



Les émotions n'ont pas de frontière: la compétence culturelle dans les soins solidaires.

Teresa Mara Pontes de Farias
Université Paris-Descartes
teresamarapontes@icloud.com

Regina Marques de Souza Oliveira
Universidade Federal do Recôncavo da
Bahia (UFRB)
marquesregina@uol.com.br

DOI: <https://doi.org/10.22481/odeere.v0i4.2360>

Resumo: Trata-se de relato de experiência sobre a rede de atenção psicossocial com populações vulneráveis, populações de imigrantes africanos e estrangeiros em geral que vivem no contexto francês através do Centro de Acolhimento a Refugiados. A reflexão busca estabelecer um eixo de consideração sobre a realidade do nordeste brasileiro (população de favelas) com as perspectivas da epistemologia da Terapia Comunitária criada pelo professor e médico psiquiatra Adalberto Barreto (UFC- Universidade Federal do Ceará), e considerações da pedagogia de Paulo Freire a fim de exercer o cuidado em saúde mental para pessoas expostas a extremas violências de ordem étnica, cultural, psíquica, econômica, social e moral. O relato revela que os conhecimentos e experiência brasileira estão sendo aprofundados e desenvolvidos por profissionais da saúde mental no contexto francês através da clínica da antropologia médica, junto ao Polo de Pesquisa Médica Psicológica Associação Minkoviska em Paris com apoio do Ministério da Saúde da França.

Palavras-chaves: saúde mental, terapia comunitária, imigrantes e populações em extrema vulnerabilidade.

Abstract: This is an experience report about the network of psychosocial care with vulnerable populations, populations of African and foreign immigrants in general in the French context through the Refugee Shelter Center. The reflection seeks to establish an axis of consideration about the reality of the Brazilian northeast (population

of favelas) with the perspectives of the epistemology of Community Therapy created by the professor and psychiatrist Adalberto Barreto (UFC - Federal University of Ceara), and considerations of the pedagogy of Paulo Freire in order to exercise mental health care for people exposed to extreme ethnic, cultural, psychic, economic, social and moral violence. The report reveals that the Brazilian knowledge and experience

is being deepened and developed by mental health professionals in the French context through the medical anthropology clinic, at the Psychological Research Pole Minkoviska Association in Paris with the support of the Ministry of Health of France.

Key words: mental health, community therapy, immigrants and populations in extreme vulnerability.

1. Introduction

J'accompagné pendant 15 (quinze) mois les résidents du CADA (Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile) de Compiègne et de Berck-sur-Mer grâce au Centre Minkowska et les merveilleuses équipes dirigées par des professionnels de services sociaux toujours soucieux d'accroître leur savoir-faire dans le domaine de la compétence culturelle.

Cette expérience d'entendre et accueillir les émotions de toutes origines m'a tellement enrichie que j'ai eu à cœur d'écrire cet article après avoir constaté que les émotions n'ont pas de frontière.

Avec mon expérience de huit ans dans les favelas au Brésil, j'ai pu vivre et témoigner ici, en France, les mêmes émotions dans un contexte complètement différent. La découverte de l'anthropologie médicale clinique comme une approche scientifique, nous fait découvrir l'autre, sans le codifier et c'est avec beaucoup d'humilité et de satisfaction dont je vous présenterai les émotions vécues et partagées pendant ces quinze mois dans nos groupes de soins solidaires.

Pour commencer, qu'est-ce qu'un Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA) ? C'est un centre d'hébergement assurant un hébergement et un accompagnement social des demandeurs d'asile, en cours de procédure de demande d'asile, dans l'attente d'une décision, disposant d'un titre temporaire de séjour.

- Le Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA) peut accueillir différents publics : des femmes ou des hommes isolés, des familles avec enfants, des couples, des jeunes majeurs dont l'âge a pu être établi par un examen osseux.

- Le CADA s'adresse aux personnes sans solution d'hébergement, sans soutien, qui se trouvent

dans l'attente d'une décision de leur demande d'asile par les organismes suivants : l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), dans le cadre de la procédure initiale et la Commission des Recours des Réfugiés (CRR), dans le cadre de la procédure de recours d'une décision de demande d'asile (CNDA).

- Les CADA ne sont plus assimilés aux Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) mais disposent d'un statut propre, conformément à la loi du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration.

- Les CADA assurent des missions diverses en faveur de l'accueil des demandeurs d'asile, durant la période d'attente de la décision de demande d'asile :

- Accueillir et héberger les demandeurs d'asile, dont la demande d'asile est en cours d'instruction, mais qui détiennent d'un titre de séjour provisoire les autorisant à séjourner sur le territoire français ;
- Apporter un accompagnement social, médical et administratif des demandeurs d'asiles, les guider et les orienter vers leurs droits et les dispositifs de droits communs auxquels ils peuvent prétendre ;
- Préparer la sortie du dispositif CADA, quelle que soit l'issue de la procédure de demande d'asile (situation de grande souffrance pour les résidents et les intervenants sociaux quand les demandeurs n'ont aucune solution d'hébergement) ; informer les résidents à tout moment des aides existantes en matière de retour au pays.

2. L'expérience au CADA (France)

Quelles sont les personnes qui peuvent bénéficier d'une prise en charge en CADA ?

Il existe une priorité d'accès pour les personnes suivantes :

- Les primo arrivants en début de procédure de la demande d'asile ;
- Les familles avec enfants, les femmes seules ;
- Les personnes qui rejoignent des demandeurs d'asile au sein d'un CADA.

Pour faire une demande de prise en charge en CADA, les intéressés doivent au préalable entamer une procédure de demande d'asile auprès de l'OFPRA.

- Un dossier est à constituer composé d'un formulaire de demande comprenant des

éléments sur la situation de la personne, la composition familiale ainsi que la situation administrative de la personne ou de la famille.

- Ce dossier peut être instruit par des travailleurs sociaux de l'OFPPRA dans le cadre de la procédure de demande d'asile.
- Le dossier est ensuite adressé aux autorités préfectorales chargées de proposer une orientation vers un CADA qui répond aux besoins de prise en charge.
- La personne ou la famille reçoit une orientation vers un CADA, ou plusieurs, et est tenu de s'y présenter pour un entretien d'admission.
- Si le gestionnaire du CADA donne une suite favorable à l'orientation, il est tenu d'en informer les autorités préfectorales dont il dépend.
- A l'admission, la personne ou la famille se voit remettre un livret d'accueil, un règlement intérieur ainsi qu'un contrat de séjour stipulant les droits et les obligations qui devront être appliqués.
- L'admission en CADA donne lieu à une participation des hébergés, selon leurs ressources. En effet, conformément à la procédure en vigueur, les demandeurs d'asiles perçoivent une allocation temporaire d'attente, le temps de la procédure de demande d'asile.

Les CADA m'apparaissent comme une sorte de soins d'accueil intensifs. Ils ressemblent à un orphelinat. Presque une couveuse. J'ai eu cette sensation depuis la première fois que je suis allée les visiter et j'ai compris l'énorme besoin d'amener un peu d'espoir aux résidents en essayant de refaire les liens fracturés. Ils arrivent normalement d'un parcours migratoire fracassant et ils ont besoin d'oxygène pour reprendre leur souffle. Ils sont là, sans pouvoir rien faire, qu'attendre la réponse des services administratifs.

3. Les soins solidaires et la compétence culturelle : l'approche entre le Brésil et la France pour la souffrance mentale des populations du monde

Ces migrations, comme au Brésil, entraînent une série de pertes culturelles, peut-être même dans des situations bien plus douloureuses. On perd tous nos liens en partant de chez nous pour une demande d'asile : le lien avec la terre, avec sa communauté, sa famille et les valeurs de sa propre culture. Ces gens sont privés des éléments fondamentaux qui nourrissent leur identité culturelle et garantissent leur cohésion.

La société d'aujourd'hui détruit des ressources socio-culturelles et rend les personnes plus dépendantes et moins autonomes. Cela ne fait qu'aggraver la situation de leur séjour. Un tel contexte où règnent méfiance, insécurité, la non reconnaissance des savoirs et savoir-faire de ces populations marginalisées, amplifient la perte de confiance en soi et conduit progressivement à l'isolement, à l'attitude d'échec, à l'auto-dévalorisation et à la dépendance qui génèrent le trouble de la "précarité pervertie et négative" qui ne fait que fragiliser, encore plus, la santé mentale de ces populations. Je me suis trouvée dans le même élément de l'autre côté de l'océan atlantique, mais ici, avec une pluralité de cultures. Un vrai terrain de recherche. Et je me suis plongé dedans.

Dans cette plongée je me suis rendu compte que mon travail basique qui serait d'accueillir et de nommer les émotions, dans le cadre d'un espace de soins solidaires, devenait chaque semaine une surprise, puisque les émotions étaient les mêmes que celles que j'avais l'habitude d'entendre dans les favelas au Brésil.

Que-est-ce qu'une émotion ? Pour commencer avec la définition du mot émotion, c'est un nom féminin (d'émouvoir d'après l'ancien français, motion, mouvement). C'est une réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement. Il y a aussi la définition de trouble subit, agitation passagère, causés par un sentiment vif de peur, de tristesse, de honte, de joie, de colère, de surprise, de mépris, de dégoût.

L'émotion est un mouvement affectif soudain et intense entraînant un débordement temporaire du contrôle réflexif sous l'effet d'une stimulation du milieu. L'émotion comporte une expérience subjective ; une expression communicative d'excitation ou d'inhibition (mimique, gestuelle, posture) ; des modifications neurovégétatives et endocriniennes. Son seuil varie en fonction de la personnalité, de ses expériences (son vécu), de l'état physiologique du sujet et de la nature de l'agent en cause.

Les émotions telles qu'elles sont définies par Antonio DAMASIO¹, comportent quelques caractéristiques indépendantes des individus et de leur culture :

- Les émotions sont des ensembles compliqués, des réponses chimiques et neuronales, formant une configuration. Chaque émotion spécifique a une fonction régulatrice contribuant à favoriser le maintien de l'organisme en état d'adaptation face au contexte.

• ¹ DAMASIO, A. *Corps, Emotions, Conscience*. Paris-France, O.JACOB, 2002.

- Leur processus biologique est inné et fruit d'une longue histoire évolutionnelle, même si cultures et apprentissages confèrent aux émotions des significations variables. Les dispositifs à l'origine des émotions occupent un espace relativement restreint dans diverses régions du cerveau. Les ensembles neuronaux qui régulent les émotions régulent en même temps l'état corporel du vivant.

- Elles sont essentiellement exprimées par le corps, le milieu interne, viscéral, lymphatique, sanguin, respiratoire, biliaire, musculo-squelettique.

- Elles affectent également les fonctions cognitives en particulier, la perception du contexte, l'acuité attentionnelle et l'efficacité mentale.

- Les émotions existent dans le règne animal à partir des arthropodes. Chez les humains, tout processus émotionnel est déclenché sans contrôle décisionnel de la personne qui l'éprouve, même si elle peut secondairement essayer d'en contrôler l'expression.

De par leur degré d'élaborations et leur durée, il est possible de différencier trois types d'émotions : 1. Primaires 2. Secondaires 3. D'arrière-plan.

1. Consistent en une libération de neurotransmetteurs en réponse à certaines sensations. Elles comportent des différences qualitatives et peuvent se répartir en quatre familles : peur, colère, tristesse et joie. Chacune d'elles comporte des différences quantitatives en termes d'intensité : surprise, alerte, peur, panique, effroi, sidération, inhibition pour la première série (peur) ; irritation, hostilité, colère, rage pour la deuxième série (colère) ; ennui, mélancolie, abattement, tristesse, désespoir pour la troisième (tristesse) ; félicité, bonheur, joie, jubilation pour la quatrième (joie).
2. Adjoignent à l'immédiateté de la réponse des émotions primaires un caractère de durée associé à une complexification des structures du cerveau. Elles comportent en même temps une dimension sociale de lien des individus les uns avec les autres. Les expressions vocales appartiennent à cette seconde catégorie : ainsi les cris d'intimidation, d'appel, de détresse, de triomphe sexuel. Elles se trouvent dans le règne animal à partir des oiseaux et incluent l'orgueil, la jalousie, l'envie, la nostalgie, le remord, la contrition, le chagrin. Elles sont modifiées si le cerveau est altéré.
3. Caractérisent des configurations d'état psychique présentes de façon prolongé et sans lien avec le contexte immédiat, tout en présentant elles aussi un retentissement corporel et

cognitif : elles peuvent être qualifiées de dynamisme et d'emprise générale, d'optimisme ou de pessimisme, de malaise, de tension, d'irritabilité ou de disponibilité.

Cette façon de définir les émotions amène quelques remarques. Tout d'abord, les émotions caractérisent des états de réactivité psychique de la personne ; elles peuvent constituer une réponse de l'organisme aux sensations, mais pas nécessairement. Il est important également de noter que les émotions existent indépendamment de la conscience réflexive, et se rencontrent aussi bien chez des animaux autres que les humains, de même que chez des personnes présentant des pathologies cérébrales plus ou moins importantes. Il existe ainsi des manchots empereurs tristes de la perte de l'œuf qu'ils avaient couvé des mois durant. Les émotions présentent une inscription corporelle. Un ensemble d'états psychiques qualifiés de « sentiments » appartient au monde des émotions, c'est-à-dire des états émotionnels.

De même que pour les sensations, la conscience cartésienne et réflexive requalifie les émotions dans l'ordre de la pensée et du langage, ce qui en démultiplie à l'infini les nuances.

Le recours au groupe de parole comme soins solidaires dans le cadre de la Santé Mentale Communautaire s'inspire des travaux du médecin psychiatre et anthropologue le Professeur Adalberto de Paula Barreto de l'Université Fédérale du Ceará, Brésil, qui propose une approche d'accueil de la souffrance humaine engendrée par la société moderne en stimulant le renforcement des réseaux sociaux afin de prévenir et de traiter l'évolution des problèmes des familles et des associations d'accueil.

"La pathologie se guérit avec la médecine et des médicaments, la souffrance se guérit avec l'accueil..."² (BARRETO, 2008). Cette souffrance humaine dans notre société, dans la plupart des cas, est le produit de l'histoire de notre vie et de notre organisation sociale, la migration et la concentration des revenus, l'urbanisation accélérée que connaît le XXI^e siècle créant l'insécurité à l'intérieur et en dehors de la famille, l'abus d'alcool et d'autres drogues, entre autres problèmes persistants.

Les soins solidaires avec l'approche de la Thérapie Communautaire Intégrative - TCI s'appuyant sur le groupe de parole s'organise autour de cinq axes théoriques à savoir :

1. La pensée systémique :

« Je suis une partie du problème et une partie de la solution ». Si je suis conscient

- ² BARRETO, *Thérapie Communautaire pas a pas*, Fortaleza-Brésil, LCR 2008, trad. française AETCI 2010, Dangles, 2012.

du réseau dans lequel nous opérons tous, y compris la relation d'interdépendance entre les différentes parties de l'ensemble, il devient plus facile de comprendre les mécanismes d'autorégulation, de protection et de croissance, dont nous sommes tous co-responsables.

2. La théorie de la communication :

Nous prenons deux idées clefs ; a) Tout comportement, tout acte verbal ou non, individuel ou non, a une valeur de communication. Dans le groupe de parole, nous apprenons à être plus interrogatif qu'affirmatif, à vouloir comprendre plus que de juger et de discriminer. Ex. : « Qu'est-ce que cette personne est prête à communiquer par son attitude ? » b) La conscience que nous avons de soi est le résultat de la relation de communication de soi avec l'autre. Il faut comprendre que derrière toute communication il y a une définition de soi et que l'individu peut être confirmé, rejeté ou dénié.

3. Anthropologie culturelle :

« Qui suis-je » passe à travers ce que je crois, la façon dont je marche, les manières dont je parle, comment je m'habille, etc.

Le cadre de la culture est la fondation de notre identité. C'est en partant de cette référence que nous pouvons nous confirmer comme des êtres humains, nous accepter et également accepter les autres, et assumer notre identité en tant que personne et en tant que citoyen.

4. La pédagogie :

C'est l'outil pédagogique pour le groupe de parole qui permet l'application des idées de Paulo Freire³. Les règles que structure le groupe de parole assurent la circularité et l'horizontalité de la communication où chacun a ses connaissances tout en respectant la parole de l'autre, se laissant interpellé par une nouvelle lecture du même problème. Le discours de l'autre éveille en moi mon histoire et me permet d'aborder l'autre, et réciproquement. Nous nous trouvons tous humains, imparfaits, inachevés. C'est un moment qui permet aussi la valorisation des ressources personnelles et des racines culturelles, le savoir faire qui fait émerger la solution libératrice par le respect des savoirs construits d'une expérience de vie. Toute forme de discrimination est immorale parce qu'elle attaque l'être humain et nie la possibilité de vivre démocratiquement malgré les différences.

5. Résilience :

³FREIRE, P. Pedagogia da Esperança. Paz e Terra : Petropolis-RJ, 2011.

« Quand le manque génère la compétence »⁴ (BARRETO, 2015). Les crises, les souffrances, tout ce qui est exposé et réfléchi dans le groupe, favorisent la création progressive d'une conscience sociale plus saine qui permet aux individus de découvrir les implications sociales et personnelles de la genèse de la misère et de la souffrance humaine et de les surmonter tout en découvrant que chacun a sa manière de produire son savoir. Les différentes sources de connaissances provenant de l'académie (formelle) et de l'expérience de la vie (non formelle) sont considérées, appréciées et co-participent au processus d'attention aux personnes et conséquemment à la promotion de la santé mentale.

Etant donné la diversité croissante des patients, il devient de plus en plus important pour nous qui soignons de comprendre les facteurs sociaux et culturels qui influencent leur santé et leur prise en charge. Dans un contexte de compétence culturelle, une prise en charge centrée sur le patient pose des défis spécifiques et exige que les cliniciens aient une « compétence transculturelle clinique », c'est-à-dire qu'ils adoptent un comportement adapté et disposent de connaissances et de techniques appropriées. Les concepts et le point de vue de l'anthropologie médicale clinique permettent de mieux cerner la nature interculturelle d'une souffrance et de concevoir et appliquer des méthodes qui assurent un bon suivi.

L'apprentissage et compréhension de l'approche de l'anthropologie médicale clinique (AMC) dans mon outil de travail était fantastique. Cette approche prend en compte le rôle des représentations culturelles dans la pathologie mentale, en se basant sur les concepts de Illness, Sickness et Disease tels que les a formulés le psychiatre et anthropologue américain Arthur Kleinman. L'AMC ne met pas seulement l'accent sur les représentations culturelles chez le patient (ilness), mais aussi chez le thérapeute, dont la culture est celle de la bio médecine (disease). Nous apprenons à se centrer et se décentrer.

Cette souffrance humaine (disease) dans notre société, dans la plupart des cas, est le produit de l'histoire de notre vie (ilness) et de notre organisation sociale (sickness), et comme nous l'avons déjà signalé, la migration et la concentration des revenus, l'urbanisation accélérée que connaît le XXIe siècle créant l'insécurité à l'intérieur et en dehors de la famille, l'abus d'alcool et d'autres drogues, entre autres sont des problèmes qui se multiplient.

• ⁴ BARRETO, *Prendre Soins des Soignants*, Fortaleza-Brésil, LCR 2015, trad. française Christiane FÉNEON, LCR, 2015.

Cette souffrance peut être surmontée par un instrument qui renforce les relations humaines : la création de réseaux de solidarité et de soutien social, en complémentarité avec des expériences cliniques isolées, dans un monde qui se montre de plus en plus individualiste.

L'émotion est le point de départ de ce travail et l'idée centrale dans notre groupe de soins solidaires. On la nomme et on pose des questions pour y réfléchir, pour prendre conscience et pour pouvoir se permettre le changement. Autrement dit, on fait appel au néo cortex qui donne du sens et permet de re-signifier l'événement.

Les familles, les individus, toute l'humanité sont touchés par un monde globalisé, marqué par la compétitivité et par l'avidité de bénéfices à tout prix, par le pillage des ressources naturelles indispensables à la vie. Tout cela engendre de l'exclusion, des fractures des liens humains qui ne font que fragiliser encore plus la santé mentale de ces populations.

Dans ce contexte, où l'homme devient « lupus homini », le loup de l'homme suit l'éthique du profit déraisonnable de la domination des plus faibles. Les émotions débordent. Notre monde est un monde de l'émotionnel, les émotions nous guident, nous motivent. Les émotions, par ses résonances, nous rassemblent, nous unissent dans notre humanité. Elle est comme le fil de la toile de l'araignée qui tisse des liens solidaires et nous permet de découvrir le sens de l'appartenance à l'humanité.

Nous devons faire preuve d'une neutralité bienveillante et d'une tolérance absolue envers l'autre, accueillir la parole de l'autre sans juger, comme l'élément primordial qui va aider à me décentrer : c'est le principe basique de notre espace d'écoute, paroles et lien.

Dans cette écoute active, je fais de l'écoute de l'autre une écoute de moi-même. Accepter mon non savoir ouvre des perspectives pour de nouvelles expériences, une nouvelle compréhension du monde et nous rend plus tolérants faces aux différences. Ne jamais avoir une parole qui domine, qui domestique l'autre, mais toujours une parole qui accueille, qui libère.

La connaissance de nous-mêmes nous porte à renouer avec l'amour et l'éthique, à réapprendre à nous aimer nous-mêmes, à aimer les autres tel qu'ils sont, ainsi comme dans l'univers entier. Faire des découvertes de l'autre, sa propre découverte. Nous avons besoin d'être entiers, de savoir se centrer et se décentrer, être toujours conscients de nos limites, de nos potentialités et de nos ressources, pour affronter éthiquement et de manière plus saine, les défis du vivre ensemble.

Pendant ces quinze mois de soins solidaires dans les CADA, j'ai reçu des gens provenant d'Angola, Guinée-Bissau, Érythrée, Tchad, Soudan, RD Congo, Sénégal, Mali, Guinée-Conakry, Afghanistan, Kosovo, Albanie, Pakistan, Iran et Bangladesh. Les émotions qui j'ai le plus souvent accueillies dans nos soins solidaires étaient la tristesse, la peur, la honte et la colère. Des résultats de transformation rapide étaient possibles en les écoutant. À la fin de chaque séance, l'affectif prenait toujours le dessus. Une nette amélioration de l'ambiance ainsi qu'un plus grande partage et solidarité entre les résidents était observé par les intervenants sociaux. Sur environ 120 personnes, seulement trois cas ont eu besoin d'être envoyé à un service spécialisé de santé mentale.

Même si elle l'ignore, toute personne possède en elle des ressources et des savoirs utiles aux autres, quelles que soient ses conditions sociales, économiques et sa culture. Ces compétences lui viennent des épreuves qu'elle a traversées.

Notre présence a aussi ouvert un dialogue avec le système de santé local qui, en voyant l'intérêt et la disponibilité du CADA de la santé de ses résidents, a mise en place une visite locale par une infirmière psychiatrique.

Enfin, cette expérience nous a montré qu'avec la compétence culturelle (sortir de la verticalité et rentrer dans l'horizontalité) les émotions n'ont pas de frontière et sont les mêmes soit dans la forêt, au bord de la mer ou tout là haut dans la montagne. Même si les codes culturels changent, les émotions ne changent pas.

Un aspect qui m'a touché avec cette étude a été d'observer l'amélioration de l'estime de soi des résidents. La confiance en soi est le plus grand patrimoine d'une personne. Les contextes marqués par toutes sortes de violence allant de l'éducation très répressive à l'abus sexuel, génèrent le « trouble de la précarité psychique ».

La personne étant devenue incapable de dire NON à l'inacceptable, il ne lui reste plus qu'à dire NON à elle-même (Jean FURTOS)⁵.

Dans ces contextes d'exclusion, l'individu tend à perdre la confiance en soi et ainsi perdre son plus grand bien. Il ne croit plus en son potentiel, se dévalorise, se sent nul, tant dans sa famille que dans la société, et à ses yeux ne mérite plus d'être aimé. Avec son isolement il perd aussi la possibilité d'être soutenu, aidé par les autres. Il n'a plus confiance en qui que ce soit. Toute

⁵FURTOS, J. *La santé mentale en actes : De la clinique au politique*. Erès: Paris, 2005.

tentative d'approche de la part de l'autre est perçue comme une menace, une intrusion. La personne perd l'espérance et la chance d'aller de l'avant dans la vie. La confiance en soi est de première nécessité pour vivre bien avec soi-même et avec les autres. Sans confiance en soi, on perd la foi en son voisin, en son proche, dans la société, dans l'humanité.

Dans ce contexte où l'on ne peut plus croire ni en soi, ni dans les autres, ni dans l'avenir, l'individu utilise inconsciemment différentes stratégies de survie. Quelles que soit la stratégie de survie, ces gens ignorent les héritages innés, les capacités naturelles qui les ont conduits à perdre la confiance en eux-mêmes, dans les autres et dans l'avenir ; ils développent une attitude d'échec et de dépendances multiples ; ils s'isolent ne se sentant plus dignes d'être heureux, et perdent peu à peu la capacité à aimer et être aimé.

Ces sentiments d'incapacité, de non foi en leurs propres potentiels renforcent la marginalisation de ces individus au sein de la société et les conduisent à l'auto-boycott.

Pour pouvoir être bien inséré socialement, il est nécessaire d'avoir une bonne santé mentale. Celle-ci est définie dans la « lettre de Lyon 2012 », comme permettant de :

- Pouvoir vivre avec soi-même : c'est-à-dire s'accepter comme on est. Si je ne peux vivre avec moi-même, je ne peux pas vivre avec les autres. Si je ne suis pas bien avec moi-même, je n'établirais pas de bonnes relations avec les autres et vivrais mal en société.
- Croire que son environnement peut être transformé : du moment où l'on sait qu'on n'est pas seul et qu'on peut compter sur le soutien des autres, apprendre à changer de direction et à demander de l'aide est un mécanisme de bonne santé mentale.
- Demander de l'aide quand c'est nécessaire : savoir que je peux demander de l'aide si je ne suis pas bien est capital. Quand on vit une situation de précarité, il est très important de demander de l'aide, de croire dans le futur, d'accepter de parler de sa souffrance, de surmonter les désillusions, les pertes. Savoir demander de l'aide est une attitude noble, car elle nous permet de découvrir nos limites et nos fragilités.
- S'indigner contre l'inacceptable, mais sans tout détruire et en mobilisant le groupe pour obtenir des changements.
- Être capable de souffrir mais en demeurant vivant, en bonne santé et confiant dans l'avenir. Savoir que la perte de quelques batailles n'est pas la perte de la guerre et garder espoir en des conquêtes possibles. Développer une capacité à récupérer son énergie et son espérance.

Ce sentiment d'impuissance provient du fait que nous ne comprenons pas ce qui nous arrive et c'est pourquoi nous en venons à avoir peur de tout et de tous. Nous nous isolons et restons bloqués, parce que nous ne disposons pas des éléments qui nous permettraient de penser, de réfléchir, ceci étant l'unique manière de trouver une issue aux difficultés.

4. Considérations finales

Il est important de développer des pratiques de santé mentale qui favorisent la solidarité humaine. La santé mentale est le grand problème épidémiologique du monde contemporain, parce que la société capitaliste-individualiste isole les gens uns des autres. La société d'aujourd'hui détruit des ressources socio-culturelles et rend les personnes plus dépendantes et moins autonomes. Le grand défi de ce siècle pour les professionnels de santé mentale et les individus est promouvoir des formes de rencontres interpersonnelles à travers de la compétence culturelle. La gestion psychologique par la compétence culturelle produit la confiance en soi et chez les gens. La condition humaine est préservée dans ses attributs ethniques, culturelles et psychosociaux.

Références Bibliographiques

- BARRETO, A. *Thérapie Communautaire pas a pas*, Fortaleza-Brésil, LCR 2008, trad. française AETCI 2010, Dangles, 2012.
- BARRETO, A. *Prendre Soins des Soignants*, Fortaleza-Brésil, LCR 2015, trad. française Christiane FÉNÉON, LCR, 2015.
- DAMASIO, A. *Corps, Emotions, Conscience*. Paris-France, O.JACOB, 2002.
- FREIRE, P. *Pedagogia da Esperança*. Paz e Terra : Petropolis/RJ, 2011.
- FURTOS, J. *La santé mentale en actes : De la clinique au politique*. Erès: Paris, 2005.

Teresa Mara Pontes de Farias: Doutoranda em Saúde, Doença e Cuidado: Mediação e Competência Cultural (Universidade Paris-Descartes/França), Pesquisadora Associada do Polo de Pesquisa Centro Médico Psicológico Minkowiska (Paris/França), Enfermeira.

Regina Marques de Souza Oliveira: Psicanalista, Doutora em Psicologia Social, Pesquisadora Associada do Polo de Pesquisa Centro Médico Psicológico Minkowiska (Paris/França).

Artigo recebido para publicação em: Setembro de 2017.

Artigo aprovado para publicação em: Novembro de 2017.