de ces *rodas* a notamment permis de relever la prégnance d'une « grammaire militante ».

Une grammaire militante au sein des *rodas*

La grammaire militante dont il est question ici est ancrée dans l'histoire de mobilisation de différents acteurs sociaux tels que les universités, les mouvements sociaux et les partis politiques de Campinas et du Brésil. Elle repose sur des normes implicites en rapport à la manière d'analyser et de cogérer la crise affectant le réseau local de santé mentale de cette ville. Des protagonistes engagés dans la lutte pour la démocratisation de la santé mentale véhiculent ces normes au sein des *rodas* induisant ainsi de nouveaux rapports sociaux de pouvoir entre les individus impliqués. Avant d'aller plus loin, je propose de préciser le sens donné à la notion de grammaire.

Le concept de grammaire

En sociologie, le concept de grammaire se répand aujourd'hui dans la foulée des travaux de Martuccelli (2002) autour des « grammaires sociologiques de l'individu ». Par cette notion, ce sociologue relève à quel point « l'individu n'est pas uniquement un acteur social. Il engage aussi, même si la sociologie a parfois trop tendance à l'oublier dans ses démarches méthodologiques, une définition normative informant en profondeur les pratiques sociales. » (Martuccelli, 2002 : 13). Bien que Martuccelli n'en fasse pas mention, c'est surtout au philosophe du langage Wittgenstein que revient la popularité de cette notion en sciences sociales.

Au début du XXe siècle, Wittgenstein s'interroge : comment connaître la signification d'un mot abstrait si le mot signifie systématiquement un objet? Par cette question, il met au jour le côté simpliste de la conception instrumentaliste du langage qui ne tient pas compte des nuances représentatives tel que le contexte de l'usage des mots et de la multiplicité de ces usages possibles. Il postule alors que la compréhension du mot demeure nécessairement reliée à l'usage et à son contexte et que, les différents usages demeurent nécessairement

dissemblables au cours des «jeux de langage». Selon Chauviré (2003 :11), ce qui l’importe « c’est l’usage réel de nos expressions dans leur vrai contexte : la vie ordinaire, c’est-à-dire dans la variété de nos jeux de langage ». Par de nombreux exemples tirés des jeux de sociétés, Wittgenstein (1953, [2004]) expose aussi la nature floue de ces jeux de langage. Pour lui, le jeu de langage est comme un réseau complexe d’analogies possibles où il n’y a pas d’unité (de point commun) entre toutes les dimensions du jeu, mais bien des points d’apparements; des «ressemblances familiales» (ou des « airs de famille »). Celles-ci formeraient un ensemble de pratiques linguistiques propre à chaque langue qu’il nommait «formes de vie». Ainsi, à ses yeux, le langage est une «forme de vie» plutôt qu’un simple outil. Dans cette perspective, Mouffe avance que, pour Wittgenstein, les règles et les normes de la grammaire²⁰⁰ sont « always abridgements of practices, they are inseparable from specific forms of life. » (Mouffe, 2000 :68).

Pour Lemieux (2012 :204) : « Le concept wittgensteinien de grammaire redéfini dans la perspective d’un usage en sciences sociales n’est pas, et ne revendique pas d’être, l’usage qu’en faisait Wittgenstein [...]. » À ce sujet, Lemieux précise notamment qu’il « n’étudie jamais ce qu’il appelle « grammaire » en menant une enquête dans les formes de vie auxquelles les jeux de langage qu’il utilise sont liés, comme le ferait de son côté un ethnologue. » Une telle recherche empirique impliquerait d’ajuster la notion de grammaire wittgensteinienne afin, souligne-t-il « [...] de transformer ce qui est au départ un concept de philosophe en un concept qui soit opératoire vis-à-vis du type d’enquêtes qu’il nous revient de mener en sciences sociales. ». Dans cette perspective, il définit la grammaire comme « l’ensemble des règles à suivre pour être reconnu, dans une communauté, comme sachant agir et juger correctement. » (Lemieux, 2009 :21).

²⁰⁰ Pour lui: « la grammaire ne dit pas comment le langage doit être construit pour atteindre son but, pour agir de telle et telle manière sur les hommes. Elle décrit seulement l’emploi des signes et ne l’explique d’aucune façon. » (Wittgenstein, 1953 [2004]:198-199).

En s'inspirant de Lemieux (2009, 2012), la notion de grammaire utilisée ici réfère à l'ensemble de règles à suivre dans la *roda* pour être reconnu, par les individus impliqués, comme sachant analyser et cogérer correctement la crise du réseau de santé mentale de Campinas en 2012. De plus, en m'inspirant de Wittgenstein, je conçois l'espace d'expression de la *roda* comme une « forme de vie » de laquelle émerge un « air de famille » ou plutôt une « grammaire militante » entre les échanges des individus impliqués. Je propose ainsi de comprendre les moyens par lesquels ces derniers cherchent à prendre prise sur ce qui advient, c'est-à-dire à surmonter leur impuissance au sein de l'organisation des services de santé mentale. L'intention est ici de faire émerger une grammaire depuis la description via la clarification des règles de conduite sur lesquelles les individus prennent appui pour analyser, critiquer, cogérer et agir sur la crise du réseau de santé mentale de Campinas.

Une grammaire fondée sur des règles de conduite véhiculées par des militants

La grammaire militante véhiculée dans les *rodas* repose sur des règles de conduite en rapport à la manière dont les individus doivent analyser et cogérer la crise du réseau. Ces règles se réfèrent, de près ou de loin, au « bon » modèle de gouvernance collaborative : celui qui s'inscrit dans la réforme sanitaire (en s'intégrant notamment aux dispositifs de participation et de contrôle social du Système unique de santé comme le Conseil municipal de santé), dans la réforme psychiatrique (en s'agençant aux CAPS et aux divers espaces de parole comme la réunion d'équipe et l'assemblée d'usagers) ainsi que dans tous les autres dispositifs du système d'analyse et de cogestion propre à la ville de Campinas (comme le Collectif des travailleurs de santé mentale du district 3). Ce modèle de gouvernance collaborative en réseau se veut, *in fine*, le meilleur instrument pour avancer dans la démocratisation de santé mentale.

Pour le dire dans les mots des individus rencontrés, cet instrument de gouvernance collaborative ne doit donc pas être « étatique », mais bien « public »²⁰¹.

Des règles implicites viennent dicter comment réaliser ce travail « public non-étatique ». Celles-ci sont véhiculées par des individus circulant dans la plupart des espaces de prise de parole institués ou non au sein et entre les trois hélices (l'Université d'État de Campinas, le Candido, le gouvernement municipal) du réseau de santé mentale. La plupart de ces individus cumulent plusieurs « chapeaux » ce qui facilite leur circulation. C'est-à-dire qu'ils sont souvent étudiant, chercheur ou professeur au Département de santé collective de l'Université ET destinataire, travailleur, gestionnaire ou superviseur institutionnel au sein du réseau de santé mentale ET militant syndical au sein de la Commission des travailleurs du Candido, dans un parti politique ou dans des associations citoyennes de luttes de droits²⁰².

Ces règles de conduite concernent notamment la manière d'analyser les enjeux sociopolitiques et socioéconomiques en amont de la crise. Il faut sensibiliser, réfléchir et analyser collectivement ces enjeux plus larges, sans trop faire allusion à sa situation personnelle. Parler de comment l'on vit personnellement les coupures et les mises à pied est souvent jugé comme une forme d'individualisation de problèmes sociaux, politiques et économiques « plus importants », voir et même, comme une forme d'aliénation. Autrement dit, il ne faut pas que les mesures d'austérité du gouvernement restreignent les débats des *rodas* à l'horizon des intérêts personnels, au risque de perdre de vue le projet de démocratisation à l'origine du réseau. Par exemple, une protagoniste explique que:

Les usagers n'ont pas vraiment d'autonomie politique et, d'une certaine manière, je crois qu'une bonne partie des travailleurs aussi sont dépolitisés sur le plan de la politique de la réforme psychiatrique. Les personnes n'ont pas une idée claire de l'importance de leur rôle et de la place qu'elles occupent et aussi du sens que cela a socialement. Ça c'est un

²⁰¹ Comme exposé dans le Chapitre 4, l'« étatique » réfère pour eux à la « lourde » structure bureaucratique de l'État brésilien construite au fil d'une histoire marquée par les dictatures, alors que le « public » réfère à ce qui est « réellement » porteur sur le plan social et démocratique.

²⁰² Tel que l'association locale des usagers et travailleurs de services de santé mentale *Aflore*.

risque parce qu'alors tu vas sur le travail automatique, tu ne penses pas à ce que tu es en train de faire au sein de la roda, quel impact cela peut avoir sur un plan plus large ou même sur l'organisation du travail. Tu penses juste à ton gros nombril : « Ah! Ils me refilent tous les cas les plus difficiles, tout me revient! » Alors commencent à ressortir tous les petits mécanismes de défense, alors tu te fermes, tu ne regardes plus, tu n'accueilles plus la souffrance des autres, tu n'écoutes plus et tu ne penses plus au projet de démocratie que tu portes, qu'on construit là-dedans. (Janete, psychologue du CAPS Maio)

D'autres règles viennent plutôt dicter la manière d'agir sur la crise. Tous les individus impliqués dans le réseau doit se mobiliser, participer, agir ensemble au sein des *rodas* afin de lutter pour préserver les droits durement acquis par l'entremise du réseau de santé mentale. Par exemple, un protagoniste explique pourquoi, selon lui, des travailleurs du réseau sont « moins engagés » dans la défense de la réforme psychiatrique :

La réforme psychiatrique a déjà été un mouvement, une force politique vraiment plus intense qu'elle ne l'est maintenant. Il fut une époque où l'idée de lutte anti-asilaire prenait tout son sens. C'était une lutte, des moments de tensions constantes; on ouvrait de nouveaux services, on faisait différemment les choses et tout cela s'est réellement imprégné dans les personnes qui vivaient tout cela. Ça se traduit dans la capacité de réfléchir, dans la capacité d'analyser les enjeux de la réforme psychiatrique qui en était une pour vrai. Aujourd'hui la gang de jeunes sortent de l'université entendent parler de cela, mais prennent tout cela tout cuit dans la bouche. Tu commences à travailler dans un CAPS aujourd'hui et tu sais que le projet est de faire des rodas, mais tu ne sais pas vraiment pourquoi tu participes aux rodas. Durant la crise tout cela était vraiment évident! Lorsque l'enjeu débattu touchait aux problèmes personnels, de défense de son emploi, ils se mobilisaient. Mais quand l'enjeu devenait : « Allons défendre le projet de démocratisation ! » La mobilisation des travailleurs du CAPS se réduisait de manière absurde. La question de l'idéologie, de l'engagement pour la réforme psychiatrique se perd beaucoup maintenant. Il y a vraiment peu d'engagement sur le plan de la participation formelle et même dans les *rodas* les plus diverses possibles comme celles des réunions d'équipe jusqu'aux forums entre les services en passant par les assemblées d'usagers. Il y a peu de professionnels qui expriment le fond de leur pensée dans ces espaces. 20% comme cela? C'est toujours les mêmes qui parlent sur tous les enjeux parce que pour les autres ces discussions, ces débats, n'ont pas de sens. Ils ne s'impliquent pas en rapport à ce qui est discuté. Du genre : « Ok, décidez là et moi je vais travailler en accord avec ce que vous allez décider. » Ils suivent le vent, ne s'engagent pas effectivement dans les débats, dans la construction collective en train de se faire (Joseph, psychiatre responsable de la résidence psychiatrique du CAPS Maio).

L'importance qu'accordent les protagonistes à l'engagement tout comme les règles de conduite qu'ils véhiculent à propos de la manière d'analyser et de comment agir en contexte de crise et d'austérité traversent la plupart des échanges au sein des *rodas* allant jusqu'à influencer les rapports sociaux de pouvoir.

Les rapports sociaux de pouvoir traversant les *rodas*

Les *rodas* observées s'inscrivent dans un contexte social marqué par de profondes inégalités sociales et économiques entre les participants. Tout comme la plupart des grandes villes du Brésil, Campinas fait face à la complexité et aux difficultés liées à la migration urbaine, à l'accroissement des quartiers bidonvilles (*favelas en portugais*), à la criminalité à la pauvreté qui approfondissent ces inégalités déjà très marquées. Celles-ci influencent les rapports sociaux de pouvoir qui se déploient au sein des *rodas* de diverses manières. À titre d'exemple, par manque de ressources financières, les destinataires et les travailleurs au bas de l'échelle salariale de CAPS (auxiliaire infirmier, agent de sécurité et préposé à l'entretien) vont rarement dans les restaurants ou les cafés où se réunissent les autres et où voient souvent le jour des *rodas*. Ils y vont parfois si un professionnel ou un gestionnaire leur « paient la traite », ce qui est assez rare. De ces travailleurs au bas de l'échelle, plusieurs me confient aussi devoir cumuler jusqu'à trois emplois dans divers établissements de santé afin d'avoir un salaire qui convienne à leurs besoins. Ils n'ont donc pas non plus le temps de suivre toutes ces *rodas*. Il s'agit alors d'espaces où les gestionnaires et professionnels de la santé peuvent discuter sans se soucier de les croiser.

De surcroît, les destinataires et les travailleurs au bas de l'échelle n'ont pas accès à un véhicule et se déplacent en transport public²⁰³. De par l'état précaire du système de transport

²⁰³ Le CAPS offre une passe mensuelle à la majorité des destinataires par l'entremise d'un programme municipal, mais avant que ce processus administratif puisse être conclu, il peut s'écouler plusieurs mois. Sans cette aide, des destinataires n'ont pas la capacité de se déplacer facilement.

de la ville, il leur est difficile, et surtout très long, de se rendre et d'aller d'une *roda* à l'autre. Devant ces limites d'accès, plusieurs renoncent à y participer. Une manière d'agir sur de telles inégalités au sein des *rodas* est sans doute d'offrir des moyens pour favoriser la présence de tous en prenant en considération les différences, notamment sur le plan des disponibilités et des ressources financières.

Qui plus est, des inégalités liées à l'accès à une éducation de qualité se révèlent dans les capacités limitées de certains participants - des travailleurs et des destinataires issus de quartiers défavorisés - à comprendre et à débattre dans les *rodas*. La majorité des destinataires du CAPS Maio ont aussi souvent de la difficulté à participer aux échanges en raison de leur capacité à s'exprimer verbalement et rationnellement. Avec la grammaire militante, même les professionnels de la santé qui n'ont pas étudié dans une université publique comme l'Université d'État de Campinas, ou qui n'ont aucune expérience de militance au sein de mouvements sociaux (étudiants, anti-asilaire, sanitaire, anticapitaliste), se sentent limités dans leur capacité à prendre part aux *rodas*.

Les *rodas* s'inscrivent aussi dans un contexte organisationnel, celui du réseau de santé mentale de la ville de Campinas. L'organisation quotidienne de tels services est fondée sur une division des pouvoirs entre les individus en fonction de leurs activités - de supervision, de gestion, d'intervention clinique, d'entretien ménager ou de réhabilitation psychosociale. Cette division traverse de part en part les rapports sociaux de pouvoir des *rodas*. Elle se traduit notamment par les règles de participation aux dispositifs institués ainsi que par l'écoute et le temps de parole accordé à chacun. Par exemple, les destinataires, les préposés à l'entretien et les agents de sécurité ne peuvent pas participer aux réunions d'équipe du CAPS Maio.

Malgré ces inégalités instituées, j'ai observé comment, dans les échanges au sein des *rodas*, la position occupée dans l'organisation des services (gestionnaire, professionnel de santé,

préposé, destinataire) devient secondaire à partir du moment où les activités militantes demeurent semblables²⁰⁴. Par exemple, Fernando, un destinataire du CAPS Maio, reçoit une pension de vieillesse du gouvernement en plus de bénéficier d'un héritage de sa tante. Ce dernier prend le temps de participer à plusieurs *rodas*. Il est aussi membre d'un groupe de recherche universitaire au Département de santé collective de l'Université et d'un comité d'usagers du Candido. Il est bien connu des protagonistes. Il a souvent des *lifts* pour aller d'une *roda* à l'autre. Son revenu, sa disponibilité et ses engagements au sein de dispositifs de participation des trois hélices du réseau lui permettent d'avoir accès à des informations privilégiées, de prendre part aux débats et aux prises de décision, en plus de tisser des liens d'affinité avec des gestionnaires et des professionnels de la santé. Selon lui :

Toute forme d'implication de notre part compte. Aujourd'hui, je vois que notre participation est très importante dans les *rodas*, parce que c'est impossible autrement... C'est comme ça, le fonctionnaire, le travailleur dit « ça et ça », mais si je suis là avec eux je vais parler et je dis que je bénéficie des services du CAPS, alors je trouve que pour cela c'est une lutte à poursuivre. Je crois que le public est aussi dans notre esprit. Si tout le monde dit « le CAPS ne vaut rien, pourquoi on a le CAPS? » Alors il faut lui donner de la valeur, donner notre témoignage: « Je suis comme ça et comme ça! Je suis bien après le CAPS! » Alors, je trouve que c'est une lutte qu'il faut poursuivre de tous les côtés, autant par les personnes qui y travaillent que par celles qui font le traitement. Même si demain, ou le jour après, la personne se rend compte qu'elle n'a plus besoin de venir au CAPS, elle doit appuyer la cause et toujours encourager. Parce que comme dit l'autre: « Un ballon qui roule est toujours suivi par un enfant. » Donc, ça veut dire qu'il y aura toujours une autre personne qui aura besoin du CAPS après nous. J'aimerais mieux que tout le monde soit en santé et que personne n'ait besoin du CAPS, mais il y a ça qui arrive parfois. (Fernando, destinataire du CAPS Maio)

Aux yeux de Fernando, la participation aux *rodas* est une occasion de manifester son appui aux travailleurs, au CAPS Maio et à ses pairs qui auront besoin des mêmes services que lui un jour.

²⁰⁴ Cependant, seuls certains professionnels de la santé (psychologue en tête, mais aussi ergothérapeute, infirmier, pharmacien, travailleur social et psychiatre) peuvent se voir confier un poste de gestion suite à leur engagement continu au sein des *rodas*. Ainsi, plus ils sont perçus comme engagés dans les luttes politiques pour défendre la réforme psychiatrique et la réforme sanitaire, plus ils augmentent leurs chances d'acquérir de nouvelles responsabilités de gestion. Une fois arrivé là, ils sont davantage jugés en fonction de leur manière d'incarner et de véhiculer la grammaire militante plutôt qu'en fonction de leurs compétences de gestion.

C'est à travers leur participation active au sein de différentes *rodas* que des destinataires engagés, comme Fernando, ont la possibilité de vivre des rapports sociaux de pouvoir plus égalitaires avec les travailleurs et les gestionnaires que ceux institués par l'organisation du travail du CAPS Maio. D'autres n'ont pas l'occasion, les moyens et l'envie d'adopter des conduites militantes en participant aux *rodas*. Ils sont ainsi exclus de plusieurs échanges. Cette forme d'exclusion s'adjoit à celles produites par l'organisation des services et par les inégalités sociales et économiques.

Néanmoins, les *rodas* demeurent ouvertes à des pratiques spécifiques – les performances disjonctives – issues la plupart du temps des individus victimes de ces inégalités sociales, organisationnelles et « militantes ». Ces pratiques génèrent d'ailleurs des réflexions critiques en rapport à celles-ci. Pour comprendre ces pratiques propres aux *rodas*, il faut distinguer les pratiques de participation issues des dispositifs institués du système d'analyse et de cogestion et celles mises de l'avant par la grammaire militante des actes de démocratisation qui émergent au sein de ces espaces singuliers de prise de parole.

Les *rodas* comme leviers de démocratisation?

La visée démocratique du système d'analyse et de cogestion se traduit par une volonté de faciliter la réflexion et l'action sur les inégalités entre les « classes institutionnelles » de l'organisation des services de santé mentale. Comme de petits « incubateurs de démocratisation », les dispositifs de participation agiraient sur l'autoritarisme. Le projet d'institutionnalisation de tels dispositifs semble ainsi se soustraire à une longue tradition dans la plupart des sciences sociales et des sciences de la gestion, tradition qui considère que « (...) la gestion est avant tout une affaire de rationalité de technique, de stratégie, de planification, d'acte ou de changement intentionnel. » (Sévigny, 1993 : 118). L'aspect innovateur de ce modèle pratique sur la plan de la démocratisation ne doit pas faire perdre de vue la *roda*

comme acte micro-politique. Pour Guattari ([1989] 2012), une telle distinction ouvre sur l'enjeu des conditions de « production de subjectivation politique ». En se référant aux travaux de Guattari, Abélès (2014 :38) souligne que les processus de subjectivation politique :

[...] fluctuent en raison de la composition des agencements et du contexte événementiel. Dans ces conditions, l'acte politique ne saurait se subordonner à des appareils de pouvoir figés. Or, la lutte micro-politique est toujours susceptible de reproduire les modes de subjectivation dominants.

Dans le cas des *rodas* qui ont vu le jour dans la foulée de « l'évènement » de la crise du réseau de santé mentale de Campinas, cette « reproduction des modes de subjectivation dominants » prend la forme de rapports d'exclusion des individus se situant plus ou moins en dehors de la grammaire militante. Devant une telle reproduction, toujours selon Guattari et Abélès (2014, 39), « la question demeure celle de l'affirmation d'une nouvelle subjectivation de groupe. ». Il est possible de relever de ces *rodas* des chemins qui ont favorisé la production de subjectivation politique, à savoir, le partage de temps dans différents espaces ouverts, le partage d'affects et le partage d'un évènement critique pour l'organisation de services.

Du temps ensemble dans une pluralité d'espaces ouverts

Le temps passé ensemble dans les espaces physiques des établissements de services du réseau de santé mentale (CAPS, centre de santé, hôpital), des lieux d'activités organisées en réaction à la crise (hôtel de ville, rue, université) ou de ceux d'activités sociales (bars, restaurants, cafés) facilitent l'émergence de *rodas*. De par leur côté spontané, celles-ci favorisent la participation et l'inclusion d'individus autrement exclus des dispositifs institués de prise de parole. C'est notamment le cas des destinataires qui reçoivent une aide financière du gouvernement – que ce soit un soutien à l'invalidité ou une pension, pour les plus âgés d'entre eux. Ceux-ci ont généralement du temps. Plusieurs d'entre eux l'occupent en patientant dans les espaces physiques du CAPS ce qui leur permettent d'être là lorsque des *rodas* émergent entre les rencontres instituées d'une réunion d'équipe ou d'une assemblée d'usagers. Par exemple, à divers moments, des professionnels du CAPS prennent l'initiative de concevoir des

banderoles et des pancartes pour les manifestations ou pour les afficher au CAPS. Des destinataires se joignent à eux pour dessiner et ils échangent sur la crise dans la foulée.

Le partage d'un espace-temps entre les gestionnaires, les travailleurs et les destinataires facilitent aussi la remise en question de règles de participation au sein des dispositifs du CAPS Maio. Par exemple, la réunion d'équipe constitue en principe un espace de prise de parole entre les travailleurs et les gestionnaires. Or, à chacune des quinze rencontres observées entre avril et décembre 2012, des destinataires s'y joignent pour une période allant de deux minutes à deux heures; après quoi, un travailleur intervient pour lui indiquer la sortie. Si le destinataire demeure silencieux et est situé en dehors du cercle au fond de la salle, il reste généralement plus longtemps que si il s'assoit autour du cercle et qu'il prend la parole ou qu'il fait du bruit²⁰⁵. En plus du CAPS Maio, l'Hôtel de ville, les locaux des assemblées du Conseil municipal de santé et même la rue ont aussi été des espaces propices à la naissance de *rodas* entre des individus occupant des positions différentes au sein du réseau.

Ces divers espaces ouverts à la circulation et aux rencontres rendent possible, ce que Guattari (1994 in Ardoino et Lourau : 123) nomme des rapports « transversaux ». La transversalité diffère de la verticalité des rapports hiérarchiques ou pyramidaux, déterminés notamment par l'organisation du travail, tout comme « de l'horizontalité, c'est-à-dire d'un certain état de fait où les choses et les gens s'arrangent comme ils peuvent de la situation dans laquelle ils se trouvent. » Les rapports transversaux sont ceux qui surmontaient ces deux mouvements et tendaient à «se réaliser lorsqu'une communication maximale s'effectue entre les différents

²⁰⁵ À titre d'exemple, lors d'une réunion d'équipe, Timothée, un destinataire hébergé au CAPS, s'assoit à côté de la trentaine de professionnels durant une vingtaine de minutes. Après être resté silencieux, il décide de prendre la parole à son tour. Il affirme faire maintenant partie de l'équipe après quatre jours à dormir et cohabiter avec eux au CAPS. Il pose les questions suivantes : « Je ne fais pas partie de l'équipe moi? Je ne fais pas partie du CAPS moi? » Son intervenante de référence vient vers lui. Il repose ces deux questions avec une voix plus élevée. Elle l'invite alors à quitter la salle avec lui. Ils discutent un peu. On a appris par la suite qu'il est sur le point de retourner à la maison, ce qui est justement décidé avec elle à ce moment-là.

niveaux, et surtout dans les différents sens. » C'est aussi par de tels rapports que se produisent les « forces instituanes » que Guattari nomme plus tard « subjectivations politiques ».

Un rapport transversal au sein d'une roda se caractérise par le moment « intense » d'un échange; le moment producteur d'affects et d'engagements partagés, voire même, de complicités. Cette intensité partagée permet de mettre « entre parenthèses » la hiérarchisation des rapports sociaux de pouvoir induite par les positions que chacun occupe au sein de l'organisation des services. Plus précisément, l'échange transversal est un rapport entre au moins deux individus par lequel ceux-ci prennent en compte leurs différences pour en faire « quelque chose » d'autre ensemble. Ce « quelque chose » peut prendre la forme d'un débat, d'un chant, d'un fou-rire, d'une stratégie d'action ou d'une musique. Ces actes ont en commun de s'inscrire dans une lutte contre ce qui obstrue la production collective de subjectivation politique, tels que les positions hiérarchiques de l'organisation des services, les règles de participations instituées (qui a le droit d'y participer) ainsi que les règles de fonctionnement (tour de parole, discours rationnel, mode d'animation, disposition autour d'un cercle).

Le partage d'affects

Les *rodas* facilitent aussi un partage d'affects allant de l'interaction complice et spontanée à la relation d'amitié. J'ai été témoin de maintes réactions enthousiastes de la part des individus à l'arrivée d'un autre autour du cercle de la *roda*. Ces réactions peuvent prendre des formes expressives et non verbales, tel un large sourire, le fait de se ruer vers la personne pour l'embrasser chaleureusement à son arrivée. Elles peuvent aussi prendre des formes verbales : « Je suis contente de te voir aujourd'hui Julia. » J'ai aussi observé de nombreux échanges complices fondés sur la confiance et la confiance. Les thèmes de ces échanges touchent différentes facettes de la vie, des plus banales au plus intimes. Ces échanges constituent des agencements singuliers d'affects, de paroles et d'actes entre des individus se reconnaissant comme compagnons de lutte pour la démocratisation de la santé mentale à Campinas. Ils

produisent, d'une manière ou d'une autre, de la subjectivité partagée. Maria, une destinataire du CAPS Maio qui est souvent présente dans les espaces du CAPS en plus d'être très active dans les *rodas*, m'explique comment sa participation avec les travailleurs l'affecte:

Avec toute cette implication, cette collaboration avec les travailleurs du CAPS, je me demande quelle est ma place vraiment. Je suis usagère, travailleuse, militante? En fait, je me sens plus travailleuse parce que j'y arrive heureuse, les gens m'embrassent. Mais, pourtant, qui prendra soin de moi? Vais-je être capable de quitter le CAPS? Puisque j'ai créé un lien, n'est-ce pas? Je veux étudier, et tout, et le temps est court! Aurai-je le courage? (Maria, destinataire du CAPS Maio)

Pour cette femme et pour la majorité des destinataires qui ont la possibilité de se joindre aux *rodas*, l'expérience aux côtés de travailleurs et de gestionnaires du réseau est d'abord et avant tout celle d'un partage d'affects. Un tel partage amène même Maria à remettre en question sa place de « destinataire » au sein de l'organisation des services du CAPS, tout comme sa place dans la société. L'expérimentation d'autres rapports à autrui que ceux proposés par les dispositifs institués de participation lui inspire cette remise en question.

Le partage d'affects entre des gestionnaires, des travailleurs et des destinataires dans une pluralité de *rodas* mène à la création d'un climat de complicité et de créativité tournée vers l'action politique et artistique (création de marionnettes, de banderoles, de slogans, de chansons, de musique et de danse). C'est parce que les *rodas* sont ouvertes à de telles expérimentations qu'elles agissent sur la hiérarchie des positions au sein de l'organisation des services. Les *rodas* constituent, en ce sens, des leviers de démocratisation.

Un tel constat me rapproche d'une compréhension de la démocratisation comme d'un mode de subjectivation politique modifiant le cadre institué des rapports de pouvoir (Rancière, 1995). Je rejoins aussi les constats de Ickes (2013) sur les ruses de la domination des *rodas* de capoeira créées par les premiers esclaves afro-brésiliens, tout comme ceux de Bleil (2012) sur

la force politique et rassembleuse des pratiques de la « *mistica* » du mouvement des sans terre brésilien²⁰⁶.

La prise en compte collective d'évènements critiques affectant l'organisation

La notion de « crise » est constamment employée pour nommer la situation politique et économique vécue au sein du réseau de santé mentale de Campinas suite aux coupures et aux mises à pied. Elle constitue un élément clé permettant d'activer les discours et la grammaire militante au sein des *rodas*. Dans les différents échanges observés, cette notion consolide aussi un mouvement de convergence contre un ennemi commun, le Secrétaire municipal de santé au pouvoir et ses mesures d'austérité en santé mentale. Au sein des *rodas*, les protagonistes se servent aussi de la crise comme d'un « analyseur » des rapports sociaux de pouvoir (Baremlitt, 2003; Lapassade, 1975; Lourau, 1981).

Éléments de synthèse

Au cours de ce chapitre, j'ai d'abord exposé les particularités de l'État social brésilien et du mode d'organisation des services de santé mentale du réseau de Campinas. J'ai ensuite présenté la grammaire militante qui traverse les *rodas* observées. La prise en compte de cette grammaire a ouvert la voie à une compréhension plus fine des rapports sociaux de pouvoir qui y prennent formes.

²⁰⁶ Selon Bleil (2012), la *mistica* est la mise en scène des histoires vécues par les militants du mouvement des sans terre: L'objectif de cette pratique collective est de marquer les acteurs dans leur sensibilité et de donner un sens à leur lutte. Elle s'organise d'abord par la mise en évidence d'un problème ou d'une injustice. Ensuite, un ensemble d'objets chers aux membres du MST (leur drapeau, leurs terres, les fruits et les produits alimentaires produits dans les industries rurales), vont être exposés au public. Selon elle, cette pratique véhiculerait un travail de formation politique important. La pratique de la *mistica* serait aussi un moment de construction du collectif et de formulation d'une utopie en tant que critique de la réalité dans le présent de l'action.

Dans un premier temps, les *rodas* permettent aux individus occupant des positions différentes au sein de l'organisation des services de santé mentale de Campinas de partager du temps au sein d'une pluralité d'espaces ouverts tels que l'université, les établissements de santé mentale, l'hôtel de ville, la rue, les cafés, les restaurants et même les bars. Dans un deuxième temps, elles ouvrent la possibilité à un certain noyau d'individus (les protagonistes) qui transigent entre ces différents espaces, de mettre en commun leurs savoirs et leurs pratiques militantes acquis au sein de mouvements sociaux antiautoritaires. Dans un troisième temps, elles laissent libre cours à l'expression et au partage d'affects entre tous les participants présents et ce, peu importe leurs positions au sein de l'organisation des services. Ce partage peut prendre la forme d'accueil chaleureux, d'embrassades, de partage de nourritures ou de breuvages, d'ouverture aux rires, aux pleures, aux cris de joie ou de colère et même à la musique sous toutes ses formes. Finalement, bien que le réseau de santé mental de Campinas et, plus globalement, l'État social brésilien soient en crise permanente depuis leur avènement, l'ampleur sans précédent des mesures d'austérité qu'a subies ce réseau en 2012 a potentialisé la création de nouvelles *rodas* qui se sont adjointes à celles déjà existantes afin de lutter, de plus belle, pour la démocratisation de la santé mentale dans cette ville.

Les rapports que les *rodas* entretiennent avec l'organisation participative du réseau et plus largement avec la démocratisation de la santé mentale, voire même, de l'État social brésilien sont repris puis approfondis dans le prochain chapitre.

Chapitre 8 : Les *rodas* et la démocratisation par l'organisation participative

Depuis la fin de la dictature, l'État social brésilien s'est tourné vers une gestion participative et décentralisée des politiques publiques (Dagnino et Tatagiba, 2010; Pacheco, 2011). Cette orientation appelle une organisation des services souple, ouverte sur son environnement et capable de s'adapter à lui en mobilisant une diversité d'acteurs publics et privés, tous coresponsables de la réalisation d'objectifs souvent définis puis évalués par le haut, par une hiérarchie encore bien présente. Les dispositifs de gouvernance collaborative comme le système d'analyse et de cogestion (SACOG) du réseau de santé mentale de Campinas constituent des exemples de pratiques inspirées par ce mode de gestion qui participe de la flexibilisation de l'organisation des services. Cette recherche s'intéressait d'abord à découvrir ce mode de gouvernance collaborative unique au pays.

J'ai ensuite réalisé que la plupart des études récentes sur l'organisation participative des services de santé mentale au Brésil portaient sur la dimension institutionnelle de la participation, renforçant ainsi l'accent mis par les pouvoirs publics sur ce type de dispositif (Blondiaux et Fourniau, 2011 ; Sorensen et Torfing, 2005). Plus précisément, ces recherches ne prennent pas en compte les agencements entre, d'une part, les dispositifs institués de participation aux divers paliers de gouvernance locale (municipal, de district et organisationnel²⁰⁷) et, d'autre part, ces dispositifs et les espaces collectifs de prise de parole émergeant de manière informelle. De plus, elles portent soit exclusivement sur les dispositifs à l'échelle municipale, tels que les conseils municipaux de santé (CMS) (Borges et al., 2012 ; Coelho et al., 2005 ; Escorel et Moreira, 2009) soit exclusivement sur les dispositifs au sein

²⁰⁷ Dont les centres d'attention psychosociale (CAPS) conçue par la politique publique de santé mentale comme l'organisation par laquelle s'articule l'ensemble des services du réseau.

des centres d'attention psychosociale (CAPS). Le plus étudié de ceux-ci demeure celui de l'assemblée d'usagers (Costa et Paulon, 2012; Cunha et al., 2006). Les recherches sur les CMS mettent en lumière comment le pouvoir citoyen demeure limité par des enjeux externes liés à leur légitimité politique, aux mécanismes de reddition de comptes des gouvernements fédéral et étatiques ainsi que par des enjeux internes propres à leurs structures. En effet, celle-ci limite, entre autres, l'accessibilité à des individus plus vulnérables sur les plans social et économique. Les recherches portant sur les assemblées d'usagers de CAPS relèvent plutôt comment les échanges entre les destinataires sont la plupart du temps médiatisés par les besoins et les intérêts de l'organisation.

Tout en prenant en compte les médiations des intérêts des gouvernements et des structures organisationnelles, la présente recherche met en lumière la présence d'espaces de prise de parole – les *rodas* - émergeant à partir et par-delà les dispositifs institués de participation aux différents paliers de gouvernance (municipal, de district et organisationnel). Les résultats démontrent la manière avec laquelle les *rodas* se créent entre la participation instituée et les processus de démocratisation en cours dans la ville de Campinas. La compréhension de tels espaces de prise de parole implique de ne pas confondre la présence de dispositifs de participation avec les processus de démocratisation en cours.

Dans cette perspective, ce dernier chapitre permet d'abord de situer ma recherche sur les *rodas* du réseau de santé mentale de Campinas par rapport aux questionnements théoriques de départ autour de l'idée de démocratisation par l'organisation. Il s'agit d'exposer comment les *rodas*, en tant qu'affirmations du collectif, créent des espaces de partage d'affects et de savoirs entre les dispositifs de participation institués et les processus de démocratisation de la santé mentale à Campinas, voire même dans l'État social brésilien. Cette section se termine par la présentation des contributions de cette recherche à l'étude critique de l'organisation participative des services de santé mentale.

La démocratisation n'est pas synonyme de participation

Des chercheurs mettent en évidence comment certains dispositifs participatifs sont originaux et ambitieux sur le terrain démocratique, comme ceux utilisant le tirage au sort (Bherer, 2011) ou encore ceux permettant de destituer un dirigeant – telles des procédures électorales instituées avec une fréquence précise (Bazin, 2014). Cette vision de la « démocratisation » reposant exclusivement sur l'application de méthodes participatives nourrit une confusion occultant les enjeux sociopolitiques propres aux organisations, tels que celles offrant des services de santé mentale.

Bazin et Marshall proposent respectivement les termes de « démocratie organisationnelle » pour caractériser « [...] un processus d'ouverture du pouvoir au plus grand nombre et qui s'oppose durablement à sa concentration » (Bazin, 2014: 4) ou de « démocratie au travail » (*workplace democracy*) afin de caractériser « [...] the participatory dimension of internal organizational processes. » (Marshall in Box, 2007: 41)²⁰⁸. D'autres, comme Box (2005, 2007), abordent plutôt la différence entre la « démocratie procédurale » (*procedural democracy*) et la « démocratie substantielle » (*substantive democracy*). Comme il a été mentionné au chapitre 2, ses recherches lui permettent de constater que seule la « *procedural democracy* » réussit à prendre place dans l'organisation de services publics au détriment de la « *substantive democracy* » (Box, 2007). Au Brésil, dans le champ de la santé, il est plutôt question de « démocratie institutionnelle », celle-ci constituant à la fois la finalité et le moyen de rendre les institutions et la société plus égalitaires ; autrement dit une forme de socialisation qui tend à diminuer les différences de pouvoir entre les individus et entre les « classes institutionnelles²⁰⁹ » au sein de l'organisation des services (Campos, 2005). Ces différentes

²⁰⁸ Pour Marshall (in Box, 2007: 49): “The concept of workplace democracy can most directly be attributed to Lewin. His research showed that democratic workplace processes, characterised by group goal setting and mutual feedback, led to stronger task completion, synchronicity, and innovation.”

²⁰⁹ C'est entre autres ce qui amène des militants brésiliens à s'en prendre aux médecins qui préfèrent travailler uniquement en clinique individuelle au lieu de s'impliquer dans la cogestion des services publics du Centre de

approches ont en commun de considérer l'organisation participative comme un levier de démocratisation possible, et ce, malgré la hiérarchisation des pouvoirs et des savoirs qui la traversent.

En s'inspirant de l'opposition faite par Mermet (2007) entre «démocratie sauvage » et «démocratie d'élevage », Blondiaux et Fourniau (2011)²¹⁰ soutiennent qu'aujourd'hui, la seconde a supplanté la première comme mode d'organisation légitime, au regard de la recherche sur la participation à tout le moins. Qu'en est-il de la « démocratisation sauvage » au sein de l'organisation participative? Blondiaux et Fourniau (2011: 20) soulignent à ce sujet que: « des pratiques démocratiques informelles et sauvages prospèrent hors de toute discipline et de toute institution. [...] Mais les recherches académiques sur la participation semblent aujourd'hui s'y intéresser sensiblement moins qu'aux dispositifs les plus institués. » La présente recherche se penche justement sur une forme de « pratiques informelles et sauvages », communément nommées *rodas*, et qui prospèrent de la médiation avec des espaces institués de participation. Cette dimension « sauvage » de la démocratisation revêt un côté « indéterminable » (Lefort, 1966), « imprévisible » (Arendt, [1958] 1998), « indéfini » (Gauchet, 2002) ou même « subjectif » (Rancière, 1998). Ces diverses approches de la démocratisation ont en commun de mettre l'accent sur une différenciation nette, voire radicale, entre la démocratisation et l'organisation participative. Cette perspective critique présente une dimension heuristique qui permet au sociologue des organisations de ne pas confondre ces deux éléments.

santé où ils pratiquent, et ce, même si celui-ci souffre d'un manque criant de ressources logistiques. Ce ne sont évidemment pas tous les individus impliqués dans les établissements de santé qui souhaitent devenir militants de la cogestion.

²¹⁰Ils ajoutent à ce sujet « Il va sans dire que des pratiques démocratiques informelles et sauvages prospèrent hors de toute discipline et de toute institution [...] Mais les recherches académiques sur la participation semblent aujourd'hui s'y intéresser sensiblement moins qu'aux dispositifs les plus institués. » Ce qui, précisent-ils en note de bas de page, ne signifie nullement que les formes non instituées de participation ne soient plus étudiées, mais dans d'autres champs de la littérature et avec d'autres cadres théoriques.

En associant la démocratisation et l'organisation des services de santé mentale, il faut nécessairement prendre en compte que toute forme d'organisation impose une communauté de fonctions entre des acteurs s'y adjoignant pour des motifs différents. Les organisations sont marquées par des hiérarchies inhérentes à leur fonctionnement. Qui plus est, l'organisation des services limite la mobilité sociale par les différents salaires attribués et par l'accès aux espaces de prise de décision. Ainsi, dans la mesure où l'organisation des services de santé mentale repose sur une volonté de contrôle de l'action et des ressources disponibles, elle se constitue en enjeu de pouvoir et de conflits. Elle est le théâtre de relations stratégiques entre des acteurs disposant de ressources asymétriques. Elle distribue des positions, assigne des places aux individus et, du même coup, peut renforcer les inégalités (Dubet et Caillet, 2006).

Les travaux de Michels (1968) montrent comment lorsque l'organisation est construite, un mécanisme interne fait qu'elle a des besoins propres, tel que celui de se conserver²¹¹. En raison de cet objectif inhérent à l'organisation, celle-ci détourne souvent, voire toujours, les efforts de démocratisation. Comme le soutient Lefort (1966 :751) : « Là où les individus sont enfermés dans les limites d'un statut et d'une fonction, sans chance raisonnable d'y échapper, la démocratisation connaît une restriction essentielle. ». Ce constat critique sur le rapport entre organisation et démocratisation demeure d'actualité cinquante ans plus tard, *a fortiori* dans un contexte brésilien marqué par l'omniprésence des dispositifs de participation, de délibération, de collaboration et de coopération, notamment dans l'organisation des services de santé mentale de la ville de Campinas. Au sujet de tels dispositifs, Lefort (1966) précise que c'est parce que l'organisation est contrainte à constamment réviser la distinction qu'elle fait entre « le productif et le non productif » que se met en place la participation au sein de l'organisation. Les dispositifs participatifs peuvent bien « [...] se justifier en termes d'une nouvelle éthique politique, en réalité ils répondent à des exigences strictement économiques et

²¹¹ Michels décrit le déplacement des buts dans la social-démocratie allemande avant la Première guerre mondiale. Selon Lapassade et Lourau (1971), Il est le premier à montrer comment des organisations, comme les partis politiques socialistes et les syndicats qui se définissent d'abord par un but radicalement démocratique deviennent conservatrices dans leur mode de gestion et non démocratiques dans leur fonctionnement interne.

ils témoignent à un premier degré de cette vérité déjà énoncée que l'économique se nomme au niveau de l'organisation²¹². » (Lefort, 1966 :759).

Arendt ([1958] 1998) va plus loin en postulant que toute forme d'organisation moderne s'approprie la démocratie et lui fait « violence » par la logique d'action et la rationalité qu'elle lui impose. Elle distingue ainsi l'« action » (*praxis*) et le « faire » (*poiësis*) en s'inspirant d'Aristote. L'« action » (le rapport à autrui non engagé par l'utilité) repose sur trois caractéristiques : l'imprévisibilité de ses résultats, qui ne peuvent être qu'historiques, l'irréversibilité des processus qu'elle engendre et l'anonymat de son auteur, peu importe le genre d'action entreprise. Le « faire » repose plutôt sur un processus avec une fin clairement reconnaissable, un produit concret et un résultat tangible²¹³.

La *roda* s'apparente à « l'action » d'Arendt, en ce sens qu'elle constitue un acte collectif anonyme et imprévisible, construit au fil de l'histoire des luttes antiautoritaires brésiliennes, qui engendre des processus sociopolitiques sans doute irréversibles. Ainsi - en poursuivant le parallèle avec Arendt -, dans l'espoir d'épargner à l'organisation des services de santé mentale de Campinas le hasard de la *roda*, l'institutionnalisation de dispositifs participatifs risque de remplacer l'« action » de la *roda* par le « faire » : « Agir dans le style du faire, raisonner dans le style du « calcul des conséquences », c'est laisser de côté l'inattendu, l'événement lui-même, puisqu'il serait peu raisonnable et irrationnel de s'attendre à ce qui n'est qu'une « improbabilité infini ». » (Arendt, [1958] 1998 : 375). Plus encore, le faire «viendrait

²¹² En fait, pour Lefort (1966: 760), peu importe le type d'organisation : « [...] l'enjeu se découvre le même : organiser est multiplier les communications, articuler les activités les unes par rapport aux autres, favoriser la socialisation des individus et par ce moyen, réduire l'inertie d'un ensemble, réduire les conduites de défense, stimuler les conduites d'adaptation au changement et les conduites novatrices. ». C'est pourquoi, selon lui, il est fondamental d'ouvrir la réflexion à d'autres niveaux d'analyse tel que le niveau social.

²¹³ Arendt distingue également l'activité intersubjective de l'action des deux catégories non sociales du faire, à savoir le « travail » (*Arbeit*) et l'« œuvre » (*Herstellens*). « Cette insertion avec autrui propre à l'action n'est pas imposée, comme le travail par la nécessité, nous n'y sommes pas engagés par l'utilité comme à l'œuvre. » (Arendt, [1958] 1998 :233).

absorber toutes les constructions intersubjectives qui pouvaient assurer une autonomie d'agir et de parole productrice de valeurs humaines. » (Honneth et Grenet, 2007: 37).

Les calamités de l'action viennent toutes de la condition humaine de la pluralité, qui est la condition *sine qua non* de cet espace d'apparence qu'est le domaine public. C'est pourquoi vouloir se débarrasser de cette pluralité (responsables des caractéristiques viscérales de l'action) en changeant l'action par le faire, correspond toujours à vouloir supprimer le domaine public (Arendt, [1958] 1998: 283). Sous cet angle, force est de constater qu'Arendt retire conceptuellement l'organisation – aussi participative qu'elle puisse être - de l'horizon sémantique d'une théorie politique de la démocratisation. Elle réserve cette possibilité au « domaine public », l'unique espace perméable à « l'action » soit, la seule forme d'agir pouvant ouvrir sur un rapport à autrui non engagé par l'utilité; « l'activité politique par excellence » (Arendt, [1958] 1998: 43). Y a-t-il une place, au plan de l'organisation de la participation, pour la part d'imprévisibilité au cœur des « actions » plurielles du peuple propre au « domaine public », propre à la démocratie?

Rancière répondrait à cette question par la négative en postulant que la démocratisation comme « l'acte toujours singulier de l'égalité ne peut s'institutionnaliser. » (1995 : 58). Aussi le processus égalitaire au cœur de sa conception de la démocratisation doit-il rester « absolument étranger » (1995 :59) à toutes formes de dispositifs institués de participation. Dans le cas contraire, il y a le risque de glisser vers ce qu'il nomme la « post-démocratie » ou la « démocratie consensuelle». Cette dernière repose sur un projet politique spécifique, « [...] celui par lequel les individus et les groupes s'accordent sur les formes juridico-politiques propres à assurer la coexistence de tous et la participation optimale de chacun aux biens de la collectivité.» (1995 :136). Cet « éloge du consensus » se déploie et s'institutionnalise notamment dans les processus d'organisation de services publics par l'entremise de modèles et de technologies de gestion. Selon Rancière, de tels systèmes participatifs reposent sur «la proposition d'un monde où tout se voit, où les parties se comptent sans reste et où tout peut se régler par la voie de l'objectivation des problèmes.» (1995 :143). Il relève en fin comment le

déploiement des organisations participatives au cœur de la « post-démocratie » s'inscrit dans un large processus d'asphyxie de la démocratisation.

Malgré sa portée heuristique, cette perspective critique, voire pessimiste, du potentiel démocratique de l'organisation participative ne permet pas de répondre à des questions importantes au sujet du lien entre démocratie et organisation : est-ce que l'art d'organiser la communauté peut participer à la démocratisation des rapports sociaux de pouvoir? Peut-on parler de moyens pratiques et organisationnels pour favoriser la démocratisation ou est-ce simplement de l'hypocrisie inspirée d'un nouvel ordre managérial plus subtil? Les résultats de cette recherche empirique montrent qu'il existe bel et bien un moyen, un espace, une configuration collective – la *roda* - que des citoyens se créent dans l'espace public, mais aussi en s'agencant à l'organisation participative du système d'analyse et de cogestion du réseau de santé mentale de Campinas.

Les *rodas* comme espaces de démocratisation de l'État social brésilien

La fragilité de l'État social au Brésil agit sur le rapport entre la démocratisation et l'organisation participative des services de santé mentale à Campinas. Les travailleurs négocient des conditions de travail à la baisse, la qualité des services à la population est même parfois compromise. Le sentiment d'urgence devant la menace de perdre son emploi ou de réduire la qualité des services à la population tend aussi à évacuer du débat la question du projet de réforme psychiatrique auquel chacun participe. Les échanges et les réflexions tournent souvent autour de la nécessité de protéger les acquis *stricto sensu* et de l'urgence d'agir pour la survie de ces acquis. Ce sentiment d'urgence est d'ailleurs véhiculé dans les discours par la notion de « crise ». L'utilisation de ce terme pour qualifier la réalité de l'État social et de la démocratie peut générer des sentiments d'impuissance et d'indifférence, voire

même de la souffrance. Pour Dubet (2009) tout comme pour d'autres sociologues étudiant le phénomène de l'individuation²¹⁴, les institutions publiques seraient de plus en plus dominées par l'individualisme éthique²¹⁵ et par la rationalisation des relations humaines et des groupes. Dans ce contexte, la « crise » se pose moins au niveau de l'organisation participative en termes de luttes revendicatives qu'au niveau psychologique en termes d'insécurité, de souffrance psychique, d'épuisement professionnel, de troubles psychosomatiques ou de dépressions. (Buscatto et al., 2008; Dejours, 2005; de Gaulejac, 2010). À ce propos, Otero (2000, 2003, 2013) cible la montée des pratiques et des discours psychologisants. De telles pratiques permettent aux acteurs d'alléger leurs situations de travail sans nécessairement remettre en cause l'organisation du travail et son contexte social. Par exemple, les discours et les actions critiques en rapport à « l'ordre gestionnaire » (hiérarchie de savoir et de pouvoir avec l'expertise au sommet) (Boltanski, 2009) sont consacrés à donner du sens à son expérience personnelle de souffrance plutôt qu'à agir collectivement pour un projet de démocratisation impliquant les populations desservies. Ce contexte contribue à maintenir un certain « éthos managérialiste » (Moachon et Bonvin, 2013) ou même une forme d'« idéologie gestionnaire »²¹⁶ (de Gaulejac, 2005) au sein des organisations. Cette culture influence autant les individus que les mécanismes de gestion vers une augmentation de la pression pour l'atteinte de résultats rapides et efficaces.

Dans le cas du Brésil, le Plan directeur de la réforme de l'appareil d'état (PDRAE) est venu bouleverser les bureaucraties professionnelles en introduisant des modes de gestion

²¹⁴ Selon Martuccelli (2005), ces sociologues étudient notamment le rapport entre institutions et individus au travers des conséquences qu'induit pour eux le déploiement de la modernité, de même que la relation *sui generis* entre l'histoire de la société et la biographie de l'individu.

²¹⁵ L'appel à un sujet libre et souverain capable de maîtriser sa vie et d'éprouver le sentiment de s'y épanouir (Dubet et Caillet, 2006).

²¹⁶ Le caractère idéologique de la gestion montre que derrière les outils, les procédures, les dispositifs d'information et de communication, sont à l'œuvre une certaine vision du monde et un système de croyances. L'idéologie est un système de pensée qui se présente comme rationnel alors qu'il entretient une illusion et dissimule un projet de domination; illusion de la toute-puissance, de maîtrise absolue, de la neutralité des techniques et de la modélisation des conduites humaines; de la domination d'un système économique qui légitime le profit comme finalité (de Gaulejac, 2005).

horizontaux. Les changements organisationnels introduits font éclater les statuts et les rôles professionnels au sein des équipes de travail et des organisations publiques. Par conséquent, ne pas prendre sa place en tant que professionnel ouvre la porte toute grande aux substitutions de ressources, à l'occupation d'un champ de pratique non revendiqué par d'autres types de professionnels, et aux agences privées.

Au moins depuis le Plan directeur, les discours et les pratiques de gestion dans les réseaux publics de services de santé mentale accélèrent les rythmes de travail et de rentabilisation du temps de chacun. Les travailleurs et les gestionnaires sont « invités » à adopter des savoirs et des techniques opérationnelles s'harmonisant avec certains principes et recettes de gestion, ce qui a pour effet de réduire le champ de leurs actions aux relations professionnelles qui les constituent. Ce repli opérationnel se traduit généralement par l'occultation de l'influence des dimensions sociales de l'organisation du travail. Plus largement, c'est le sens social du travail véhiculé par les principes d'équité, d'universalité, d'intégralité et d'accessibilité des services publics de santé mentale qui tend à se perdre au profit d'une recherche constante d'équilibre entre qualité de services et réduction des coûts. Or, la plupart des acteurs du réseau de santé mentale de Campinas accordent une grande importance aux valeurs sociales telles que la recherche de justice sociale et d'équité dans la société. Ils veulent que leurs actions au sein de ce réseau aient un sens social. C'est notamment pour répondre à cette nécessité que le système d'analyse et de cogestion voit le jour. Cependant, c'est à partir des *rodas* qu'ils remettent en question certaines contraintes paradoxales liées, entre autres, aux décisions des gouvernements, au cadre de gestion et les confrontent en créant de nouvelles façons de faire au lieu de reproduire la hiérarchie des savoirs et des pouvoirs dictés par le gouvernement municipal, l'organisation du travail et même par les espaces institués de participation. Dès lors, le but des *rodas* est peut-être aussi celui de créer une convergence autour de pratiques citoyennes caractérisées par une mobilisation interprofessionnelle, avec les gestionnaires, avec les destinataires et avec des membres de leur famille. Ces *rodas* apparaissent souvent comme la seule manière de résister à l'éclatement – voire à la disparition – non pas uniquement de l'expérience de travail, mais bien des services publics à même de garantir le droit à la santé mentale pour tous.

La capacité des individus à créer des *rodas* demeure une condition *sine qua non* à l'émergence d'une critique de l'organisation des services de santé mentale ainsi que de l'État social. Boltanski (2009) postule que la possibilité de la critique en contexte institué naît de la tension entre la croyance en l'institution et la critique de l'institution, laquelle tension ne les empêche pas de demeurer indissociables. Cette tension – qu'il nomme « contradiction herméneutique » - « réveille l'incertitude », ce qui réactive le doute quant à la teneur de la réalité institutionnelle. La critique est envisagée ainsi dans sa relation dialogique avec l'institution, contre laquelle elle prend fait et cause. Une telle « contradiction » se manifeste dans l'action lorsque l'individu se demande comment agir, ce qu'il est possible de faire, c'est-à-dire quel est son « pouvoir d'agir » (Boltanski, 2009 : 134). Ce genre de questionnements s'avère être le leitmotiv des acteurs du réseau de santé mentale de Campinas pour faire advenir les *rodas*.

Au sein des *rodas* c'est aussi la menace permanente à l'avancement de la démocratisation de la santé mentale qui occupe les gestionnaires, les travailleurs, les destinataires ainsi que les membres de leurs familles. En réaction à cette menace, une lutte permanente est maintenue par l'entremise des *rodas*. De surcroît, du point de vue des individus rencontrés, l'État social brésilien est incapable de porter seul un tel projet de démocratisation. Une méfiance teintée d'ailleurs leurs discours en prenant la forme d'une distinction entre ce qui est « public » et ce qui est « étatique ». L'importance d'une telle distinction se justifie constamment par le passé politique d'un État dictatorial²¹⁷.

Il est vrai que l'avancement de l'État social brésilien a été malmené par les dictatures ainsi que par les diverses conjonctures économiques mondiales. Il demeure aussi à la merci d'une opinion publique et médiatique toujours divisée en rapport à son utilité et à sa pertinence

²¹⁷ Il serait d'ailleurs pertinent d'étudier si cette distinction est aussi présente dans les discours des acteurs de réseaux de santé mentale dans d'autres pays ayant vécu la dictature comme l'Argentine ou l'Espagne. Le cas échéant, il serait intéressant de comprendre les modes d'organisation collective qui en découlent. En quoi ceux-ci ressemblent-ils ou diffèrent-ils des *rodas* de Campinas?

sociale. Dans un tel contexte, les *rodas* du réseau de santé mentale de Campinas sont peu à peu devenues les espaces privilégiés par les citoyens qui veulent avancer vers la démocratisation de la santé mentale. C'est sans doute grâce à elles, que ces citoyens ne tournent pas le dos à l'État social et choisissent de s'y investir, à leur manière, pour qu'il devienne à leur image – c'est-à-dire, dans leurs mots, « public non-étatique » - et ce, malgré le scepticisme ambiant ainsi que les conditions difficiles (longue histoire de dictatures, précarité chronique du financement du réseau public de santé mentale et profondes inégalités sociales au sein de la population desservie).

Les *rodas* comme affirmation du collectif malgré tout

Plusieurs études ont déjà exposé la manière dont l'organisation participative des politiques publiques impliquant une diversité d'acteurs – gestionnaires, professionnels, élues, chercheurs, destinataires - peut produire des contextes d'échanges aux contours élargis, ainsi qu'une perte de repères communs (Boltanski, 2009; Cantelli, 2007, 2009; de Gaulejac, 2010; Génard, 2007; Martuccelli, 2010). Par exemple, Cantelli (2007) remarque que les participants ne savent pas trop comment agir et comment s'organiser ensemble et que les normes et les méthodes de participation ne sont pas partagées par tous. Cela nécessite ainsi des efforts de recadrage de leur part, ce qui prend beaucoup de temps. *A contrario*, la présente étude à Campinas expose la manière dont des citoyens du réseau de santé mentale ont construit, au fil de nombreuses années de luttes antiautoritaires, des repères communs sur le plan normatif (grammaire militante) et sur le plan organisationnel (les *rodas*). Ces repères communs ou, plus précisément, cette culture politique et ces pratiques collectives communes permettent à ces individus de donner sens et forme à un projet de démocratisation de la santé mentale, et ce, malgré la fragilité de l'État social brésilien.

J'ai été témoin de la constance et de la persévérance d'individus à mener des réflexions sociales et politiques afin de problématiser les enjeux de la « crise » vécue au sein de leur

réseau. Ceux-ci se saisissent d'un tel évènement pour prendre la parole sur des enjeux plus larges au sein des dispositifs institués de participation, à l'université, dans les restaurants, les centres de santé, les bars ou même dans la rue. Ils affirment tant bien que mal l'importance du collectif de citoyens et de l'espace public pour faire avancer la démocratisation de la santé mentale dans leur ville.

Dans les *rodas*, le réseau de santé mentale ne forme plus uniquement un système dans lequel l'individu doit s'astreindre à la fonction, au statut et au rôle qui lui est attribué par l'organisation du travail. L'acteur et la fonction perdent leur unité et semblent guidés par une pluralité de principes. Les pratiques et les savoirs militants s'y agencent aux pratiques et aux savoirs professionnels ainsi qu'aux expériences personnelles. Par exemple, lors des *rodas* émergeant durant les réunions d'équipe du CAPS Maio, les paroles et les actes de la superviseuse institutionnelle sont engagés dans la mobilisation des travailleurs pour la réforme psychiatrique et la lutte pour les droits des destinataires. Aux yeux de plusieurs des protagonistes du réseau, la démocratisation de la santé mentale passe par un engagement permanent au sein et en dehors des fonctions occupées au sein de l'organisation des services. Rien n'est gagné! Les menaces de l'autoritarisme, voire même de la dictature, celles des coupures et du sous-financement des services sont constantes tout comme les besoins des populations défavorisées que seul le réseau public de santé mentale propose de desservir. C'est pourquoi ce *modus operandi* semble exister depuis les débuts du réseau de santé mentale de Campinas.

L'affirmation de l'importance du collectif par l'entremise des *rodas* ne signifie pas pour autant l'absence de toute forme de socialisation de la souffrance personnelle. En effet, les échanges au sein des *rodas* sont aussi traversés par des discours portant sur des problèmes personnels ou organisationnels tels que la souffrance vécue par le fait d'être mis à pied. Or, lorsque de tels discours émergent, ils sont la plupart du temps jugés à l'aune de leur importance dans la mise en œuvre du projet de démocratisation de la santé mentale. Il s'agit d'une tension constante entre la mise en commun des souffrances individuelles, des problèmes organisationnels du

quotidien et des volontés de construire un projet de société. Sur le plan de la forme, ces débats sont ouverts aux individus présents autour du cercle, et ce, peu importe leur position au sein de l'organisation des services. La participation de chacun à ces débats dépend à la fois de leur disponibilité à être présents à l'une ou l'autre des *rodas* et de leur maîtrise de certains savoirs militants.

Ces savoirs sont composés de théories critiques issues du champ de la santé collective et de celui de la psychologie sociale, ainsi que de savoirs expérientiels venant d'activités militantes au sein de mouvements de la santé (sanitaire, anti-asilaire), syndicaux, étudiants ou politiques (Partis de gauche). Par exemple, les protagonistes des *rodas* dénoncent les abus de pouvoir institutionnel comme lorsque l'organisation, par des dispositifs de gestion variés, déborde trop sur l'intimité des personnes. Bien que ces savoirs critiques soient parfois éloignés des expériences et des besoins des destinataires, ils constituent une manière de « sauver l'imaginaire de leur travail » (Dubet, 2002). Plus encore, ces savoirs font que des individus s'identifient à la réforme psychiatrique, à la militance anti-asilaire et, en définitive, c'est l'expression de leur autonomie politique et le sens de leur travail qui en sort renforcée. Cette autonomie s'exprime surtout par un engagement personnel dans les *rodas* et dans leur accessibilité à tous, notamment à ceux n'ayant pas les mêmes conditions psychologiques et socioéconomiques qu'eux. La plupart des protagonistes pensent que l'engagement personnel (comme offrir de reconduire quelqu'un dans sa propre voiture) peut mener à la transformation du réseau de santé mentale vers une plus grande démocratisation. Pour les autres participants aux *rodas*, la critique se fait plutôt « en mode mineur » comme une façon sûre de construire une critique du contexte social et politique, de l'organisation des services de santé mentale de manière à donner un sens à leur travail.

Les destinataires sont aussi partie prenante dans la création et la mise en place des *rodas*. Ce sont souvent des initiatives qui visent par des actions critiques à réintroduire ces derniers comme des sujets ayant des droits. Par leur ouverture à différents thèmes moraux (droits à la santé mentale pour tous, démocratisation institutionnelle), les protagonistes trouvent dans leur

participation aux *rodas* un prolongement critique et moral à leur expérience de travail avec les destinataires. L'originalité de l'engagement moral de ces protagonistes est qu'elles s'incarnent dans des configurations collectives – les *rodas* - ayant pour objectif la démocratisation du droit à la santé mentale. Contrairement à une tendance commune, leurs savoirs, leurs discours et leurs actions ne sont pas uniquement consacrés à donner du sens à leurs expériences pour eux-mêmes (Dubet, 2007).

À chaque fois que le contexte social et politique du réseau de santé mentale de Campinas l'exige, tous ces individus mobilisent leurs savoirs critiques pour sensibiliser leurs pairs et pour affirmer l'importance d'agir pour protéger les acquis du réseau, mais aussi pour continuer d'avancer dans la démocratisation de la santé mentale de la ville. Au sein des *rodas*, ces agencements de savoirs et de savoir-faire contribuent à la mise à plat de certains rapports hiérarchiques entre les différentes positions ou fonctions occupées au sein de l'organisation des services. Cette mise à plat s'observe surtout dans les rapports entre les gestionnaires d'unités et les professionnels de la santé (infirmier, ergothérapeute, psychologue, psychiatre, travailleur social), entre ces différents professionnels et entre tous les travailleurs et les destinataires activement engagés dans les *rodas*.

Un partage d'affects plus large et plus inclusif caractérise aussi les *rodas* observées. Il s'agit souvent d'échange d'expériences de la part de tous les participants, peu importe leur position. D'une part, les travailleurs et les gestionnaires expriment leurs sentiments de culpabilité devant la détérioration des services à la population notamment sur le plan de l'efficacité clinique. Plusieurs se sentent impuissants devant cette détérioration qui fait une différence entre la vie et la mort pour certains destinataires. D'autres se sentent vulnérables devant la menace de perdre leur emploi. Pour leur part, les destinataires expriment la peur de perdre leur milieu de vie (comme le CAPS Maio) ainsi que les personnes qu'ils aiment et qui leur font du bien (comme les différents travailleurs du réseau). Ils partagent aussi souffrir de la perte de certains services autrement offerts par le réseau, tels que le transport à domicile et certaines activités pédagogiques et cliniques. Le partage d'affects prend également des formes non-

verbales et artistiques comme le chant, la danse, la musique, le rire et le contact physique (accolade, embrassade). Ces différents rapports créent un climat chaleureux et ouvert au plaisir et à la créativité au sein de *rodas*. C'est à partir d'une telle ambiance que se déploie une culture politique antiautoritaire, tournée vers l'innovation sur le plan de la démocratisation. «La *roda* c'est là où tu sens qu'il est possible de changer la machine à santé mentale avec les gens autour de toi.» me confie une destinataire lors d'une *roda* devant l'Hôtel de ville.

Les *rodas* de Campinas, auxquelles participent côte à côte des travailleurs, des destinataires et des gestionnaires, ont ceci d'innovant qu'elles émergent à la fois au sein et en dehors de l'organisation participative des services de santé mentale. L'expérience de ces *rodas* s'intensifie durant la crise de 2012. Plusieurs individus s'approprient des dispositifs institués de participation pour lutter contre ce qui, à leurs yeux, entravent l'avancement du projet de démocratisation de la santé mentale. Il s'agit d'un moment charnière dans une lutte antiautoritaire bien plus longue, voire même d'une lutte permanente, contre tout ce qui menace leur projet de démocratisation en devenir.

Chaque *roda* observée est le fruit d'actes d'individus qui cherchent, tant bien que mal, à vivre d'autres rapports sociaux de pouvoir que ceux induits par les positions occupées au sein de l'organisation des services de santé mentale, voire même au sein de la société. C'est notamment parce qu'ils ont expérimenté de tels rapports ailleurs - comme dans les mouvements antiautoritaires (mouvement sanitaire, anti-asilaire, étudiants, anticapitaliste) - qu'ils cherchent à créer des *rodas* au sein du réseau de santé mentale. Leurs savoirs et leurs affects influencent et nourrissent aussi les échanges collectifs qui y prennent forme, allant jusqu'à transformer leur rapport collectif à l'organisation des services.

En somme, la participation aux *rodas* au sein et au-delà des espaces institués du réseau permet de partager des savoirs et des affects. Les *rodas* sont autant de vecteurs d'une culture politique tournée vers l'expérimentation d'autres rapports à autrui en contexte organisationnel ainsi que vers la construction d'un projet de démocratisation plus large. Par elles, les individus ont la

possibilité de confronter les limites démocratiques des dispositifs institués de prise de parole; c'est-à-dire de vivre des expériences révélant les tensions inhérentes à la hiérarchie de l'organisation ou de la grammaire militante.

Dans nos sociétés, c'est peut-être l'impossibilité de confronter de telles limites qui conduit à une instrumentalisation de l'idée de démocratisation au sein de l'organisation participative, la réduisant, du même coup, à l'idée de participation et de consensus en petits groupes. Une telle instrumentalisation contribue à occulter les tensions inhérentes aux inégalités sociales ainsi qu'aux différences de pouvoirs, d'intérêts et de points de vue entre les individus de l'organisation au nom du « mythe de la réciprocité » (Lourau, 1994) ou du « consensus » (Rancière, 1995).

Contributions à l'étude critique des organisations participatives

En tant que configurations politiques, les *rodas* débordent les frontières de l'organisation participative. Elles mettent en tension, mettent en mouvement, déplacent les individus vers d'autres espaces collectifs, provoquent d'autres agencements. Comprendre les *rodas* implique nécessairement de dépasser les dichotomies classiques qui traversent le champ de la sociologie des organisations comme celle entre le formel et l'informel :

Cette division [entre le formel et l'informel] ne suffit pas à désigner le fait qu'il existe, dans l'organisation, une lutte permanente contre l'exploitation, et aussi contre la bureaucratisation des organisations. L'informel, c'est aussi bien ce qui fait qu'une grève sauvage éclate, qu'il y a de la spontanéité, que les ouvriers peuvent se mettre à diriger les usines (Lapassade et Lourau, 1971:139).

La dimension informelle prend ici un sens plus large incluant le « spontané » et le « sauvage ». Le dépassement de cette division entre le formel et l'informel issue de l'école des relations humaines demeure une nécessité afin de nommer les forces politiques créatrices au sein des organisations. Lapassade et Lourau (1971) se tournent alors vers le concept « d'instituant » de

Castoriadis (1975). Pour ce dernier, l'institué n'est pas une détermination, mais bien une condition à partir de laquelle l'instituant, c'est-à-dire la créativité sociale et l'émergence d'un nouvel « imaginaire politique », peut s'incarner (Castoriadis, 1975). Dans un même ordre d'idées, cette thèse expose comment les espaces institués de participation ne constituent pas uniquement des déterminations ou des contraintes, mais aussi des leviers par lesquels se constituent des *rodas*, elles-mêmes vecteurs de forces créatrices sur le plan social.

Le concept d'instituant a été repris puis développé par Guattari autour de l'idée de « production de subjectivation politique » dont il a d'ailleurs été question au chapitre 2 et au chapitre 7. Guattari observe que la production de subjectivation politique a surtout lieu au sein de « groupes-sujets ». Il nomme ainsi les groupes qui réussissent à rompre avec les cadres institués et les pouvoirs préétablis notamment au sein de l'organisation de services de santé mentale (Guattari, [1989] 2012). Le groupe-sujet constitue à ses yeux « un instrument primordial d'une véritable alternative aux structures répressives » (Guattari, 2012 [1989]: 87) ; c'est celui qui met en mouvement et produit des agencements (Deleuze et Guattari, 1972). En opposition avec le « groupe-assujetti » qui est soumis aux forces instituées véhiculées par l'organisation et les institutions qui le traversent, le groupe-sujet se libère de ces dernières tout en potentialisant l'émergence des « forces instituanes » du groupe toujours en train de se faire (Lapassade, 1975). Ainsi, « Les groupes-sujets ne cessent de dériver par rupture des groupes-assujettis : ils font passer le désir, et le recourent toujours plus loin, franchissant la limite, rapportant les machines sociales aux forces élémentaires du désir qui les forme. » (Deleuze et Guattari, 1972 : 416). Dardot et Laval (2014: 44) considèrent aussi les groupes-sujets comme les seuls à même de produire une « praxis instituanne » ; un élément essentiel, selon eux, de la construction du « commun » au sein des États sociaux contemporains.

De tels groupes-sujets n'en demeurent pas moins fragiles et éphémères :

[...] il est impensable que l'affirmation des valeurs et des désirs concoure miraculeusement à maintenir la cohérence du groupe-sujet. Qu'est-ce qui empêchera la désintégration? Il est clair que la réponse est : Rien! Absolument rien! Le groupe est destiné à éclater, à moins de s'imposer une règle morale susceptible d'endiguer les

débordements des forces explosives qui le parcourent en tous sens; et s'il réussit, ce [ne] peut être qu'au prix d'une régulation qui le fige bientôt dans l'inertie d'un fonctionnement plus ou moins bien toléré par l'appareil répressif (Barbier, 1997: 26).

Comme groupe-sujet, la *roda* est singulière et précaire. Elle n'est pas non plus originelle ou fixée d'avance: elle se forme, à un certain degré au moins, au travers du fonctionnement de l'organisation des services de santé mentale de Campinas. Elle se constitue au fil de nombreux agencements (matériels, relationnels) que les individus créent par leurs actes et leurs paroles dans un processus en devenir constant. Dans cette perspective, ce sont les nouvelles *rodas* produites par le pouvoir en acte (parole ou geste) qui peuvent transformer les discours et les pratiques de l'organisation des services de santé mentale.

Dans la *roda*, il demeure aussi possible pour les individus de problématiser les normes et les modes de subjectivation qui les définissent au sein du réseau de santé mentale. Cette problématisation les amène à reformuler la question de l'organisation des services pour la poser aussi en termes politique et social. Par exemple, l'emprise des discours et de pratiques managériales n'enlève pas aux participants des *rodas* la possibilité de les critiquer et de maintenir les liens entre eux, et ce, peu importe leurs fonctions au sein de l'organisation. Cette possibilité d'émancipation passe par la capacité à se défaire du mode d'individualisation produit et induit par l'ordre gestionnaire (Boltanski, 2009). Il s'agit de trouver en soi-même avec les autres comment se gouverner. Les individus cherchent dans l'art du « cercle citoyen » un principe politique déterminant.

Les *rodas* comme mode de subjectivation constituent-elles un acte politique effectif à même d'influencer et de transformer l'organisation des services de santé mentale de Campinas vers la démocratisation des rapports sociaux de pouvoir entre les citoyens impliqués? L'engagement au sein des *rodas* implique de « sortir au dehors » du cadre organisationnel afin de se rendre disponible et de pouvoir participer à de nouvelles formes d'être-en-commun. C'est là un enjeu clé pour comprendre l'influence que peuvent exercer les individus sur les

rapports sociaux de pouvoir au sein des *rodas*. Pour Foucault (2001), la « résistance » comme celle tenue par les individus au sein des *rodas* repose sur une attitude particulière – un « éthos philosophique » - héritée des Lumières. Cette période de l'histoire aurait facilité l'émergence et la réactivation permanente d'une attitude critique de notre être historique, qu'il nomme aussi « ontologie historique de nous-mêmes ». Kant ([1754], 1985) soutient à ce sujet que l'individu a le devoir de faire un « usage public » de son « entendement ». C'est là, selon Kant, une des grandes caractéristiques des Lumières : la possibilité qu'un public s'éclaire lui-même en ayant le courage de se servir de son entendement. Cet usage public doit être libre contrairement à son « usage privé » qui lui demeure « étroitement limité » (Kant, [1754], 1985 :499). Pour Kant, cet usage privé est nécessairement limité par le cadre d'une « fonction » ou d'un « poste » occupé dans une organisation puisque l'individu a « le devoir d'obéir dans le cadre de ses fonctions ». Ce même individu a toutefois le devoir de faire un « usage public » de son entendement à l'extérieur du cadre privé notamment pour communiquer « toute réflexion soigneusement pesée et bien intentionnée sur ce qui est erroné en proposant un autre cadre plus juste » (Kant, [1754], 1985 :499). Qui plus est, si ses fonctions le mettent devant des contradictions trop grandes, il doit s'en démettre.

L'étude des *rodas* du réseau de santé mentale de Campinas expose comment « l'usage public » de la réflexion critique, mais aussi de la créativité sociale peuvent émerger des espaces institués. Qui plus est, les *rodas* contribuent à réduire les frontières entre l'usage public et privé de la critique. Comme pratique citoyenne, la *roda* est le fruit d'individus qui dénoncent des contradictions et des injustices de l'organisation des services de santé mentale en dehors, mais aussi au sein des espaces institués de prise de parole. Ces individus ont développé des pratiques citoyennes alternatives pour questionner en permanence ces espaces et leurs fonctions au sein du réseau de santé mentale. Ces pratiques collectives sont inspirées par un État social encore imprégné par de longues dictatures, par la constante nécessité de manœuvrer dans des conditions organisationnelles précaires ainsi que par le défi quotidien de faire face aux inégalités sociales et à la misère humaine. Ce contexte brésilien interfère constamment dans le processus d'exécution des fonctions au sein de l'organisation des services en altérant sa portée sociale réelle. Les *rodas* participent alors d'une appropriation de

cette portée sociale et publique des pratiques collectives de l'organisation des services. De là naît la possibilité d'agir vers la démocratisation en contexte organisationnel à partir des formes et des fonctions présentées comme « allant de soi » par les normes et les pratiques instituées. C'est en ce sens que les *rodas* contribuent à réduire les frontières entre le cadre privé et l'usage public de la critique et de la créativité sociale ainsi qu'entre le « faire » et l'« action » (Arendt, [1958] 1998), à partir de l'organisation des services de santé mentale de Campinas. Par la prise en compte de la créativité sociale et du partage d'affects, la présente étude contribue à la reconnaissance des *rodas*, comme cercles citoyens, dans ce processus de démocratisation en cours.

Comme pratiques collectives, les *roda* se construisent au fil d'expériences humaines. Il s'agit de trouver, par tous les moyens possibles, comment se réapproprier la capacité d'être transformé par l'autre - le « frisson du nous » de Beckett (1953). La présence de ces cercles citoyens au sein de l'organisation des services de santé mentale de Campinas démontre la possibilité d'une critique collective continue et ouverte à la créativité sociale à la fois au sein et en dehors de l'État.

Conclusion : Apports à l'étude critique des agencements entre l'organisation participative et la démocratisation

En guise de conclusion, je propose de discuter plus largement ce que cette recherche apporte à la sociologie des organisations, notamment sur le plan de la compréhension critique des leviers de démocratisation des rapports sociaux de pouvoir en contexte organisationnel. Au commencement de cette étude, un retour en arrière m'avait d'abord semblé nécessaire afin de problématiser le contexte historique des forces sociales et économiques qui participaient de la construction du réseau de santé mentale de Campinas et de son modèle de gouvernance collaborative unique : le système d'analyse et de cogestion (SACOG).

Depuis la création de l'État social brésilien, dans les années 1980, plusieurs individus agissent dans le but de transformer démocratiquement les organisations de services de santé mentale (Sandoval, 2000). Ils avaient en effet pris conscience de l'ampleur de la précarité des réseaux locaux durant la dictature (1964-1989). L'inconfort créé devant l'impuissance à intervenir dans un tel contexte a consolidé le développement d'approches innovantes sur le plan critique, notamment dans le champ de la santé mentale²¹⁸. Les mouvements antiautoritaires engagés dans la réforme psychiatrique et dans la réforme sanitaire ont contribué à la mise en place de dispositifs de participation publique innovants sur le plan de la démocratisation. Cette recherche avait premièrement pour objectif de comprendre comment de ces dispositifs participatifs, tel que le système d'analyse et de cogestion, agissent sur les rapports sociaux de

²¹⁸ À Campinas, ces idées ont une influence significative, notamment dans la formation de chercheurs et de professionnels en santé collective. Elles sont aussi intégrées dans les corpus universitaires et dans les réseaux locaux de services de santé et de santé mentale. Les revues *Psicologia e Sociedade* (Psychologie et société) de l'Association brésilienne de psychologie sociale fondée en 1986, *Saúde e Loucura* (santé et folie) de la Collection *Saúde em debate* (Santé en débat) du Département de santé collective de l'Université d'État dans la ville de Campinas fondée en 1989 et *Caderno de Subjetividade* (Carnet de subjectivité) du Groupe d'étude et de recherches sur la subjectivité du programme d'études supérieures en psychologie clinique de l'Université catholique de São Paulo fondée en 1993 ont aussi grandement contribué à la diffusion de ces recherches critiques et au déploiement du champ à travers le Brésil.

pouvoir traversant le réseau de santé mentale de la ville de Campinas dans l'État de São Paulo au Brésil.

Les principes antiautoritaires proposés par les mouvements sanitaire et de la réforme psychiatrique se traduisent à la fois sur le plan de la critique du fonctionnement hiérarchique et bureaucratique des services issus de la dictature (tel que le modèle taylorien) et sur le plan des alternatives pratiques proposées, tel qu'une organisation décentralisée et participative des services impliquant cote à cote des destinataires, des travailleurs, des gestionnaires et parfois des élus locaux. Lors de mon enquête sur le terrain, un écart fondamental se révèle toutefois entre les dispositifs participatifs mis en place et la réalité politique vécue au sein du réseau de santé mentale de Campinas. Peu à peu, je découvre comment la transformation des rapports sociaux de pouvoir vécue subjectivement par les acteurs renvoie à d'autres configurations collectives spécifiques. C'est pourquoi, à partir de données recueillies lors d'une ethnographie de huit mois auprès de ce réseau, je décris le processus d'émergence et d'implantation d'espaces collectifs sporadiques communément nommés *rodas*.

J'ai donc modifié ma problématique. En effet, en premier lieu, j'avais pour projet de comprendre les dispositifs participatifs du système d'analyse et de cogestion du réseau de santé mentale de Campinas et comment ceux-ci proposent de favoriser la participation démocratique. Mais ma nouvelle problématique était plutôt de nommer des repères qui puissent orienter le regard et l'écoute, non vers ce qui confirme les savoirs et les valeurs au cœur de ce modèle, fussent-elles celles d'une bonne gestion démocratique, mais vers ce qui est susceptible d'indiquer des pistes pour saisir les *rodas* qui voient le jour au sein ou en dehors de ces dispositifs participatifs.

Ma recherche se consacre alors à examiner et à comprendre comment les *rodas* traversant le réseau de santé mentale de Campinas en 2012 agissent sur les rapports sociaux de pouvoir induits par l'organisation locale des services. Plus précisément, j'identifie les points de tensions et d'agencements entre les *rodas* et les dispositifs participatifs dans ce contexte

organisationnel. Pour ce faire, je porte une attention particulière aux pratiques quotidiennes impliquées dans ces tensions et dans ces agencements. L'étude des *rodas* implique aussi de saisir l'organisation de services de santé mentale et les rapports sociaux de pouvoir qui la traverse autrement que sous l'angle du formel vs de l'informel, mais bien à partir de la production de subjectivation politique. Une telle entrée analytique apporte un éclairage supplémentaire sur le rapport entre l'organisation et la démocratisation ; c'est-à-dire sur les tensions et les agencements entre les pratiques citoyennes et l'organisation des services publics.

En 2012, des individus impliqués au sein du réseau de santé mentale de Campinas décident de s'opposer à des mesures d'austérité imposées de haut en bas (top-down) par le gouvernement municipal dans la foulée de la mise en place d'un nouveau plan d'action en santé mentale. Ces derniers considèrent ces mesures comme la cause de la plus importante « crise » que le réseau ait connue. Par leurs actes, ils résistent pour que la défense des droits de santé mentale pour tous ne devienne pas seulement une lutte pour la survie des services existants. De tels actes émergent des *rodas*. On peut les décrire comme de véritables espaces collectifs où s'agencent des actes citoyens avec des pratiques professionnelles et gestionnaires. Par elles, des individus cherchent collectivement à vivre d'autres rapports sociaux de pouvoir que ceux induits par l'organisation des services de santé mentale et créent, peu à peu, des pratiques innovantes sur le plan de la démocratisation.

La plupart des acteurs qui participent à la création et au déploiement des *rodas* ont connu - notamment au cours de leurs expériences d'engagement auprès de divers mouvements citoyens (étudiant, sanitaire, anti-asilaire, politique) - d'autres rapports sociaux de pouvoir que ceux produits par l'organisation pour laquelle ils travaillent ou de laquelle ils reçoivent des services. Certains de ces acteurs cherchent à recréer des espaces citoyens dans le quotidien de l'organisation. Leurs savoirs et leurs expériences influencent et nourrissent les échanges collectifs qui y prennent formes, allant jusqu'à transformer les dynamiques produites au sein de dispositifs participatifs institués. Au fil de ces échanges, les *rodas* se transforment en

espaces de partages d'affects et d'informations par lesquels s'expérimentent d'autres rapports sociaux de pouvoir.

Les *rodas* sont des configurations collectives qui organisent des rapports sociaux de pouvoir en fonction des représentations et des significations dont elles sont porteuses. De tels espaces collectifs sont les fruits de combinaisons hybrides entre les différents usages des dispositifs participatifs déjà existants et les actes citoyens en cours. La compréhension de ces combinaisons implique aussi de prendre en compte la dimension symbolique et « performative » des *rodas* (Abélès, 2014). Comme « performances du commun » (Dardot et Laval, 2014), réalisées entre des gestionnaires, des travailleurs et des destinataires, les *rodas* marquent une discontinuité avec les hiérarchies, les règles de conduite et les pratiques de l'organisation des services de santé mentale. Elles ouvrent des espaces pour saisir, confronter, dénoncer et agir sur les hiérarchies à l'œuvre au sein de l'organisation des services de santé mentale et de la société brésilienne. Toutefois, cet effort collectif de démocratisation sans cesse renouvelé ne permet pas d'en venir à bout, et ce, même au sein des *rodas*. À titre d'exemple, des destinataires et des travailleurs n'ont pas accès à certains lieux où se déroulent les *rodas* et, s'ils sont présents, ne sentent pas toujours avoir la légitimité pour prendre part aux échanges. Qui plus est, ceux-ci ne saisissent pas tous les mêmes marges de manœuvre au sein des *rodas*, de l'organisation des services et de la société brésilienne. Est-ce alors possible d'agir sur les inégalités sociales de pouvoir à partir de l'organisation des services de santé mentale et, si oui, comment? Ces questions doivent être au cœur des réflexions sur la dimension sociopolitique de l'organisation.

Blondiaux et Fourniau (2011) exposent comment la plupart des études sur la participation portent sur la dimension institutionnelle, renforçant ainsi l'accent mis par les pouvoirs publics sur ce type de participation. Les initiatives citoyennes plus « sauvages » sont ainsi mises de côté, ce qui représente, selon moi, un obstacle à la compréhension de la dimension sociopolitique de l'organisation dans sa diversité. À un autre opposé, ce sont les initiatives citoyennes qui sont mises de l'avant, en récusant tout agencement démocratique possible avec

les organisations qui les entourent (Rancière, 1998). *In fine*, rares sont les recherches qui s'intéressent aux espaces au sein desquels s'agencent ces deux types de pratiques (citoyennes et institutionnelles).

À Campinas, force est de constater que ce ne sont pas uniquement, les dispositifs participatifs institués qui contribuent à la démocratisation du réseau de santé mentale, mais bien l'ouverture et l'engagement d'acteurs dans un projet social plus large qui se traduit par leur présence active au sein de *rodas*. Ces dernières constituent, en ce sens, des formes de sensibilités politiques et non pas de nouveaux dispositifs de participation.

Les *rodas* ont ceci d'innovant qu'elles émergent à la fois au sein et en dehors de l'organisation des services de santé mentale à Campinas. Leur analyse ouvre de nouvelles pistes de compréhension des leviers de pouvoir collectif en contexte organisationnel. Par le partage de temps dans une pluralité d'espaces ouverts, par le partage d'affects ainsi que par la problématisation collective d'évènements critiques affectant le quotidien, les *rodas* agissent, malgré tout, sur la hiérarchisation des rapports sociaux de manière à la réduire. De tels constats imposent de réfléchir autrement aux impasses entre l'organisation et la démocratisation. Sur ce plan, la présente recherche fournit des bases empiriques pour questionner et pousser plus loin la conceptualisation des tensions entre structures organisationnelles et espaces citoyens. Plus fondamentalement, cette étude aide à la compréhension d'impasses entre la démocratisation et l'organisation en misant sur les expérimentations en cours et les chemins moins accessibles autrement que par une proximité terrain.

L'étude d'espaces citoyens émergeant au sein et en dehors de dispositifs institués de participation semble d'autant plus prometteuse dans le contexte actuel, marqué par des États sociaux fragilisés par des mesures d'austérité et par de nouvelles formes de mobilisations pour s'y opposer. Comme espaces citoyens, les *rodas* demeurent peu reconnues ou mises à l'écart de la logique productiviste propre au *management* d'efficience au sein des organisations de

service du Brésil. Alors que, d'un côté, on remarque un accroissement des modalités de gestion participative des services publics de santé mentale, de l'autre côté, on constate un accroissement des mécanismes de centralisation des pouvoirs ainsi que des dispositifs de contrôle panoptique. À rebours de cette tendance dominante dans l'étude des organisations, je conçois la constitution spontanée de collectifs comme des leviers d'expérimentation et de remises en cause des limites normatives et politiques de l'organisation de services publics de santé mentale.

D'autres recherches empiriques doivent être menées afin d'approfondir la compréhension des rapports sociaux de pouvoir impliqués dans l'émergence de tels espaces citoyens, ainsi que de leurs impacts sur les organisations contemporaines de services publics dans des contextes municipaux traversés par des tensions entre les mobilisations citoyennes et les modes de gestion de services publics en place. Il faut également d'identifier plus spécifiquement les points de tensions et les agencements entre des pratiques citoyennes et des pratiques de gestion participative en contexte organisationnel. Ainsi, je pourrais étudier comment des pratiques créées par des citoyens au sein de mouvements de lutte contre la privatisation de services publics de santé d'autres villes du Brésil ou d'ailleurs agissent sur les rapports sociaux de pouvoir induits par l'organisation locale.

Bibliographie

- Abélès, M. (2014). *Penser au-delà de l'État*. Paris: Belin, Éditions de la science de l'homme.
- Agamben, G. (2007). *Qu'est-ce qu'un dispositif?* Paris: Payot & Rivages.
- Alderson, M., Saint-Jean, M., Rhéaume, J., & Ruelland, I. (2011). Impasses dans le travail d'infirmières en Centres d'hébergement et de soins de longue durée soumis à des changements organisationnels significatifs. *Aporia*, 3(4), 30-46. Repéré à http://www.oa.uottawa.ca/journals/aporia/articles/2011_2011/Alderson_et_al.pdf.
- Alter, N. (2000). *L'innovation ordinaire*. Paris: Presses universitaires de France.
- Amarante, P. (2001). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2013). *Saúde mental e atenção psicossocial* (4e éd.). Rio de Janeiro.
- Ardoino, J., & Lourau, R. (1994). *Les pédagogies institutionnelles*. Paris: Presses universitaires de France.
- Arendt, H. ([1958] 1998). *Condition de l'homme moderne*. Paris: Presses pocket.
- Authier, M., & Hess, R. (1994). *L'Analyse institutionnelle*. Paris: Presses universitaires de France.
- Badiou, A. (2012). *La république de Platon : dialogue en un prologue, seize chapitres et un épilogue*. Paris: Fayard.
- Balducci, M. (2009). L'influence de *Administrative behavior* de H. Simon sur l'étude des organisations et sur la théorie du Public choice. *Revue française d'administration publique*, 131(3), 541-554. doi: 10.3917/rfap.131.0541
- Ballé, C. (2009). *Sociologie des organisations* (8e éd.). Paris: PUF.
- Barbier, R. (1997). *L'approche transversale l'écoute sensible en sciences humaines*. Paris : Anthropos.
- Baremblytt, G. (1992). *Compêndio de análise institucional e outras correntes teoria e prática*. Belo Horizonte : Biblioteca do Instituto Félix Guattari.
- Baremblytt, G. (2003). *Introdução a esquizoanálise* (Vol. I). Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Felix Guattari.

- Bazin, Y. (2014). Les enjeux d'une démocratie organisationnelle: exigences, dérives et conséquences. *Hal. Archives ouvertes.fr*, 1-20. Repéré à <https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/94148>.
- Beckett, S. (1953). *L'innommable*. Paris: Editions de minuit.
- Bellerose, C. (2003). *L'interaction autorégulée ou les assises paradigmatiques du néolibéralisme : les rapports entre la nouvelle théorie sociale et le discours du mouvement pour une autre mondialisation*. (Thèse de Doctorat inédite), Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Benevides de Barros, R. (1997). Dispositivos em ação: o grupo. *Saúde loucura no.6*, p.183-191.
- Bernoux, P. (2002). L'influence de March sur la sociologie des organisations en France. *Revue française de gestion*, 139(3), 195-202. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2002-2003-page-2195.htm>.
- Bernoux, P. (2009). *La sociologie des organisations initiation théorique suivie de douze cas pratiques* (6e ed.). Paris: Seuil.
- Bezes, P., & Pierru, F. (2012). État, administration et politiques publiques : les dé-liaisons dangereuses. La France au miroir des sciences sociales nord-américaines. *Gouvernement et action publique*, 2(2), 41-87. doi: 10.3917/gap.122.0041
- Bherer, L. (2011). Les relations ambiguës entre participation et politiques publiques. *Participations*, 1, 105-133. doi: 10.3917/parti.001.0105
- Bienenstock, M., & Tosel, A. (2004). *La raison pratique au XXe siècle : trajets et figures*. Paris: L'Harmattan.
- Bleil, S. (2012). *Vie et luttes des Sans terre au sud du Brésil Une occupation au Parana*. Paris: Karthala.
- Blondiaux, L. (2008). Démocratie délibérative vs. Démocratie agonistique? Le statut du conflit dans les théories et les pratiques de participation contemporaines. *Raisons politiques*(30), 131-147. doi: 10.3917/rai.030.0131
- Blondiaux, L., & Fourniau, J.-M. (2011). Un bilan des recherches sur la participation du public en démocratie: beaucoup de bruit pour rien? *Participations*, 1(1), 8-35. doi: 10.3917/parti.001.0008
- Boltanski, L. (2009). *De la critique : précis de sociologie de l'émancipation*. Paris: Gallimard.
- Boltanski, L., & Chiapello, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Gallimard.

- Borges, F. T., Moimaz, S. A. S., Siqueira, C. E., & Garbin, C. A. S. (2012). *Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde. O papel das Organizações Sociais de Saúde*. São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Box, R. C. (2005). *Critical social theory in public administration*. Armonk: M.E. Sharpe.
- Box, R. C. (2007). *Democracy and Public Administration*. New York: M.E Sharpe.
- Braga Campos, F. C. (2000). *O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. (Thèse de doctorat), Université d'État de Campinas, Campinas. Repéré à <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000222845>.
- Buchanan, J. M., & Tullock, G. (1965). *The calculus of consent logical foundations of constitutional democracy*. Ann Arbor, Mich.: University of Michigan Press.
- Buscatto, M., Loriol, M., & Weller, J.-M. (2008). *Au-delà du stress au travail: une sociologie des agents publics au contact des usagers*. Ramonville Saint-Agne: Érès.
- Butler, J. (2002). *La vie psychique du pouvoir : l'assujettissement en théories*. Paris: Editions Léo Scheer.
- Butler, J. (2005). *Trouble dans le genre : pour un féminisme de la subversion*. Paris: La Découverte.
- Cabannes, Y. (2006). Les budgets participatifs en Amérique latine » De Porto Alegre à l'Amérique centrale, en passant par la zone andine : tendances, défis et limites. *Mouvements*, 5(47-48), 128-138. doi: 10.3917/mouv.047.0128
- Campos, G. W. d. S. (1999). Equipe de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre reorganização do trabalho. *Ciencia e Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403.
- Campos, G. W. d. S. (2005). *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. d. S., & Dometti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 23(2), 399-407.
- Cantelli, F. (2007). *L'État à tâtons : pragmatique de l'action publique face au sida*. Bruxelles: P.I.E. Peter Lang.
- Cantelli, F. (2009). *Sensibilités pragmatiques : enquêter sur l'action publique*. Bruxelles: PIE Lang.

- Carvalho, R. S. (2005). *Saúde coletiva e promoção da saúde, sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec.
- Castel, R. ([1981] 2011). *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris: Les éditions Minuits.
- Castells, M. (1998). *La société en réseaux*. Paris: A. Fayard.
- Castoriadis, C. (1975). *L'institution imaginaire de la société*. Paris: Seuil.
- Chauviré, C. (2003). *Voir le visible : la seconde philosophie de Wittgenstein* (1re ed.). Paris: Presses universitaires de France.
- Coelho, V. S. P., Pozzoni, B., & Cifuentes, M. (2005). Participation and public policies in Brazil. In J. Gastil & P. Levine (Eds.), *The Deliberative Democracy Handbook: Strategies for Effective Civic Engagement in the Twenty-First Century Hardcover* (pp. 174-184). San Francisco: Jossey-Bass.
- Contreiras, H., & Matta, G. C. (2015). Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cadernos de saúde pública*, 31(1), 285-297. doi: 10.1590/0102-311X00015914
- Corin, E. (1990). *Comprendre pour soigner autrement : repères pour régionaliser les services de santé mentale*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Corin, E. (2003). *Continuité des soins en santé mentale : bilan et perspectives québécoises. Chemins de traverses*. Conférence présentée au 71e Congrès de l'ACFAS. Repéré à rasmq.com/publications/Corin_chemins_de_traverse.pdf
- Cotinaud, O. (1976). *Groupe et analyse institutionnelle l'intervention psychosociologique et ses dérives*. Paris: Le Centurion.
- Courpasson, D. (2000). *L'action contrainte : organisations libérales et domination*. Paris: Presses universitaires de France.
- Crozier, M. (1963). *Le phénomène bureaucratique essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel*. Paris: Seuil.
- Cunha de Brito, I., Onocko Campos, R., & Furtado, J. P. (2006). *Refletindo sobre o dispositivo assembleia de usuários e profissionais nos equipamentos substitutivos de Saúde Mental*. (Rapport de stage), Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Cusset, F. (2003). *French theory : Foucault, Derrida, Deleuze & Cie et les mutations de la vie intellectuelle aux Etats-Unis* (Vol. F4). Paris: La Découverte.

- da Costa, D. F. C., & Paulon, S. M. (2012). Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde em Debate*, 36(95), 572-582. Repéré à <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v536n595/a509v536n595.pdf>
- Dagnino, E. (2004). Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. *Politica e Sociedade*(5), 139-164. Repéré à <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/1983>.
- Dagnino, E., Olivera, A., & Pnafichi, A. (2008). Democratic innovation in Latin America: a first look at the democratic participatory project. In C. Raventos (Ed.), *Democratic innovation in the south Participation and representation in Asia, Africa and Latin America* (pp. 27-49). Buenos Aires: Primera.
- Dagnino, E., & Tatagiba, L. (2010). Mouvements sociaux et participation institutionnelle : répertoires d'action collective et dynamiques culturelles dans la difficile construction de la démocratie brésilienne. *Revue internationale de politique comparée*, 17(2), 167-185. doi: 10.3917/ripc.172.0167
- Dardot, P., & Laval, C. (2014). *Commun : essai sur la révolution du XXIe siècle*. Paris: La Découverte.
- Davezies, P. (2004). Évolution des organisations du travail et atteintes à la santé. In H. Poltier, A. M. Guénette, A.-M. Henchoz & A. Barrère (Eds.), *Travail et fragilisation : l'organisation et le management en question* (pp. 87-102). Lausanne: Payot.
- de Gaulejac, V. (2005). *La société malade de la gestion : idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Paris: Seuil.
- de Gaulejac, V. (2010). La NGP : Nouvelle gestion paradoxante. *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 83-98. doi: 10.7202/044221ar
- Dejours, C. (2005). *Le facteur humain* (4e ed.). Paris: Presses universitaires de France.
- Deleuze, G. (1986). *Foucault*. Paris: Éditions de Minuit.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1972). *L'anti-Oedipe* (Nouv. ed.). Paris: Éditions de Minuit.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1976). *Rhizome introduction*. Paris: Éditions de Minuit.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1980). *Mille plateaux*. Paris: Éditions de Minuit.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1991). *Qu'est-ce que la philosophie?* Paris: Éditions de Minuit.
- Dewey, J., & Cometti, J.-P. (2003). *Le public et ses problèmes*. Pau: Publications de l'Université de Pau.

- Dorigan, J. H., & L'Abbate, S. (2014). Rede mista: espaço transversal à construção do conhecimento e produção e práticas de saúde mental. *Saúde Debate*, 38(100), 69-79. doi: 10.5935/0103-104.20140003
- Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris: Seuil.
- Dubet, F. (2007). *L'expérience sociologique*. Paris: La Découverte.
- Dubet, F. (2009). *Le travail des sociétés*. Paris: Seuil.
- Dubet, F., & Caillet, V. (2006). *Injustices : l'expérience des inégalités au travail*. Paris: Seuil.
- Dubost, J. (1987). *L'intervention psychosociologique*. Paris: Presses universitaires de France.
- Duneier, M. (1999). *Sidewalk*. New York: FSG books.
- Escorel, S. (1999). *Reviravolta na saúde, origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Escorel, S., & Moreira, M. R. (2009). Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(3), 796-806. <http://dx.doi.org/710.1590/S1413-81232009000300015>
- Escorel, S., & Moreira, R. M. (2008). Participação social. In L. Giovanella & e. al. (Eds.), *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 979-1011). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Feirrer Mendes, V. L. (2007). *Uma clinica no coletivo, experimentações no programa de saúde família*. São Paulo: Hucitec.
- Figueiredo, M. D., & Onocko Campos, R. (2009). Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1), 129-138.
- Fikes, K. (2009). *Managing african portugal The citizen-Migrant Distinction*. Durham and London: Duke University Press.
- Fleury, S. (2011). Reforma dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil. *The Lancet*, 377(9779), 1724-1725. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60318-8
- Fleury, S., & Mafort, O. A. (2008). Política de saúde: uma política social. In L. Giovanella, S. Escorel, L. d. V. C. Lobato, J. C. Noronha & A. I. da Carvalho (Eds.), *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 23-65). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Fleury, S., Mafort, O. A. L., Kronemberger, T. S., & Zani, F. B. (2010). Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Panam Salud Publica* 28(6), 446-455. Repéré à <http://iris.paho.org/xmloi/handle/123456789/123459598>.
- Flocco, G. (2006). Du « tout-acteur » à l'analyse des médiations de la contrainte. *L'Homme et la société*, n° 162(4), 79-95. doi: 10.3917/lhs.162.0079
- Fonseca, G. M. T., Engelman, S., & Perrone, C. M. (2007). *Rizomas da Reforma psiquiátrica*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Fonseca, T. G. M., & Franscisco, D. J. (2000). *Formas de ser e habitar a contemporaneidade*. Porto Alegre: da Universidade.
- Fortier, I. (2012). Le récit de vie, l'identité narrative et l'ethos public dans le contexte de la Nouvelle gestion publique et de la modernité radicale. In D. Desmarais, J. Rhéaume & I. Fortier (Eds.), *Transformations de la modernité et pratiques (auto)biographiques* (pp. 31-48). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Foucault, M., Defert, D., Ewald, F., & Lagrange, J. (2001). *Dits et écrits 1954-1988*. Paris: Gallimard.
- Fourniau, J.-M. (2007). L'expérience démocratique des « citoyens en tant que riverains » dans les conflits d'aménagement. *Revue européenne des sciences sociales* (XLV-136), 149-179. Repéré à <http://www.cairn.info/le-debat-public-une-experience-francaise---page-167.htm>.
- Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée* (2e ed.). Paris: Seuil.
- Friedberg, E. (2001). *A la recherche de l'organisation*. Paris: Banlieues média.
- Friedberg, E. (2015). Herbert A. Simon. Repéré à http://screeningorganisation.com/manuels/encyclopedie_science_organisation
- Gauchet, M. (2002). *La démocratie contre elle-même*. Paris: Gallimard.
- Gauthier, B. (2004). *Recherche sociale, de la problématique à la collecte de données* Sainte-Foy Presses de l'Université du Québec.
- Gaxie, D. (2013). Démocratie *Encyclopædia Universalis*. Repéré à <http://www.universalis-edu.com.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/fileadmin/pdf/C071126.pdf>.
- Génard, J.-L. (2007). Responsabilité et solidarité: État libéral, État-providence, État réseaux. In M.-H. Soulet (Ed.), *La souffrance sociale : nouveau malaise dans la civilisation* (pp. 75-95). Fribourg: Academic Press Fribourg.

- Godbout, J. (1983). *La participation contre la démocratie*. Montréal: Editions Saint-Martin.
- Gohn, M. d. G. (2001). *Conselhos gestores e participação sociopolítica* (4e ed.). São Paulo: Cortez.
- Goirand, C. (2010). Penser les mouvements sociaux d'Amérique latine » Les approches des mobilisations depuis les années 1970. *Revue française de science politique*, 60(3), 445-466. doi: 10.3917/rfsp.603.0445
- Gramsci, A., & Paris, R. (1978). *Cahiers de prison*. Paris: Gallimard.
- Granovetter, M. S. (1974). *Getting a job a study of contacts and careers*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Gret, M., & Sintomer, Y. (2002). *Porto Alegre : l'espoir d'une autre démocratie*. Paris: Éditions La Découverte.
- Gret, M., Wright, S., Sintomer, Y., & ebrary Inc. (2008). The Porto Alegre experiment learning lessons for better democracy. Repéré à <http://proxy.bibliotheques.uqam.ca/login?url=http://site.ebrary.com/lib/uqam/Doc?id=10209335>
- Gruening, G. (2001). Origin and theoretical basis of New Public Management. *International Public Management Journal*, 4, 1-25.
- Guattari, F. (1972). *Psychanalyse et transversalité essais d'analyse institutionnelle*. Paris: F. Maspero.
- Guattari, F. (1977). *La révolution moléculaire*. Fontenay-sous-Bois: Recherches.
- Guattari, F. (1980). Entretien. In J. Ardoino (Ed.), *L'Intervention institutionnelle* (pp. pp.109-142). Paris: Payot.
- Guattari, F. (1992). *Chaosmose*. Paris: Galilée.
- Guattari, F. ([1989] 2012). *De Leros à la Borde*. Clamecy: Lignes imec.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (2005). *Micropolítica: cartografias do desejo* (7e ed.). Petrópolis Vozes
- Haber, S., & Cotten, J.-P. (2004). *L'action en philosophie contemporaine*. Paris: Ellipses.
- Hatchuel, A. (2005). *Gouvernement, organisation et gestion : l'héritage de Michel Foucault*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Hayek, F. A. v. (2002). *La route de la servitude* (3e ed.). Paris: Presses universitaires de France.

- Honneth, A., & Isabelle, G. (2007). Travail et agir instrumental. À propos des problèmes catégoriels d'une théorie critique de la société. *Travailler*, n° 18(2), 17-58.
- Huault, I. (2008). Les approches critiques du management In G. Schmidt (Ed.), *Le management : fondements et renouvellements* (pp. 315-323). Auxerre: Sciences Humaines Éditions.
- Huault, I., & Leca, B. (2009). Pouvoir Une analyse par les institutions. *Revue Française de Gestion*, 193, 133-149. Repéré à <http://www.drm.dauphine.fr/a/publications/192/HuaultLecaVF.pdf>.
- Ickes, S. (2013). *African-Brazilian Culture and Regional Identity in Bahia, Brazil*. Miami: University Press of Florida.
- Jardat, R. (2012). De la démocratie en entreprise Quelques résultats empiriques et propositions théoriques. *Revue française de gestion*, 9-10(228-229), 167-184. doi: 10.3166/RFG.228-229.167-184
- Jetté, C., & Goyette, M. (2010). Pratiques sociales et pratiques managériales : Des convergences possibles ? *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 25-34. doi: 10.7202/044217ar
- Juan, S. (2008). La sociologie des associations : dimensions institutionnelle et organisationnelle. In C. Hoarau, J.-L. Laville & P. Avare (Eds.), *La gouvernance des associations : économie, sociologie, gestion* (pp. 297). Ramonville Saint-Agne: Érès.
- Kant, I., & Alquié, F. ([1754] 1989). *Critique de la faculté de juger ; suivi de Idée d'une histoire universelle au point de vue cosmopolitique ; et de Réponse à la question: qu'est-ce que les lumières?* Paris: Gallimard.
- L'Abbate, S. (1992). O Direito à Saúde: da reivindicação à realização – projetos e política de saúde em Campinas. In A. W. d. P. Spínola, E. N. d. C. Sá, M. F. Westphal, R. d. C. F. Adorno & F. Zioni (Eds.), *Pesquisa social em saúde* (pp. 67-94). São Paulo: Cortez.
- Lancetti, A. (2008). *Clinica peripatética* (3e ed.). São Paulo: Hucitec.
- Lapassade, G. (1970). *Groupes, organisations et institutions* (2e ed.). Paris: Gauthier-Villars.
- Lapassade, G. (1996). *Les microsociologies*. Paris: Anthropos Économica.
- Lapassade, G., & Lourau, R. (1971). *Clefs pour la sociologie*. Paris: Seghers.
- Laperrière, A. (2003). L'observation directe. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (pp. 269-292). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

- Laplantine, F., & Singly, F. d. (2010). *La description ethnographique*. Paris: Armand Colin.
- Lapointe, P.-A., Cucumel, G., Bélanger, P., Lévesque, B., & Langlois, P. (2003). Nouveaux modèles de travail dans le secteur manufacturier au Québec. *Recherches sociographiques*, 44(2), 313-347. doi: 10.7202/007694ar
- Lavras, C., Prieto, S., & Contador, V. (2007). Movimento sanitário brasileiro na década de 1970: a participação nas universidades e dos municípios. Brasília.
- Lazzarato, M. (2004). *Les révolutions du capitalisme*. Paris: Empêcheurs de penser en rond.
- Le Goff, A. (2012). Care, participation et délibération: politiques du care et politique démocratique. In M. Garrau & A. Le Goff (Eds.), *Politiser le care? Perspectives sociologiques et philosophiques* (pp. 101-114). Paris: Le bord de l'eau.
- Lefort, C. (1966). Pour une sociologie de la démocratie. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 21e Année(4), 750-768. Repéré à <http://www.jstor.org/stable/27576658>
- Lemieux, C. (2009). *Le Devoir et la grâce. Pour une analyse grammaticale de l'action*. Paris: Économica.
- Lemieux, C. (2012). Philosophie et sociologie : le prix du passage. *Sociologie*, 3(2), 199-209. doi: 10.3917/socio.032.0199
- Lemieux, V. (1997). *La décentralisation*. Sainte-Foy: Institut québécois de recherche sur la culture.
- Lemieux, V. (2003). *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux* (2e ed.). Presses de l'Université Laval.
- Leydesdorff, L., & Etzkowitz, H. (2000). Le "Mode 2" et la globalisation des systèmes d'innovation "nationaux" : le modèle à Triple hélice des relations entre université, industrie et gouvernement. *Sociologie et sociétés*, 32(1), 135-156. doi: 10.7202/001434ar
- Lourau, R. (1981). *L'Analyse institutionnelle* (2e ed.). Paris: Éditions de Minuit.
- Lourau, R. (1994). *Actes manqués de la recherche*. Paris: Presses universitaires de France.
- Machado, L. D., Lavrador, M. C. C., & de Barros, M. E. B. (2002). *Texturas da psicologia, Subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Maheu, L., & Toulouse, J.-M. (1993). Gestion du social et social en gestation. *Sociologie et sociétés*, 25(1).
- March, J. G., & Simon, H. A. ([1958] 1971). *Les organisations* Paris: Dunod.

- Marshall, G. S. (2007). A brief Tour of Public Organization Theory in the United States. In R. C. Box (Ed.), *Democracy and Public Administration* (pp. 40-64). New York: M.E Sharpe.
- Martin, D. (1994). *Démocratie industrielle la participation directe dans les entreprises*. Paris: Presses universitaires de France.
- Martineau, S. (2005). L'observation en situation: enjeux, possibilités et limites. *Recherches Qualitatives. Hors Série*, 5-17.
- Martuccelli, D. (1999). *Sociologies de la modernité : l'itinéraire du XXe siècle*. Paris: Gallimard.
- Martuccelli, D. (2002). *Grammaires de l'individu*. Paris: Gallimard.
- Martuccelli, D. (2005). *La consistance du social : une sociologie pour la modernité*. Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Martuccelli, D. (2010). Critique de la philosophie de l'évaluation. *Cahiers internationaux de sociologie*, 128-129(1), 27-52. doi: 10.3917/cis.128.0027
- Mayer, R., & Ouellet, F. (2000). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville, Québec: G. Morin.
- Meignant, A. (1980). Le métier de psychosociologue et la demande sociale *Connexions* (29), 81-94.
- Mendel, G., & Prades, J.-L. (2002). *Les méthodes de l'intervention psychosociologique*. Paris: La Découverte.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2012). Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saúde e Sociedade*, 21(2), 267-279.
- Merhy, E. E., & Amaral, H. (2007). A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Aderaldo e Rothschild.
- Merhy, E. E., Chakkour, M., Oliveira, P. C. P., & Rodrigues, R. A. (2002). O dentro e o fora - transcender os limites dos "muros institucionais": o relato de situações sobre a relação entre o serviço de saúde mental Dr. Cândido Ferreira e a comunidade. Repéré à <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-18.pdf>.

- Mermet, L. (2007). Épilogue. Débattre sans savoir pourquoi : la polychrésie du débat public appelle le pluralisme théorique de la part des chercheurs. In C. Blatrix, L. Blondiaux, J.-M. Fourniau, R. Lefevre & M. Revel (Eds.), *Le débat public : une expérience française de démocratie participative* (pp. 368-380). Paris: Découverte.
- Merton, R. K. (1938). *Social structure and anomie*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Michels, R. (1968). *Political parties a sociological study of the oligarchical tendencies of modern democracy* (2e ed.). New York: Free Press Collier Macmillan.
- Ministèredelasanté. (2004). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília : Série F. Comunicação e Educação em Saúde Repéré à http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf.
- Ministèredelasanté. (2010). *Cadernos de atenção básica, Diretrizes do NASF - Núcleos de Apoio a Saúde da Família Brasília-DF*: Ministério da Saúde Repéré à <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab27>.
- Ministèredelasanté. (2016). *Observatório Crack, é possível vencer*. Repéré à <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/outros-centros-atencao-psicossocial.html>
- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris Montréal: Éditions d'organisation ; Éditions Agence d'Arc.
- Moachon, E., & Bonvin, J.-M. (2013). Les nouveaux modes de gestion du travail social et la marge discrétionnaire des travailleurs sociaux In C. Bellot, M. Bresson & C. Jetté (Eds.), *Le travail social et la nouvelle gestion publique*. (pp. 205-220). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Moffat, A. (1997). *Sócioterapia para sectores marginados: Terapia comunitária para grupos de riesgo* (6e ed.). Buenos Aires: LUMEN-HVMATINAS.
- Moraes, A., Gutiérrez, B., Parra, H., Albuquerque, H., Tible, J., & Schavelzon, S. (2014). *Junho potência das ruas e das redes*. São Paulo: Friedrich Ebert Stiftung.
- Mosher, F. C. (1968). *Democracy and the public service*. New York: Oxford University Press.
- Mouffe, C. (2000). *The democratic paradox*. Essex: Verso.
- Mucchielli, A., & Guivarch, J. (1998). *Nouvelles méthodes d'étude des communications*. Paris: A. Colin.
- Mullaly, B. (2002). *Challenging Oppression: a critical social work approach*. Don Mills: Oxford University Press

- Neveu, C. (2011). Démocratie participative et mouvements sociaux : entre domestication et ensauvagement? *Participations*, 1(1), 186-209. doi: 10.3917/parti.001.0186
- Nunes, R. (2014). Organisation of the organisationless: collective action after networks (pp. 56). Repéré à <http://www.metamute.org/sites/www.metamute.org/files/pml/Organisation-of-the-Organisationless.pdf>
- O'Gorman, F. (1983). *Dinâmica comunitária nas palavras do povo* (2e ed.). Rio de Janeiro: Vozes.
- Onocko Campos, R. (2003). *O planejamento no labirinto uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Hucitec.
- Onocko Campos, R., Campos, W. d. S. G., Ferrer, A. L., Corrêa, C. R. S., Madureira, P. R., Gama, C. A. P., . . . Nascimento, R. (2012). Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Revista de Saúde Publica*, 46(1), 43-50. Repéré à http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2012avaliacaodeestrategiasinovadoras_2010.pdf.
- Onocko Campos, R., & Furtado, J. P. (2005). A transposição das Políticas de Saúde Mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 8(1), 109-122.
- Onocko Campos, R., Furtado, J. P., Passos, E., Ferrer, A. L., Miranda, L., & Pegelo da Gama, C. A. (2009). Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Saúde Publica*, 43(1), 16-22.
- Otero, M. (2000). Les stratégies d'intervention psychothérapeutique et psychosociale au Québec : La régulation des conduites. *Sociologie et sociétés*, 32(1), 213-224.
- Otero, M. (2003). *Les règles de l'individualité contemporaine : santé mentale et société*. Sainte-Foy: Presses de l'Université Laval.
- Otero, M. (2012). *L'ombre portée : l'individualité à l'épreuve de la dépression*. Montréal: Boréal.
- Oury, J., & Depussé, M. (2003). *À quelle heure passe le train... : conversations sur la folie*. Paris: Calmann-Lévy.
- Pacheco, R. S. (2010). A agenda da nova gestão pública. In M. R. Loureiro, F. L. Abrucio & R. S. Pacheco (Eds.), *Burocracia e política no Brasil Desafio para a ordem democrática no século XXI* (pp. 183-218). Rio de Janeiro: FGV.

- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*: A. Colin.
- Paim, J. S. (2008). *Reforma sanitária Brasileira, contribuição para a compreensão crítica*. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba - Editora Fiocruz.
- Paim, J. S., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778-1797. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8
- Passos, E., Kastrup, V., & Escossia, L. d. (2010). *Pistas do método da cartografia pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Editora Sulina.
- Pilgrim, D., & Rogers, A. (2005). *A sociology of mental health and illness* (3e ed.). Glasgow Angleterre: Open University Press.
- Piron, F. (2003). La production politique de l'indifférence dans le nouveau management public *Anthropologie et Sociétés*, 27(3), 47-71. doi: 10.7202/007924ar
- Powell, W. W., & Grodal, S. (2005). Networks of Innovators. In J. Fagerberg, D. C. Mowery & R. R. Nelson (Eds.), *The Oxford Handbook of Innovation* (pp. 56-85). New York: Oxford University Press.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. v. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales* (3e ed.). Paris: Dunod.
- Rabouin, L. (2009). *Démocratiser la ville : le budget participatif : de Porto Alegre à Montréal*. Montréal: Lux Éditeur.
- Rancière, J. (1974). *La leçon d'althusser*. Paris: Gallimard.
- Rancière, J. (1995). *La méésentente politique et philosophie*. Paris: Galilée.
- Rancière, J. (1998). *Aux bords du politique* (Nouv. éd.). Paris: La Fabrique.
- Rancière, J. (2003). *Les scènes du peuple : les révoltes logiques, 1975-1985*. Lyon: Horlieu.
- Rancière, J. (2009). *Et tant pis pour les gens fatigués : entretiens*. Paris: Amsterdam.
- Renaut, A. (2004). *La fin de l'autorité*. Paris: Flammarion.
- Rhéaume, J. (1991). La consultation organisationnelle ses buts ses méthodes *Guide pour l'analyse des nouvelles stratégies d'entreprise*. Montréal Comité conjoint UQAM-CSN-FTQ dans les cadres des Services aux collectivités de l'UQAM.

- Rhéaume, J. (1992). Les valeurs des consultants et consultantes organisationnels In R. Tessier & Y. Tellier (Eds.), *Méthodes d'intervention consultation et formation* (Vol. Tome 7 pp. 63-84). Sillery Presses de l'Université du Québec.
- Rhéaume, J., Maranda, M.-F., Deslauriers, J.-S., St-Arnaud, L., & Trudel, L. (2008). Action syndicale, démocratie et santé mentale au travail. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(2), 82-110. Repéré à <http://id.erudit.org/iderudit/018450ar>.
- Rioux, M. ([1982] 2011). Remarque sur les pratiques émancipatoires dans les sociétés industrielles en crise. In J. Hamel, J. F. Lecavalier & M. Fournier (Eds.), *La culture comme refus de l'économisme* (pp. 484-506). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal
- Rodrigues, H. d. B. C., & Benevides de Barros, R. (2003). Socioanalyse et pratique groupales au Brésil : un mariage hétérogène. *L'Homme et la société*, 1(147), 55 à 70. doi: 10.3917/lhs.147.0055
- Rodrigues, R. d. B. C., Sa Leitao, M. B., & Benevides de Barros, R. D. (2002). *Grupos e instituições em análise*. (3e ed.). Rio de Janeiro: Editora Rosa dos tempos.
- Rolnik, S. (1994). Perspectiva ética-estética-política no trabalho de pesquisa. *Cadernos de subjetividade* (1), 75-97.
- Rondeau, R. (1980). *Les groupes en crise? Éléments pour une étude comparée des problèmes de la psychosociologie d'expression française*. Paris : Fides.
- Rosanvallon, P. (1976). *L'âge de l'autogestion ou la politique au poste de commandement*. Paris: Seuil.
- Rouillard, C., & Gagnon, A.-G. (2008). *De la réingénierie à la modernisation de l'État québécois* (2e ed.): Presses de l'Université Laval.
- Ruelland, I., Rhéaume, J., Saint-Jean, M., Therriault, P.-Y., & Alderson, M. (2014). L'institution carcérale et ses dérives organisationnelles : le cas d'un établissement à sécurité maximale au Canada. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2(18), 241-255. doi: 10.3917/nrp.018.0241
- Sainsaulieu, I. (2006). *La communauté de soins en question : le travail hospitalier face aux enjeux de société*: Lamarre.
- Sainsaulieu, I., Salzbrunn, M., & Amiotte-Suchet, L. (2010). *Faire communauté en société : dynamique des appartenances collectives*. Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Sandoval, S. (2000). O que há de novo na psicologia social latino-americana? . In R. H. d. F. Campos & P. A. Guareschi (Eds.), *Paradigmas em psicologia social, a perspectiva Latino-Americana* (pp. 101-109). Petrópolis: Vozes

- Sartre, J.-P. (1960). *Critique de la raison dialectique : précédé de Question de méthode*. Paris: Gallimard.
- Sauvy, A. (1961). *La bureaucratie*. Paris: Presses universitaires de France.
- Scott, W. R. (2004). Reflections on half-century of organizational sociology *Annual Review of Sociology*, 30, 1-21.
- Selznick, P. (1948). *Foundations of the theory of organization*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Sévigny, R. (1977). Intervention psychosociologique : réflexion critique. *Sociologie et sociétés*, 9(2), 7- 33. doi: 10.7202/001694ar
- Sévigny, R. (1993). Pratiques alternatives en santé mentale et gestion du social. *Sociologie et sociétés*, 25(1), 111-123.
- Simon, H. A. (1944). *Decision-making and administrative organization*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Simon, H. A. ([1947] 1976). *Administrative behavior a study of decision-making processes in administrative organization*. (3e ed.). New York: Free press.
- Smeke, E. d. L. M. (1989). Saúde e Democracia, experiencia de gestão popular: um estudo de caso. (Thèse de doctorat), Université d'État de Campinas, Campinas. Repéré à <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000045271>
- Soares, L. T. (2003). Les transformations du système de santé et leurs répercussions sur les femmes : le cas du Brésil. In F. Saillant & M. Boulianne (Eds.), *Transformations sociales, genre et santé : perspectives critiques et comparatives* (pp. 39-48). Québec: Presses de l'Université Laval ; L'Harmattan.
- Sorensen, E., & Torfing, J. (2005). The Democratic Anchorage of Governance Networks. *Scandinavian Political Studies*, 28(3), 195-218. doi: 10.1111/j.1467-9477.2005.00129.x
- Sorj, B., & Martuccelli, D. (2008). *O desafio latino-americano: coesão social e democracia* (R. Telles, Trans.). Rio de Janeiro: civilização brasileira.
- Spinoza, B. d., & Pautrat, B. ([1634] 1999). *Éthique*. Paris: Seuil.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (2004). *Les fondements de la recherche qualitative : techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*: Academic Press Fribourg.

- Tessier, R. (1981). L'intervention psychosociologique 1940-1980 *Revue québécoise de psychologie* 2(3), 191-209.
- Tessier, R., & Tellier, Y. (1993). *Changement planifié et développement des organisations index thématique et onomastique : des tomes 1 à 8*: Presses de l'Université du Québec.
- Tournay, V. (2011). *Sociologie des institutions* (1re éd.). Paris: Presses universitaires de France.
- Trapé, T. L. (2010). *A agente comunitário de saúde e a saúde mental: faces e interfaces* (Maitrise), UNICAMP, Campinas. Repéré à <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000807317> (CRB-8/6044)
- TribunaldeContasdoEstadoSãopaulo. (2016). Portail du Tribunal des comptes de l'État de São Paulo, from <http://www4.tce.sp.gov.br/competencia>
- Vasconcelos, E. M. (2012). Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. *Cadernos Brasileiros de saúde mental*, 4(8), 8-21. Repéré à <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2033/2331>.
- Velho, G. ([1973] 2010). *A utopia urbana um estudo de antropologia social*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Visentini, G. S. (2006). *Reforma do estado no Brasil (1995-1998): diretor da reforma do aparelho do estado*. (Maitrise), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Repéré à <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/8330>
- Vrancken, D. (2011). De la mise à l'épreuve des individus au gouvernement de soi. *Mouvements* 1(65), 11-25. doi: 10.3917/mouv.065.0011
- Vrancken, D., & Kutty, O. (2001). *La sociologie et l'intervention : enjeux et perspectives*. Bruxelles: De Boeck université.
- Wagner de Lima Gois, C. (2008). *Saúde comunitária, pensar e fazer*. São Paulo: Hucitec.
- Weber, M. (1995). *Économie et société - 2*. Paris: Agora Pocket.
- Wiener, N. (1949). *Cybernetics or, control and communication in the animal and the machine*. New York: J. Wiley.
- Wittgenstein, L., & Rigal, É. ([1953] 2004). *Recherches philosophiques*. Paris: Gallimard.
- Ybema, S., Yanow, D., Wels, H., & Kamsteeg, F. (2009). *Organizational ethnography ,studying the complexities of everyday life*. London: Sage.

Annexe 1 – Fiche de consentement



Santé mentale
et citoyenneté

ALLIANCE INTERNATIONALE DE RECHERCHE
UNIVERSITÉS-COMMUNAUTÉS

Université 
de Montréal



Le mouvement antiasilaire au Brésil et la démocratisation des organisations publiques de santé mentale : étude critique de cas

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

À l'intention des personnes impliquées dans le CAPS-III Maio dans le district 3 de santé de la ville de Campinas.

Responsable du projet

Isabelle Ruelland, candidate au doctorat en sociologie, Université de Montréal

Sous la direction de :

Au Canada :

Christopher McAll, professeur titulaire, Département de sociologie, Université de Montréal

Lourdes Rodriguez del Barrio, professeure agrégée, Département de service social, Université de Montréal / directrice de l'Alliance internationale de recherche université, communauté, santé mentale et citoyenneté (ARUCI-SMC), Canada.

Au Brésil :

Rosana Onocko Campos, professeure titulaire, Faculté de médecine, Université de Campinas (UNICAMP) / directrice de l'Alliance internationale de recherche université, communauté, santé mentale et citoyenneté (ARUCI-SMC), Brésil.

Participant(e)s

Les personnes impliquées dans l'organisation quotidienne des pratiques de santé mentale du CAPS-III Maio dans le district 3 de santé de Campinas; c'est-à-dire les gestionnaires, les professionnels, les stagiaires universitaire, les employés de soutiens et les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale.

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche portant sur la démocratisation de l'organisation des pratiques en santé mentale dans lequel vous serez appelé/e à passer deux entrevues individuelles. Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de ce projet, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la responsable du projet.

Présentation du projet, de ses objectifs et de ses résultats attendus

En phase avec les travaux de l'Alliance internationale de recherche université et communauté en santé mentale et citoyenneté (ARUCI-SMC) entre le Canada et le Brésil ce projet de recherche vise à comprendre les pratiques des individus impliqués dans un CAPS qui s'inspirent du mouvement antiasilaire ainsi que leurs impacts sur la démocratisation de l'organisation des pratiques de santé mentale de cet établissement.

Les données recueillies dans le cadre de ce projet constitueront le corpus de la thèse de doctorat d'Isabelle Ruelland (sociologie – Université de Montréal). Ce projet de thèse - *Le mouvement antiasilaire au Brésil et la démocratisation des organisations publiques de santé mentale : étude critique de cas* – s'inscrit dans un des axes de recherche de l'ARUCI-SMC qui concernent la production de connaissance sur le plan des politiques, des services et des pratiques de santé mentale.

Les résultats de ce projet de recherche permettront d'expliquer en quoi et comment les discours et les actions des personnes impliquées dans un CAPS contribuent à la démocratisation de l'organisation des pratiques de santé mentale, c'est-à-dire, à la construction des capacités individuelles et collectives de débat, de décision et d'action dans un contexte organisationnel public. Plus exactement, les résultats identifieront les impacts concrets des discours et des actions sur les modes de gouvernance du CAPS.

Nature et durée de la participation

La participation attendue se traduit en deux types d'action : (1) la participation à des entrevues individuelles (2) la continuité de votre implication actuelle dans les activités quotidiennes du CAPS durant les moments d'observation en situation de la chercheur entre le 5 avril et le 22 décembre 2012.

(1) Participation à des entrevues : Vous êtes invité(e) à participer à deux entrevues individuelles à la fin du projet. L'entrevue individuelle sera enregistrée et se déroulera à l'endroit de votre choix. Chaque rencontre durera environ soixante minutes. On débutera l'entrevue en vous posant quelques questions générales liées à votre travail et à vos expériences concernant l'organisation des pratiques de santé mentale du CAPS dans lequel vous êtes impliqués. Le premier entretien a pour objectif de saisir clairement votre compréhension de l'organisation des pratiques de santé mentale du CAPS, d'identifier les principaux enjeux que soulève cette organisation des pratiques. Le second entretien sera réalisé quelques jours après le premier entretien. Il a pour but de permettre un retour d'expérience en rapport au contenu abordé lors du premier entretien. **(2) La continuité de votre implication actuelle dans les activités quotidiennes du CAPS durant les moments d'observation en situation de la chercheur.** La responsable de la recherche observera les réunions des différents comités de gestion du CAPS (conseil de cogestion, conseil collégial, réunions d'appui institutionnel, rencontre d'appui matriciel et assemblée générale) ainsi que certaines activités comme les ateliers d'art, de cuisine collective ou même les soirées sociales. Ce processus d'observation aura lieu du lundi au vendredi entre le 5 juillet et

le 22 décembre prochain. Cette démarche a pour but de comprendre l'organisation des pratiques de santé mentale telle qu'elles se créent dans le quotidien du CAPS.

Avantages pouvant découler de la participation

Vous ne retirerez pas de bénéfice ou d'avantage personnel direct en participant à ce projet de recherche. Toutefois, la participation au projet offre, à chacun des participants, une occasion de discussion autour de l'organisation des pratiques de santé mentale dans le CAPS dans le cadre d'une démarche structurée et soutenue par une équipe de recherche. La démarche favorise la réflexion sur les rapports d'influence entre les modes de gouvernance et les pratiques en santé mentale du CAPS en mettant à profit des expertises existantes. Elle permet aux participants de formuler des hypothèses et d'approfondir leur réflexion sur le contexte organisationnel et son influence sur les pratiques de santé mentale. Ainsi vous aurez contribué à l'avancement des connaissances en ce qui concerne l'organisation des pratiques et la démocratisation des institutions publiques de santé mentale. Lorsque l'étude sera complétée, vous pourrez obtenir une copie de la synthèse des résultats.

Risques et inconvénients pouvant découler de la participation

Il n'existe pas de risque particulier à participer à cette étude. Essentiellement, vous pouvez vivre des inconvénients relatifs à la durée des activités, soit de passer deux entrevues individuelles d'une durée d'une heure environ. À n'importe quel moment des entrevues individuelles, vous pouvez demander une pause, poser des questions d'éclaircissement ou refuser de répondre à une question qui vous est posée. Par ailleurs, le processus d'observation de la chercheuse qui aura lieu dans votre CAPS entre le 5 juillet et le 22 décembre peut créer de l'inconfort associé à la présence inhabituelle de la chercheuse. Au cours de ses observations vous pourrez exprimer votre intention que cette dernière cesse de prendre des notes ou même qu'elle se retire du lieu de l'activité ou de la réunion auxquelles vous participez.

Compensation financière

Aucune compensation financière ne vous sera versée pour votre participation au projet.

Retrait de la participation

Votre participation à ce projet est libre et volontaire. Que vous décidiez de participer ou non ne changera rien à votre lien d'emploi. Vous pouvez vous retirer en tout temps du projet et ce, sans que cela n'entraîne de sanction professionnelle ou autre forme de préjudice. Si vous décidez de vous retirer de ce projet, les documents audio ou écrits associés à l'entrevue individuelle initiale seront détruits.

Confidentialité

Les informations observés et dévoilées au cours des entrevues individuelles demeureront confidentielles. **Aucune information nominative** ou de nature à identifier une personne n'y figurera. Un **code numérique** sera attribué à chacune des entrevues. Ces **entretiens seront dénominalisés et anonymisés**. Les entrevues seront enregistrées pour compléter la prise de notes. Les enregistrements seront détruits au moment du dépôt de la thèse. Un code numérique vous sera attribué. Il remplacera votre nom dans tous les documents traités dans le cadre du projet. Mis à part le personnel de recherche, **personne n'aura accès aux données** qui vous concernent. Au cours du projet et lorsque des résultats seront présentés dans des événements scientifiques ou publiés dans des revues spécialisées, rien ne pourra permettre de vous identifier.

La liste maîtresse des participants et les **formulaire de consentement seront conservés dans un classeur sous clé situé dans le bureau de la coordonnatrice du projet**, dans une filière verrouillée. Après sa constitution, seule la coordonnatrice y aura accès. Ces documents seront conservés durant une période de cinq ans suivant le dépôt de la thèse. Après cette période, ils seront détruits de manière sécuritaire. Le matériel d'entrevue sera utilisé aux seules fins pour lesquelles il a été recueilli.

Clause de responsabilité

Si, dans le cadre de votre participation à cette étude, vous êtes victime d'un préjudice, vous conservez votre droit de faire valoir tout recours disponible sur le plan légal.

Personne ressource

Si vous souhaitez poser des questions sur le projet, signaler un inconfort associé aux processus d'observation ou aux entrevues, faire part de vos commentaires, vous pouvez en tout temps contacter

Rosana Onocko Campos, directrice de la recherche au Brésil et professeure à la Faculté de médecine de l'Université de Campinas au Brésil

Tél. : XXX

Courriel : XXX

Questions concernant le projet

Si vous avez des questions sur le projet, n'hésitez pas à les poser à la chercheuse dès la séance d'information initiale. Si d'autres questions vous viennent au cours du processus d'observation, ou lors des entretiens, n'hésitez pas à les poser. Vous pourrez également les poser en la contactant :

Isabelle Ruelland, doctorante, département de sociologie, Université de Montréal

Tél : XXXX

Courriel : XXX

Engagement de la responsable du projet de recherche

Je, soussigné(e), _____, certifie

- a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;
- b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet décrit ci-dessus;
- d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Consentement

Je _____ (nom) déclare avoir lu et pris connaissance du projet. **Le mouvement antiasilaire au Brésil et la démocratisation des organisations publiques de santé mentale : étude critique de cas**

Je comprends ce qui est attendu de moi et les risques auxquels je m'expose, tels que présentés dans ce formulaire.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects du projet et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à ce projet. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte.

Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je conserve une copie signée de ce formulaire.

Nom du-de la participant-e	Signature	Date
----------------------------	-----------	------


Nom de la responsable du projet de recherche	Signature	Date
----------------------------------------------	-----------	------

Lieu de la rencontre

Je désire recevoir une copie de la synthèse des résultats du projet, lorsque celui-ci sera complété.

Nom :
Adresse postale :
Adresse électronique (facultatif) :

Annexe 2 – Certificat d'éthique du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal

Université 
de Montréal

Faculté des arts et des sciences
Vice-décanat à la recherche

No de certificat : CERFAS-2012-13-067-D

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA FACULTÉ DES ARTS ET DES SCIENCES (CERFAS)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences, selon les procédures en vigueur et en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* de l'Université de Montréal :

TITRE : *Le mouvement anti-asilaire au Brésil et la démocratisation des organisations publiques: étude critique de cas.*

REQUÉRANTS : *RUELLAND, Isabelle, (REDACTED), étudiante au doctorat
Département de sociologie.*

sous la direction de :


*MCALL, Christopher, professeur titulaire, Département de
sociologie.*

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche devra être communiqué au CERFAS qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave devra être immédiatement signalé au CERFAS.

Selon les exigences éthiques en vigueur, **un suivi annuel est minimalement exigé afin de maintenir la validité de ce certificat**, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi peut être consulté sur la page Web du CERFAS.


Claude Comtois, président
Comité d'évaluation déléguée

Date de délivrance :

2012/06/10
AAAA / MM / JJ

Date d'échéance

2012/06/10
AAAA / MM / JJ

Annexe 3 – Certificat d'éthique du Comité d'éthique à la recherche de la Faculté des sciences médicales de l'UNICAMP

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS - UNICAMP (CAMPUS
CAMPINAS)



PROJETO DE PESQUISA

Título: O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL BRASILEIRO E A DEMOCRATIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: ESTUDO CRÍTICO DE CASO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03323212.1.0000.5404

Pesquisador: Isabelle Ruelland

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP
(Campus Campinas)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 86611

Data da Relatoria: 27/07/2012

Apresentação do Projeto:

1. Delineamento: Para ajudar a alcançar os objetivos da pesquisa, é pertinente usar uma metodologia qualitativa e indutiva. 2. Pre-campo: Realizamos entrevistas exploratórias com treze pessoas envolvidas no movimento antimanicomial e trabalhando em instituições de saúde pública há mais de cinco anos. Essas pessoas estão ativamente envolvidas na análise, na avaliação e na gestão de instituições públicas de saúde mental. À luz dessas entrevistas, foi possível identificar o CAPS-III David Capistrano, no distrito sudoeste de Campinas. Esta amostra de um CAPS-III foi construída a partir de uma técnica de amostragem não probabilística (bola de neve) e de acordo com os seguintes critérios de seleção: o modelo de governo que o CAPS-III pretende usar, os anos de implementação deste modelo, a localização do CAPS-III (1. Prioridade para CAPS-III de municípios considerado como ativamente engajados na Reforma Sanitária e psiquiátrica, 2. Prioridade para CAPS-III localizado em um distrito conhecido por estar envolvido nos Conselhos de saúde municipal, estadual e federal) e, finalmente, a acessibilidade do CAPS-III (laço de confiança estabelecida com as pessoas do CAPS-III). 3. Sujeitos: Esta pesquisa é baseada em uma amostra de 60 voluntários de 30 usuários e 30 profissionais que representam todas as profissões e todos os tipos de estagiários que ocorrem nos CAPS no momento do estudo. Eles são homens e mulheres entre 18 e 65 anos, capazes de dar consentimento informado em relação à sua participação neste estudo. Os Sujeitos da pesquisa serão: 4. Estudo de caso: Esta pesquisa é baseada em um estudo de caso de seis meses em um CAPS-III. Nela, todas estas técnicas de coleta de dados serão usadas. Antes de começar nossa coleta de dados, vamos apresentar a pesquisa durante a Assembleia Geral do CAPS-III, que inclui todas as pessoas envolvidas nesta organização. Vamos apresentar um esboço de nossa pesquisa (os seus objetivos e metodologia, considerações éticas e resultados esperados). 6. Observação em contexto institucional: Uma observação em situação é, de maneira geral, composto por três fases específicas: a preparação do campo (pre-campo), a entrada e, a imersão no campo (Martineau, 2004). Pretendemos atender a essas fases. O diário de campo serve como o principal instrumento de coleta de dados durante as observações. As informações contidas são espontaneamente categorizadas de acordo com as seguintes dimensões: fato, interpretação, análise e consulta. Além do diário de campo o processo de observação desta pesquisa é orientado pelos três temas de nosso esquema de análise heurística, o seja: 1) Projeto de democratização das instituições públicas de saúde mental do movimento antimanicomial, 2) A organização do CAPS e seus dispositivos de governança, 3) As críticas dos sujeitos envolvidos no CAPS.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIENCIAS
MEDICAS - UNICAMP (CAMPUS
CAMPINAS)



Objetivo da Pesquisa:

Compreender os saberes e as práticas dos sujeitos envolvidos num CAPS que determinam a proposta da clinica ampliada e seus impactos na democratização institucional deste espaço coletivo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há risco particular para participar neste estudo. Essencialmente, os sujeitos podem experimentar inconvenientes em relação à duração das entrevistas com duração de aproximadamente uma hora. Em qualquer momento das entrevistas, os sujeitos podem pedir uma pausa, fazer perguntas para esclarecimento ou se recusar a responder uma pergunta. Além disso, o processo de observação institucional da pesquisadora a ser realizada no CAPS entre o dia 10 de junho e ou dia 10 de novembro 2012 pode criar desconforto associado com a sua presença. Durante essas observações os sujeitos podem avisar a pesquisadora de parar de anotar ou mesmo de se retirar do local da atividade na qual eles estão participando.

Benefícios: Os participantes não obtêm lucro ou benefício em participar neste projeto de pesquisa. No entanto, a participação no projeto proporciona a cada participante, uma oportunidade para a discussão em torno da organização das práticas de saúde mental em CAPS dentro de um processo estruturado e apoiado por um pesquisador. Esta pesquisa também permite aos participantes construir hipóteses e aprofundar a sua reflexão sobre o contexto organizacional e sua influência sobre a governança institucional e as práticas de saúde mental do CAPS. Desta forma, os sujeitos vão poder contribuir ao avanço do conhecimento sobre a organização da clinica e da democratização nas instituições públicas de saúde mental. Quando o estudo estiver concluído, os sujeitos poderão obter uma cópia dos resultados resumidos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A mudança do sistema de atendimento na área da saúde mental, tem se modificado visando o acompanhamento nas unidades de saúde CAPS em vez de paciente em instituições psiquiátricas. A avaliação deste sistema que já vem em funcionamento é importante para que correções possam ser feitas no sentido de aprimorar o projeto. Os critérios de inclusão estão adequados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de consentimento embora use linguagem rebuscada, pode ser entendido e deverá ser bem explicado, sobretudo para os pacientes.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado após resposta a pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme discussão em reunião do colegiado aos 28/08/2012.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIENCIAS
MEDICAS - UNICAMP (CAMPUS
CAMPINAS)



CAMPINAS, 31 de Agosto de 2012

Assinado por:
Carlos Eduardo Steiner

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Annexe 4 – Certificat d'éthique du Comité d'éthique à la recherche du Secrétariat municipal de la santé de Campinas



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da Pesquisa, intitulada "O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL BRASILEIRO E A DEMOCRATIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: ESTUDO CRÍTICO DE CASO", que tem por objetivo compreender os saberes e as práticas dos sujeitos envolvidos num CAPS que determinam a proposta da clínica ampliada e seus impactos na democratização institucional deste espaço coletivo.

Declaro estar ciente que a Pesquisa será desenvolvida por pesquisadora estudante do Programa de Doutorado no Departamento de Sociologia da Faculdade de Artes e de Ciências da Universidade de Montreal em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, junto a equipe de trabalhadores, estagiários (residente, aprimorando e estudantes de graduação) e usuários acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS David Capistrano – Distrito de Saúde Sudoeste, sob a orientação da Professora Doutora Rosana Teresa Onocko Campos e Professor Doutor Gastão Wagner de Sousa Campos.

Campinas, 29 de maio de 2012


Fernando Luiz Brandão do Nascimento
Secretário Municipal de Saúde

