

[Page de garde]

HEC MONTRÉAL

**Sur le chemin du Rétablissement : l'approche du *care* décolonial dans
l'accompagnement de la santé mentale en Martinique**

par
Léa Lagier

**Justine Ballon
HEC Montréal
Directrice de recherche**

**Sciences de la gestion
(Spécialisation Gestion de l'innovation sociale)**

*Mémoire présenté en vue de l'obtention
du grade de maîtrise ès sciences en gestion
(M. Sc.)*

Décembre 2025
© Léa Lagier, 2025

*“For within structures defined by profit, by linear power, by institutional
dehumanization, our feelings were not meant to survive.
Kept around as unavoidable adjuncts or pleasant pastimes,
feelings were meant to kneel to thought as we were meant to kneel to men.*

*But women have survived. As poets. And there are no new pains. We have felt them all
already. We have hidden that fact in the same place where we have hidden our power.
They lie in our dreams, and it is our dreams that point the way to freedom. They are
made realizable through our poems that give us the strength and courage
to see, to feel, to speak, and to dare.*

*If what we need to dream, to move our spirits most deeply and directly toward and
through promise, is a luxury, then we have given up the core-the fountain-of our power,
our womanness; we have given up the future of our worlds.*

*For there are no new ideas. There are only new ways of making them felt, of examining
what our ideas really mean (feel like) on Sunday morning at 7 AM, after brunch, during
wild love, making war, giving birth; while we suffer the old longings, battle the old
warnings and fears of being silent and impotent and alone,
while tasting our new possibilities and strengths.”*

– Audre Lorde, “Poetry is Not a Luxury”, 1985.

Résumé

La Martinique est un territoire marqué par une histoire psychiatrique coloniale, un pluralisme thérapeutique et des contraintes institutionnelles persistantes. À partir de la question « *Dans quelle mesure une éthique du care décoloniale peut-elle s'intégrer à l'accompagnement de la santé mentale en Martinique ?* », ce mémoire analyse la mise en œuvre du Village du Rétablissement, dispositif de réhabilitation psychosociale implanté sur le site de l'ancien asile psychiatrique Colson.

Dans la littérature récente, le *care* et la décolonialité sont mobilisés par le personnel soignant dans l'accompagnement, mais restent minoritaires face au paradigme biomédical dominant et aux restrictions imposées par les institutions psychiatriques. Ce mémoire articule donc les approches institutionnalistes de l'innovation sociale, l'éthique du *care* décoloniale et la *tecnologia social* afin d'identifier les principes, les pratiques et les conditions qui soutiennent ou entravent le rétablissement de la patientèle.

À travers une étude de cas unique, la recherche mobilise une méthodologie qualitative s'appuyant sur des entretiens semi-dirigés et une analyse documentaire. Les résultats sont présentés dans une analyse thématique descriptive. Elle montre que le Village du Rétablissement favorise l'agentivité, l'autodétermination et l'*empowerment* par une vie communautaire déhiérarchisée, un ancrage local culturel et la valorisation des savoirs expérientiels. Elle révèle également des limites structurelles, dont les rigidités bureaucratiques, les tensions avec les normes hospitalières, et la stigmatisation du trouble psychique. Ce travail de recherche identifie cinq conditions permettant l'intégration d'une éthique du *care* décoloniale aux dispositifs mis en œuvre, et contribue ainsi à enrichir la littérature sur l'innovation sociale en santé mentale.

Mots clés : *Care* décolonial, santé mentale, innovation sociale, rétablissement, Martinique, *tecnologia social*, pratiques d'accompagnement.

Méthodes de recherche : recherche qualitative, analyse de contenu, analyse d'entretiens semi-dirigés, étude de cas unique, analyse thématique descriptive.

Abstract

Martinique is a territory marked by a colonial psychiatric history, therapeutic pluralism, and persistent institutional constraints. Based on the question “*To what extent can decolonial care ethics be integrated into mental health support in Martinique?*”, this thesis analyzes the implementation of the “Village du Rétablissement”, a psychosocial rehabilitation facility located on the site of the former Colson psychiatric asylum.

In recent literature, care and decoloniality are mobilized by healthcare staff in their support work, but remain in the minority in the face of the dominant biomedical paradigm and the restrictions imposed by psychiatric institutions. This thesis therefore articulates institutionalist approaches to social innovation, decolonial care ethics, and *tecnologia social* in order to identify the principles, practices, and conditions that support or hinder patient recovery.

Through a single case study, the research uses a qualitative methodology based on semi-structured interviews and document analysis. The results are presented in a descriptive thematic analysis. It shows that the “Village du Rétablissement” promotes agency, self-determination, and empowerment through a non-hierarchical community life, local cultural roots, and the valorization of experiential knowledge. It also reveals structural limitations, including bureaucratic rigidities, tensions with hospital norms, and the stigmatization of mental illness. This research identifies five conditions that enable the integration of a decolonial care ethic into the measures implemented, thereby contributing to the literature on social innovation in mental health.

Keywords : Decolonial care, mental health, social innovation, recovery, Martinique, *tecnologia social*, support practices.

Research methods : Qualitative research, content analysis, analysis of semi-structured interviews, single case study, descriptive thematic analysis.

Table des matières

Résumé	iv
Abstract.....	v
Table des matières.....	vi
Liste des tableaux et des figures.....	ix
Liste des abréviations.....	x
Avant-propos – précisions linguistiques.....	xi
<i>Utilisation des pronoms personnels « je » et « nous ».....</i>	<i>xi</i>
<i>Utilisation de l'écriture inclusive.....</i>	<i>xii</i>
Remerciements	xiv
Introduction	1
Chapitre 1 – Préambule socio-culturel de l'histoire de la santé mentale en Martinique	6
1.1. D'une prise en charge institutionnelle et individualisante de la santé mentale..	6
1.2. ...à une prise en charge collective et communautaire aux parcours thérapeutiques multiples.....	8
1.3. Le sens du soin : questions pour le temps présent	10
Chapitre 2 – Revue de littérature	13
2.1. Penser une éthique du <i>care</i> décoloniale dans l'accompagnement de la santé mentale	17
2.1.1. <i>L'approche décoloniale dans l'accompagnement de la santé mentale ..</i>	<i>18</i>
2.1.2. <i>« Care, cure, caring » : considérations pour le rétablissement et la santé collective</i>	<i>20</i>
2.1.3. <i>Barrières aux approches du care et apports des approches décoloniales.....</i>	<i>23</i>
2.2. Pratiquer l'éthique du <i>care</i> décoloniale dans l'accompagnement en santé mentale	29
2.2.1. <i>Le care en pratique : exemples de l'apprentissage informel, de la sagesse pratique et de la pair-aidance.....</i>	<i>30</i>

2.2.2.	<i>Un accompagnement basé sur l'agentivité, l'autonomisation et l'« empowerment » : du « pluralisme thérapeutique » aux transformations nécessaires dans la pratique du soin en institution</i>	36
2.2.3.	<i>S'éloigner de la psychiatrie coloniale : les villages thérapeutiques à Bamako (Mali) et à la clinique de Fann (Sénégal)</i>	41
2.3.	Conclusion.....	44
Chapitre 3 – Cadre théorique		47
3.1.	Genèse du cadrage théorique et choix de l'abduction pour sa construction ...	47
3.2.	L'innovation sociale comme système territorialisé, inclusif et participatif	50
3.3.	L'éthique du <i>care</i> décoloniale, une façon de situer la colonialité dans les soins de santé	54
3.4.	Le concept de <i>tecnologia social</i> pour co-construire pratiques et savoirs socio-culturels	58
3.4.1.	<i>Un positionnement décolonial face aux approches occidentales de l'innovation sociale</i>	58
3.4.2.	<i>Un outil de valorisation des savoirs locaux et de la justice épistémique</i>	59
3.4.3.	<i>Opérationnalisation de la tecnologia social</i>	60
3.5.	Regards croisés sur l'innovation sociale et les approches décoloniales	62
3.6.	Présentation des catégories analytiques	63
Chapitre 4 – Méthodologie		66
4.1.	Étude de cas.....	67
4.2.	Méthode et modalités d'enquête	70
4.3.	Analyse des données	74
4.4.	Choix de l'analyse thématique descriptive	77
4.5.	Posture de la chercheuse	78
4.6.	Limites de la méthodologie	80
Chapitre 5 – Analyse thématique descriptive : étude de cas du Village du Rétablissement		82
5.1.	Le contexte d'émergence du Village du Rétablissement	87
5.2.	Les acteur.trices du Village du Rétablissement	91
5.3.	Le processus d'accompagnement au sein du Village du Rétablissement	100
5.4.	Le Village du Rétablissement comme un pont, une brèche, un interstice	116

5.5.	Limites et ouvertures possibles	129
5.6.	Conclusion.....	143
Chapitre 6 - Discussion		147
6.1.	Comment le Village du Rétablissement transforme l'accompagnement de la santé mentale et les rapports de pouvoir au sein de l'institution ?	150
6.2.	Quelles tensions soulèvent l'organisation de cette expérimentation dans le cadre de l'institution psychiatrique ?	155
6.3.	Conclusion.....	160
6.4.	Apports et limites du mémoire	162
Conclusion.....		164
Bibliographie		i
Annexes		xv

Liste des tableaux et des figures

Liste des tableaux

Tableau 1 – Caractérisation de l’approche institutionnaliste de l’innovation sociale

Tableau 2 – Opérationnalisation de la *tecnologia social*

Tableau 3 – Cadre d’analyse

Tableau 4 – Données recueillies par types et informations identifiées

Tableau 5 – Grille des catégories analytiques pour l’analyse thématique

Tableau 6 – Codage par unités de sens

Tableau 7 – Présentation des résultats de l’analyse thématique descriptive

Tableau 8 – Articulation du processus de transformation de l’accompagnement

Liste des figures

Figure 1 – Frise chronologique du Village du Rétablissement

Figure 2 – Entrée du Village du Rétablissement, sur le site de l’hôpital Colson

Figures 3 et 4 – Lieux d’habitation des résident.es au VDR

Figure 5 – Jardin partagé entretenu par les résident.es du VDR

Figure 6 – Espace cuisine des résident.es au VDR

Figures 7 et 8 – Bâtiments de l’hôpital psychiatrique Colson, vus du VDR

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CHMD : Centre Hospitalier Maurice Despinoy

DGPR : Direction Générale du Pôle Ressources

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

FIOP : Fonds d'Innovation Organisationnelle en Psychiatrie

IPA : Infirmier.ère en Pratique Avancée

MSP : Médiateur.ice de Santé-Pair.es

PE : Projet d'Établissement

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

PSSM : Premiers Soins en Santé Mentale

VDR : Village du Rétablissement

Avant-propos – précisions linguistiques

Avant de plonger dans le corps du mémoire, il convient de préciser les choix rédactionnels adoptés au sujet de l’usage des pronoms « je » et « nous », ainsi qu’en matière d’écriture inclusive.

Utilisation des pronoms personnels « je » et « nous »

L’usage des pronoms personnels dans l’écriture académique a longtemps été un marqueur du positionnement de la personne chercheuse face à son objet d’étude et à la communauté scientifique. Dans la tradition francophone, le recours à la première personne du singulier « je » a souvent été perçu comme contraire à l’exigence d’objectivité et de neutralité, au profit d’un style impersonnel ou de l’emploi du pronom « nous » de modestie. Cependant, l’évolution des pratiques rédactionnelles en sciences humaines et sociales témoigne d’une ouverture progressive vers une écriture plus réflexive, reconnaissant le rôle actif et situé de la personne chercheuse dans la construction de la connaissance (Jovenet, 2002).

Le pronom « nous » demeure le plus fréquemment utilisé dans les travaux universitaires, car il permet de concilier rigueur scientifique et lisibilité. Il véhicule une image de participation collective à un champ de recherche tout en évitant un ton trop personnel (Tutin, 2010 ; Badin et al., 2020). Le « nous » est également perçu comme un moyen de modérer la posture de l’auteur, en soulignant que la recherche s’inscrit dans un cadre méthodologique et théorique partagé avec d’autres personnes chercheuses. Dans cette optique, l’emploi du « nous » dans les parties analytiques et méthodologiques d’un mémoire contribue à renforcer la crédibilité et la cohérence du discours scientifique. Toutefois, de nombreux travaux récents, notamment en linguistique appliquée et en analyse du discours scientifique, montrent que la présence explicite de l’auteur.trice dans le texte n’est plus perçue comme un écart normatif, mais comme une manifestation de transparence et de responsabilité épistémique (Li, 2021 ; Wang, 2021). Ces recherches révèlent que le recours à la première personne peut clarifier la structure argumentative, faciliter la lecture et assumer la part inévitablement subjective de tout travail

d'interprétation. L'usage du « je » trouve alors toute sa légitimité dans les sections réflexives, lorsque la personne chercheuse explicite ses choix méthodologiques, ses présupposés théoriques ou son expérience de terrain.

Ainsi, le présent mémoire adopte une position équilibrée, entre tradition et réflexivité. L'usage du pronom « nous » est privilégié dans les parties descriptives et analytiques, où il s'agit de présenter les démarches de recherche et les résultats. Le pronom « je », quant à lui, est employé ponctuellement dans les sections à visée réflexive ou auto-analytique, notamment pour rendre compte de ma posture de chercheuse et des choix épistémologiques qui ont guidé mon travail. Ce positionnement s'inscrit dans une perspective de transparence scientifique et de reconnaissance de mon rôle actif en tant que chercheuse dans la production du savoir.

Utilisation de l'écriture inclusive

L'écriture inclusive, également appelée écriture égalitaire, désigne un ensemble de pratiques linguistiques visant à représenter équitablement toutes les identités de genre dans la langue écrite. Elle repose sur plusieurs procédés, notamment la féminisation des titres et fonctions, l'emploi de mots épicènes, la démasculinisation des formulations génériques, ou encore l'usage de formes typographiques comme le point médian. Ces pratiques s'inscrivent dans une réflexion sociolinguistique plus large sur le pouvoir symbolique du langage et sa capacité à façonner les représentations sociales (Drouin, 2021).

Dans la sphère académique, l'écriture inclusive demeure un sujet de débat. Si certaines personnes considèrent qu'elle remet en question la lisibilité et la stabilité des conventions grammaticales, d'autres y voient une évolution nécessaire du langage vers une plus grande égalité et visibilité des genres. Les travaux de Loison, Samuel et Théron (2022) montrent que son usage dans les revues de sciences humaines et sociales est en nette progression, bien que les formes adoptées varient considérablement selon les disciplines et les

publications. En parallèle, les recherches en psycholinguistique suggèrent que certaines formes typographiques complexes peuvent accroître la charge cognitive du lectorat (Dister & Moreau, 2024), tandis que d'autres études, comme celle de Girard (2024), ne constatent qu'un impact marginal sur la compréhension lorsque les textes sont correctement contextualisés.

Selon une perspective éthique et communicationnelle, plusieurs universités francophones encouragent une approche mesurée de l'écriture inclusive, fondée sur la clarté et la cohérence (UQAM, 2021 ; HEC, 2022). Cette approche privilégie les stratégies de neutralisation (recours aux termes épiciques, accords de proximité, doublets complets et abrégés) plutôt que la systématisation de symboles typographiques. Ainsi, elle permet de concilier l'objectif d'inclusivité avec les exigences de lisibilité propres à la rédaction scientifique.

Dans ce mémoire, c'est cette ligne directrice qui a été adoptée. Les formes neutres et épiciques ont été privilégiées lorsque possible, les titres et fonctions ont été féminisés lorsqu'ils désignent des personnes identifiées, et les doublets abrégés ont été utilisés lorsqu'aucune autre formulation n'était disponible. Ce choix vise à rendre le texte accessible tout en reflétant une sensibilité linguistique contemporaine et une volonté d'équité symbolique. Cette posture rejoint ainsi la perspective sociolinguistique selon laquelle la langue n'est pas neutre, mais constitue un espace de représentation, de pouvoir et d'inclusion (Drouin, 2021 ; Loison et al., 2022).

Remerciements

Je tiens tout d’abord à remercier tous.tes les personnes qui m’ont accordé de leur temps pour mon terrain de recherche, tous.tes les acteur.trices du Village du Rétablissement et de l’association Tombolo qui, de près ou de loin, ont contribué à ce que ce mémoire voie le jour. Ce mémoire est autant le mien que le vôtre.

Merci à mes parents pour leur soutien qui brave les océans, à ma grand-mère qui m’a hébergée et nourrie abondamment à chacun de mes retours *o péyi* ces trois dernières années, à mes deux petites sœurs qui me rappellent, malgré la distance qui nous sépare, que mes réussites sont d’autant plus importantes qu’elles servent d’inspiration pour les générations suivantes.

Merci à mes ami.es aux quatre coins du monde, Jérémie-Clément, Omi, Jalen, Naïka, Laurence, Mélissa, Deja, pour les conseils compassionnés, les gentils messages d’encouragement, les appels en visio pour soutenir mes réflexions et rassurer mes anxiétés. Merci à Adeline Rapon, pour m’avoir grandement dépannée en me prêtant sa caméra le jour de ma visite au VDR, et grâce à qui les photos figurant dans ce mémoire ont été immortalisées. Merci à Jayel, pour son amour attentionné, intentionnel et inconditionnel au quotidien.

Merci à tous.tes les personnes étudiantes-chercheuses dont j’ai croisé la route, avec qui j’ai pu échanger lors de sessions Thésiez-Vous ou pendant le Congrès ACFAS de mai 2025, où j’ai présenté une partie de ce mémoire. Merci à vous pour les moments parfois trop courts d’échanges sur nos réflexions communes et grâce à qui j’ai osé, doucement mais sûrement, écrire sur ce sujet.

Merci au Pôle IDEOS, au CRISES, au RRESS et au CRISES-HEC pour leur soutien financier au cours de ces deux dernières années.

Finalement, merci à ma directrice de mémoire, Justine Ballon, pour l’accompagnement sensible et bienveillant tout au long de ces deux ans, pour le regard curieux et encourageant porté sur mes écrits, pour les ressources méthodologiques qui tombaient toujours à pic, et pour m’avoir souvent et nécessairement rappelé l’importance de mon travail. Merci d’avoir été la directrice de recherche dédiée dont j’avais crucialement besoin pour mener à bien ce mémoire, sur une problématique qui me tient tant à cœur.

Introduction

Le vendredi 5 mai 2023 en Martinique, l'équipe directrice du Centre Hospitalier Maurice Despinoy célèbre une volonté de réhumaniser la santé mentale, symbolisée par la réhabilitation du site de l'ancien hôpital psychiatrique nommé Colson¹. Il est question d'une « réorganisation profonde du secteur de la santé mentale en Martinique », et d'une volonté « d'améliorer l'organisation de l'offre de soins, en prenant en compte la personne physique avec un accueil décent et en rendant meilleures les conditions de travail pour le personnel » (Roussi-Sabas, France-Antilles Martinique, 9 mai 2023). Cet événement s'inscrit dans un contexte plus large de réhumanisation de la santé mentale. On le retrouve également couplé au concept du rétablissement en France, en Belgique et au Québec (Jacob et al., 2014, Roelandt et al., 2015 ; Pachoud, 2018), mais aussi en Algérie, au Sénégal et au Burkina-Faso (Collignon, 1999 ; Petit, 2019 ; Tiquet, 2023).

Cette même année 2023, le réalisateur sénégallo-martiniquais Wally Fall sort le documentaire « *Mantjé Tonbé Sé Viv* (Danser la chute) », qui explore les questions de la décolonialité dans le parcours de soins, du pouvoir d'agir au sein des institutions psychiatriques, et de l'individualisation du trouble psychique. Pendant 50 minutes, nous sommes plongés au sein de l'Hôpital de Jour au Lamentin, centre médico-social où deux thérapeutes appliquent les principes du rétablissement depuis 2016. Ce documentaire met en lumière l'organisation d'un espace de soin qui met en relation psychiatres, psychologues, infirmières, éducateurs et intervenants culturels de façon inédite. En son sein, des projets thérapeutiques personnalisés sont montés afin d'aider les personnes en voie de rétablissement à se retrouver, individuellement et collectivement, et à réintégrer progressivement la société. De la volonté de la même équipe professionnelle, le Village du Rétablissement naît sur le site de Colson en 2019. Il constitue un espace de vie transitionnel et communautaire, pensé, construit et organisé pour les personnes hospitalisées à long terme, porteuses de troubles sévères. Ce projet, qualifié d'innovation sociale par ses fondateurs dans la presse, a pour vocation de permettre la réinsertion

¹ <https://www.martinique.franceantilles.fr/actualite/sante/centre-hospitalier-maurice-despinoy-rehumaniser-la-sante-mentale-934961.php>

sociale de personnes considérées comme psychologiquement inaptes à la vie en société. Les praticien.nes en santé mentale sont motivés par l'approche du rétablissement et encouragés à « oser l'innovation sociale » (Fall, 2023), en redéfinissant la relation soignant.e-soigné.e, en abordant la maladie mentale sous un angle collectif, culturel et communautaire, et en questionnant le stigmate du « fou » dans la société martiniquaise. Le projet, après avoir été financé par le biais de l'Agence Régionale de Santé pendant deux ans, a dû interrompre ses activités en décembre 2023.

La santé mentale en Martinique est caractérisée par une prévalence notable de troubles dépressifs et anxieux, associés à une augmentation des conduites suicidaires, avec 140 hospitalisations pour geste auto-infligé en 2023 et 150 passages aux urgences pour ces gestes sur la même période (Santé publique France, 2024). Chez les jeunes de 15 à 29 ans, les enquêtes récentes montrent que près de 44 % se déclarent en situation de dépression ou de détresse psychologique, un niveau supérieur à la moyenne nationale, avec des obstacles persistants à l'accès aux soins (Mutualité Française, Institut Montaigne & Terram, 2025). Parallèlement, l'offre de soins psychiatriques hospitaliers repose principalement sur le Centre Hospitalier Maurice Despinoy (CHMD), qui prend en charge environ 10 000 patients pour des troubles psychiques sévères et chroniques. Les données nationales indiquent que le taux d'hospitalisation complète en psychiatrie en Martinique reste inférieur à celui de la France métropolitaine ($\approx 0,5$ séjour pour 100 habitants), mais que la durée moyenne des séjours est plus longue, reflétant la complexité des cas pris en charge. Ces hospitalisations concernent surtout des épisodes aigus (psychoses, schizophrénies, troubles bipolaires) ou des risques suicidaires nécessitant un encadrement intensif, puisque la capacité d'accueil en hospitalisation psychiatrique est limitée et l'accès aux soins spécialisés souvent insuffisant (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2025).

L'expérimentation du Village du Rétablissement, inédite en Martinique, amène à s'interroger sur la marge de manœuvre laissée aux soignant.es en institution psychiatrique, et aux possibilités de créer des parcours de soins adaptés, réhumanisants et bienveillants. Dans un contexte de santé publique mondiale où les enjeux décoloniaux

sont davantage amenés sur le devant de la scène (Barhouche, 2025 ; Tagoe, 2025), il est pertinent de s'interroger sur le rôle que pourrait jouer l'innovation sociale pour participer à un mouvement de décolonisation des pratiques de soins en santé mentale, en contexte néocolonial. Ce mémoire porte ainsi sur les possibilités d'amélioration de l'accompagnement de la santé mentale en Martinique, à partir de l'étude des pratiques de soins et des réflexions de personnes qui osent innover dans ce domaine.

De nombreuses réflexions ont animé l'aboutissement d'une question de recherche à la fois juste, pertinente et précise pour guider ce sujet. Il faut dire que la littérature scientifique existante sur les questions antillo-guyanaïses, lorsqu'elle est disponible et accessible au public, n'est pas toujours récente. En fin de compte, les réalités de l'accompagnement de la santé mentale en Martinique ne sont souvent observables qu'à travers les communications médiatiques ponctuelles qu'en font les acteur.trices du terrain. Outre-Atlantique, la question du « *care* » dans le « *cure* » est de plus en plus étudiée en milieu infirmier européen et nord-américain (Gaudry-Muller, 2015 ; Morvilliers, 2015), et implique une remise en question des valeurs fondatrices de l'administration des soins de santé en France. Les préoccupations sont similaires en Martinique, avec un accent particulier sur l'implication des familles et de la communauté dans le parcours de soin du trouble psychique (Lecardeur, 2020 ; Amadéo, 2022, p.16). À défaut d'être formellement ou exhaustivement documentée, le soin de la santé mentale en Martinique est tout de même porté par le milieu associatif et communautaire, qui s'organise en réseau avec les institutions médicales d'après le dernier rapport de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) (Agence Régionale de Santé (ARS), Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), 2020). Aussi, il est nécessaire que la question décoloniale soit prise en compte pour traiter ce sujet avec intégrité. Les manifestations intensifiées de protestation contre la vie chère ces quinze dernières années s'inscrivent dans la continuité des revendications post-départementalisation et dénoncent la situation d'emprise coloniale persistante². Leur récurrence depuis 2009 symbolise une prise de conscience sur tout le territoire se faisant

² <https://la1ere.franceinfo.fr/martinique/mobilisation-contre-la-vie-chere-en-martinique-16-ans-apres-la-grande-greve-la-lutte-continue-mais-la-methode-est-plus-radicale-1559578.html>

ressentir dans le tissu social, qui « conditionne le sanitaire », pour reprendre les mots de l'anthropologue Michel Eynaud (2015).

En fin de compte, la problématique abordée dans ce mémoire est le fruit d'une articulation de plusieurs concepts fondamentaux tels que l'éthique du *care*, la décolonialité et la qualité de l'accompagnement, moins explorés dans le bassin antillo-guyanais jusqu'ici, comme nous allons le montrer dans la revue de littérature en chapitre deux. La question de recherche qui guide ce mémoire est la suivante :

Dans quelle mesure une éthique du care décoloniale peut-elle s'intégrer à l'accompagnement de la santé mentale en Martinique ?

Nous proposons de répondre à cette question à travers une étude de cas unique portant sur l'œuvre du Village du Rétablissement. L'objectif est moins d'apporter une réponse complète à cette question, que d'analyser ce processus d'intégration pour formuler des éléments de réponse qui, bien que déduits à partir de ce projet particulier, ne reflètent pas toutes les pratiques d'accompagnement sur le territoire. Ainsi, nous nous intéresserons aux valeurs et aux pratiques qui fondent, façonnent, motivent et nourrissent le travail des praticien.nes dans le cadre de ce projet spécifique du Village du Rétablissement. Nous étudierons ce sujet à partir de l'approche du rétablissement, qui, théorisée dans ses fondements premiers par la psychiatre Patricia Deegan, considère « le processus par lequel on se remet d'une maladie mentale, mais aussi à celui par lequel on se remet des effets de la pauvreté, d'être un citoyen de seconde zone, de la stigmatisation intériorisée, des mauvais traitements et traumatismes subis... dans le système de soins en psychiatrie » (Patricia Deegan, 1987, cité par Greacen et Jouet, 2017, p.23).

Cette volonté de réhumaniser la santé mentale se manifeste par des moyens alternatifs d'accompagner les personnes atteintes de troubles psychiques considérés comme graves, voire irréversibles. Ce mémoire apporte donc un regard critique sur l'accompagnement de la santé mentale en hôpital psychiatrique. Il s'appuie sur les approches de l'innovation sociale institutionnaliste pour montrer comment des dispositifs peuvent être mis en place pour soutenir de meilleures pratiques de soin. En mobilisant l'approche transformatrice

de la *tecnologia social* et les principes de l'éthique du *care* décoloniale, nous montrons que cela passe par une remise en question des dynamiques coloniales présentes dans l'institution psychiatrique, et une revalorisation des savoirs locaux pour soutenir les forces des patient.es dans leurs parcours divers. Ce travail de recherche constitue donc un apport à la littérature en innovation sociale, puisqu'il appuie la nécessité d'une approche décoloniale dans la mise en œuvre de projets répondant aux besoins d'un territoire particulier.

La mobilisation de ressources pour nourrir des projets médico-sociaux au sein des institutions de soin psychiatrique remonte seulement aux quinze dernières années sur le territoire martiniquais (ARS, PTSM, 2020). Toutefois, les recours thérapeutiques recensés en Martinique sont aussi multiples que les parcours de vie des personnes accompagnées. Il est important d'identifier les spécificités de la région afin de bien saisir les dynamiques contemporaines qui la traversent. Dans le premier chapitre suivant, nous brosserons une brève présentation du contexte socioculturel martiniquais, en ce qui concerne la prise en charge de la santé mentale depuis l'abolition de l'esclavage en 1848. Le chapitre 2 subséquent présente la revue de littérature effectuée sur les approches novatrices dans l'accompagnement de la santé mentale, présentant un souci pour les enjeux que posent le *care* et la décolonialité dans la pratique soignante. Le chapitre 3 expose le cadre théorique retenu pour la recherche et le cadre d'analyse construit par abduction. Le chapitre 4 détaille la méthodologie utilisée, incluant la démarche adoptée, l'approche qualitative mobilisée, le choix du terrain d'étude et la méthode d'analyse des données. Le chapitre 5 présente les résultats de l'analyse thématique descriptive. Le chapitre 6 discute de ces résultats, et aborde les apports et limites de la recherche. Enfin, la conclusion offre une vue d'ensemble synthétique de ce mémoire et répond à la question de recherche.

Chapitre 1 – Préambule socio-culturel de l’histoire de la santé mentale en Martinique

1.1. D’une prise en charge institutionnelle et individualisante de la santé mentale...

Fondé en 1839, le premier asile psychiatrique de la Martinique, nommé « Maison Coloniale de Santé de Saint-Pierre », est créé au sein du contexte de répression précédant l’abolition officielle de l’esclavage en 1848. Le mouvement philanthropique des Lumières milite contre l’esclavage dans les colonies et particulièrement, contre le traitement indigne des personnes qualifiées d’« insensées » en Martinique (Charles-Nicolas, 2015, p.316). La Maison de Santé accueille une trentaine de patient.es, autrefois détenus à la seule prison de l’île, et marque la transformation de la représentation du fou en Martinique, qui passe « du statut d’« insensé » (dépourvu de sens) à celui d’« aliéné » (étranger, autre) » (ibid). Cependant, à l’époque, ni l’esclavage ni la traite négrière ne sont encore abolis dans la colonie Martinique. L’île est encore régie par l’administration coloniale française, et les ressources allouées aux asiles dans les colonies ne sont que très maigres. Les traitements thérapeutiques réservés aux aliéné.es de la Maison Coloniale de Santé reflètent ce manque de ressources : les traitements y sont particulièrement déshumanisants. Le personnel soignant a fréquemment recours à l’hydrothérapie (douches froides permettant un choc), aux cellules d’isolement, à la chaise de force permettant les saignées ou encore aux camisoles de force emprisonnant les membres supérieurs.

Après sa destruction par l’éruption volcanique de la Montagne Pelée le 8 mai 1902, les efforts investis dans la Maison Coloniale de Santé se dissipent et la prise en charge de la santé mentale en Martinique subit une régression : « L’aliéné est de nouveau présenté comme un danger pour la société et non plus comme un malade nécessitant des soins. L’administration de cet asile est confiée au directeur de la prison. » (Charles-Nicolas, 2015, p.318). La nécessité de l’asservissement des peuples de couleur regagne en popularité dans la recherche scientifique : ces idées régressives, véhiculées par la psychologie de la colonisation, contribuent à l’absorption des efforts de décolonisation

initiés par Maurice Despinoy et Frantz Fanon, et par là même, dissout l'aspiration portée jusqu'alors par la Maison de Santé Coloniale (Eynaud, 2015, p.71). Durant cette période, les personnes considérées comme déviantes et dérangeantes face à la mission coloniale sont déportées à la prison de St-Claude, en Guadeloupe. L'hôpital psychiatrique de Colson voit le jour en septembre 1953, six ans après que la Martinique se voie octroyer le statut de département français. L'anthropologue Jean Benoist décrit ce passage de colonie à département comme une brèche dans l'histoire martiniquaise, au cours duquel le mythe de la soutenabilité de la société de plantation et d'habitation finit par s'écrouler :

« Arrivée massive de modèles extérieurs, ébranlement des légitimités locales longtemps tolérées, passage de la misère supportée à la misère insupportable, de l'identité construite dans la situation inégalitaire vécue comme inéluctable à l'identité issue d'ailleurs, sans que l'on sache clairement où la chercher, comment l'édifier. » (Benoist, 2003, p.16)

Ce temps de crise ouvre une porte aux chercheur.euses en sciences sociales pour l'étude du cadre pathologique antillais, qui était jusqu'alors exclusivement l'objet des psychiatres et psychanalystes (Benoist, 2003, p.12 ; Charles-Nicolas, 2015, p.317). Les analyses qui en découlent offrent une perspective ethnoculturelle de la psychopathologie.

Dans cette seconde sous-partie contextuelle, nous verrons que ce changement dans l'administration du soin psychiatrique et ce virement dans le statut politique de la Martinique ont progressivement façonné une conception particulière de la santé mentale chez les Martiniquais.es.

1.2. ...à une prise en charge collective et communautaire aux parcours thérapeutiques multiples

*« 'Colson' kon an lot mannyè pou kriyé lanfè »
('Colson' comme une autre façon de nommer l'enfer)
- extrait narratif du documentaire
« Mantjé Tonbé Sé Viv » (Danser la chute),
Wally Fall, 2023*

À partir des années 1960, une rupture avec le modèle de l'institution psychiatrique s'amorce en Martinique. Les mouvements de contestation politique suivant la départementalisation sont accompagnés de réformes importantes en psychiatrie. Comme à l'international, on assiste en Martinique à une désinstitutionnalisation progressive des services de santé mentale, ceux-ci étant peu à peu pris en charge par des structures extrahospitalières et médicosociales (associations, groupes d'entraide mutuelle, etc) (Charles-Nicolas, 2015, p. 318). L'hôpital Colson, seule structure institutionnelle prenant en charge les troubles psychiques, est connoté négativement dans le récit sociétal et l'imaginaire collectif des Martiniquais : « Le psychiatre pour sa part, comme dans plusieurs autres sociétés, est perçu comme une solution ultime, qui consacre le statut de « fou » du malade. À la Martinique, le psychiatre est invariablement associé à Colson, l'hôpital psychiatrique de type asilaire par excellence. » (Massé, 2005, p. 9). D'après Benoist (2003), la superposition du choc fondateur de la traite négrière transatlantique aux traumatismes coloniaux post-abolition sont une des origines de ce désinvestissement de l'asile psychiatrique. Plusieurs chercheur.euses proposent donc une analyse compréhensive des représentations de la pathologie mentale et de l'investissement des cheminements thérapeutiques. Puisque les parcours de soins sont articulés autour de l'évitement de l'asile par les Martiniquais.es, quelles sont les stratégies de création de recours alternatifs, de récupération de remèdes traditionnels et finalement d'innovations sociales autour du soin du trouble psychique ?

L'étude des itinéraires thérapeutiques des années 1970 que mène l'anthropologue de la santé Raymond Massé identifie trois grands secteurs de soins en Martinique : le

biomédical (médecins, psychiatres, psychologues et infirmiers), l'ethnomédecine traditionnelle (séancier.ères, quimboiseur.es, marabout.es, nouvelles.aux guérisseur.es et voyant.es vaudouisant.es) et les groupes religieux chrétiens (Églises catholiques, fondamentalistes protestantes, adventistes et évangéliques) (Massé, 2001, p.9). Jean Benoist, médecin et anthropologue, décrit ces itinéraires thérapeutiques comme la construction d'une clinique hybride, constituant un lieu de négociations et de résolution des tensions proposant une résolution sur laquelle s'appuie l'action thérapeutique :

« Aussi les soignants de tous ordres, de l'herboriste au religieux, sont-ils plus les acteurs d'une redéfinition sociale que les thérapeutes d'une pathologie individuelle. [...] Et ces malades élaborent pas à pas un nouveau système, une construction faite à partir de matériaux multiples, empruntés à bien des horizons et qu'ils articulent. » (Benoist, 2003, p.19).

Il est intéressant de constater que les terrains de recherche des anthropologues ayant étudié le sujet rapportent tous une prise en charge quasiment totale de la santé mentale par ces différents acteurs communautaires (Massé, 2001 ; Benoist, 2003 ; Eynaud, 2015 ; Lecardeur, 2020). Ainsi, il semble y avoir une convergence collective sur le recours, plus ou moins fréquent durant le parcours de vie de chaque Martiniquais.e, à ces diverses branches du pluralisme thérapeutique. Il y a donc une imbrication profonde du socio-culturel dans ce qui, auparavant, aurait relevé du strictement biomédical et psychiatrique. Ce syncrétisme thérapeutique, agencé comme le « lieu d'actualisation d'un métissage culturel [...] un lieu privilégié d'hybridation ou, si l'on veut, de créolisation des savoirs et des pratiques liés à la gestion de la souffrance mentale » (Massé, 2005, p.11), est signe d'une préoccupation collective pour le mieux-être. Au sein d'un territoire où le fait social de la migration affecte inévitablement l'offre de soins thérapeutiques, les idéologies excluantes et les approches oppressives des thérapeutes sont contrecarrées par le pragmatisme intégratif des usager.ères (Eynaud, 2015, p.71).

1.3. Le sens du soin : questions pour le temps présent

Il y a cependant un aspect du pluralisme thérapeutique qui n'est abordé qu'en surface dans les recherches jusqu'ici : celle de l'éthique sous-jacente au soin, que l'on décrira brièvement ici comme l'ensemble des valeurs et orientations philosophiques à la base de la prise en charge et de l'accompagnement en santé mentale. Cette question se pose en parallèle aux explications des épisodes de détresse psychologique telles qu'explicitées par Massé (2002). En effet, la maladie est d'une part perçue et interprétée par les martiniquais.es comme un ressort de l'univers magico-religieux : « Dans le vécu quotidien, la souffrance mentale est d'abord le produit de l'intervention de forces surnaturelles manipulées par un intermédiaire mandaté par un ennemi, généralement une personne jalouse et envieuse qui veut du mal à la victime » (Massé, 2002, p.20). D'autre part, les discours de la population et des professionnel.les de la santé mentionnent la société post-coloniale comme pathogène prédominant, causant une inertie dans les possibilités du soin de la maladie mentale (Massé, 2002, p.27). Sur ce territoire voulu français à part entière depuis 1947, la question décoloniale a, elle aussi, évolué dans les consciences de citoyen.nes se sentant plutôt « entièrement à part », pour reprendre les mots d'Aimé Césaire en 1950 (Zander, 2007). Dans la mesure où la méfiance rythme le parcours de soins des usager.ères et conduit à un repli sur soi, quelles sont les brèches d'ouvertures permettant la confiance en un rétablissement individuel, et par la même occasion un bien-être collectif, harmonieux et mutuel ? Dans ce contexte où les praticien.nes sont heurtés par des maux sociétaux systémiques et historiquement figés, quels sont les moyens et possibilités d'arrimer le soin de la santé mentale aux préoccupations socioculturelles spécifiquement martiniquaises ?

Dans la continuité des travaux entamés par Massé, Eynaud, Charles-Nicolas et Benoist, le concept d'épidémiologie socio-culturelle vient nourrir les fondements pratiques du syncrétisme thérapeutique évoqué plus tôt. Théorisée par Maria Grace Salamanca Gonzalez en 2021, l'épidémiologie socioculturelle est une approche qui envisage la santé dans sa condition altérée, ou pathologique, comme un processus collectif et dialogique. Elle s'appuie à la fois sur les savoirs scientifiques reconnus et sur les connaissances et

ressources locales, même lorsqu'elles ne sont pas validées institutionnellement. La chercheuse présente cette analyse comme « un changement de perspective pour la compréhension de la santé, de la vie, des dommages et des risques » (Salamanca Gonzalez, 2021, p.119). Dans cette perspective, la santé est perçue comme une réalité fondamentalement relationnelle, intégrant différentes dimensions de la qualité de vie, et ponctué par l'attention et la désattention, le *care* (prendre soin et penser la sollicitude), le *cure* (prodiguer le soin médical) et leur absence. Ce concept nous permettrait donc de mieux saisir la complexité des conditions et des modalités d'accompagnement de la santé mentale en Martinique, dans sa dimension intime comme partagée. Dans le cadre théorique de ce mémoire, nous tâcherons d'explicitier plus amplement le concept d'épidémiologie socio-culturelle, particulièrement dans sa relation avec l'éthique du *care* décoloniale.

Afin d'accompagner et d'approfondir cette recherche de solutions au mal-être, et en prenant en compte le contexte sociohistorique régional marqué par la traite négrière transatlantique et la colonisation auquel la Martinique s'inscrit, ce mémoire étudie donc le sens du soin de la maladie mentale. Comme mentionné en introduction, il est possible aujourd'hui d'identifier et de recenser plusieurs formes de prise en charge du trouble psychique en dehors des institutions hospitalières de l'île. Depuis la nouvelle dénomination en 2014 de l'hôpital Colson pour le Centre Hospitalier Maurice Despinoy, le déploiement des services médicosociaux s'est manifesté par l'émergence d'associations, de collectifs, de groupes d'entraides mutuels et d'espaces de réflexion, à l'extérieur comme à l'intérieur de l'institution. Petit à petit, la quête de sens pour gérer « l'insensé », autrefois prise en charge par l'administration coloniale française, est engagée en incluant l'individu et ses communautés, faisant partie d'un modèle sociétal qui doit à présent se définir et se construire. Ce réaménagement de l'écosystème psychiatrique se met en place, néanmoins sans rupture avec le contexte néocolonial préexistant. L'institution, porteuse de l'administration néocoloniale française, reste prédominante dans les décisions prises au sujet des modalités de la prise en charge : les accompagnateur.trices doivent donc systématiquement s'organiser en son sein ou autour d'elle, selon ses règles de fonctionnement et les ressources dont elle dispose.

Ainsi, la formulation de notre question de recherche — *Dans quelle mesure une éthique du care décoloniale peut-elle s'intégrer à l'accompagnement de la santé mentale en Martinique ?* — implique l'analyse de postures, de pratiques et de marqueurs permettant d'identifier l'intégration d'une éthique du *care* décoloniale à l'accompagnement en santé mentale. Étant donné que cet accompagnement ne s'inscrit ici ni dans un contexte explicitement colonial, ni tout à fait dans un contexte post-colonial, mais sur un territoire ponctué d'interstices et d'initiatives à aspiration sociale forte, l'intégration d'une éthique du *care* décoloniale se présente davantage comme une possibilité que comme un fait ancré, une question amorcée en parallèle du contexte encore récent de l'innovation sociale en santé mentale. L'étude du cas du Village du Rétablissement sur le site de l'hôpital nous permet d'entrevoir les possibilités de cette intégration, à travers son processus unique et inédit en Martinique.

Nous recenserons dans la revue de littérature subséquente, les possibilités de concevoir et de pratiquer une éthique du *care* décoloniale dans l'accompagnement de la santé mentale, à partir de la littérature existante aux Antilles-Guyane, en France hexagonale, aux États-Unis et en Afrique de l'Ouest.

Chapitre 2 – Revue de littérature

Cette revue de littérature a été réalisée grâce aux bases de données Cairn, Oxford Academic, Science Direct, Persée, L'information Psychiatrique, et la bibliothèque des classiques des sciences sociales de l'UQAM. La recherche a été effectuée en utilisant les mots-clés combinés suivants : « accompagnement », « santé mentale », « *care* », « décolonialité/décolonisation », « innovation sociale santé mentale /psychiatrie », « rétablissement psychiatrie/santé mentale ». Les balises temporelles s'étendent de 2015 à 2025, mais quelques articles plus anciens ont été étudiés lorsque la littérature manquait. Une cinquantaine d'articles ont été trouvés au total, puis l'angle de recherche a été précisé en ajoutant les mots-clés « Martinique » ou « Antilles-Guyane » à chacun de ces ensembles. Finalement, une trentaine d'articles pertinents ont été étudiés. Dans la mesure où la littérature scientifique est plutôt rare pour la région Martinique, nous avons également fait le choix de passer en revue quelques éléments de littérature grise : le rapport d'activité « Projet Territorial de Santé Mentale de Martinique (PTSM)» (Agence Régionale de Santé (ARS), 2020) et « Projet d'Etablissement (PE) 2019-2023, Centre Hospitalier Maurice Despinoy (CHMD)» (Direction Générale du Pôle Ressources (DGPR), 2023) et des articles de presse publiés par France-Antilles Martinique entre 2021 et 2023.

Les recherches sur l'innovation sociale en santé mentale en Martinique ont été assez ardues. Il faut dire que le terme complet d'« innovation sociale » n'est pas utilisé pour décrire ce qui se fait de nouveau, d'alternatif ou de transformateur avec une aspiration sociale ou un impact social marqué dans le domaine de la santé mentale en Martinique. Néanmoins, la pandémie de COVID-19 a suscité de nombreuses réflexions quant à l'organisation des soins de santé. Quelques études contiennent les réflexions de praticien.nes qui rapportent des changements importants dans l'approche adoptée vis-à-vis de la pratique soignante et de la réhabilitation psychosociale en Martinique (Lecardeur, 2020 ; Zapp, 2021). Ces études soulignent surtout l'importance de prendre en considération le contexte social, économique et historique du territoire concerné, plutôt que la simple identification des facteurs de risque pour la santé mentale des usager.ères.

Elles s'intéressent ainsi aux dynamiques sociales, historiques et culturelles qui influencent les formes que l'accompagnement prend.

Parmi les approches récentes en psychiatrie, la perspective du rétablissement, ou réhabilitation psychosociale, est de plus en plus mentionnée dans les rapports organisationnels et administratifs locaux (ARS, PTSM, 2020 ; DGPR, PE 2019-2023 du CHMD, 2023). Face à la saturation des lits et au manque de personnel dans un contexte où les personnes nécessitent de plus en plus de soutien institutionnel, l'adoption de cette approche manifeste la nécessité de transformer l'accompagnement de la santé mentale. Nous expliciterons les principes du rétablissement et de la réhabilitation psychosociale dans le paragraphe suivant.

Depuis la désinstitutionnalisation des soins de santé en Amérique du Nord et en Europe dans les années 80, l'accompagnement en santé mentale fait l'objet de plus en plus d'études dans la recherche en psychiatrie (Le Cardinal et al., 2013 ; Greacen et Jouet, 2017 ; Pachoud, 2018). À la fin des années 1980, plusieurs chercheur.euses états-unien.nes observent l'émergence de la « recovery approach » (approche du rétablissement), portée par des mouvements de défense des droits des usager.ères du système de soin psychiatrique traditionnel (Le Cardinal et al., 2013, p.366). L'approche du rétablissement, théorisée dans ses fondements premiers par la psychiatre Patricia Deegan, considère « le processus par lequel on se remet d'une maladie mentale, mais aussi à celui par lequel on se remet des effets de la pauvreté, d'être un citoyen de seconde zone, de la stigmatisation intériorisée, des mauvais traitements et traumatismes subis... dans le système de soins en psychiatrie » (Deegan, 1987, citée par Greacen et Jouet, 2017, p.23). En Europe, c'est une perspective qui se popularise ces dix dernières années. Une distinction entre « rétablissement » et « réhabilitation psychosociale » est souvent faite dans la littérature : puisque le rétablissement est un cheminement engagé et porté par la personne aidée, le processus subséquent mis en place par le corps soignant est qualifié de réhabilitation psychosociale. Celle-ci se traduit par des dispositifs d'accompagnement, des formes d'organisation et des processus de soutien aménagés au fil des relations entre personnes accompagnatrices et accompagnées. Les accompagnateur.ices servent ainsi

d'appuis intermédiaires qui facilitent le processus de rétablissement des personnes accompagnées. (Melac, 2018)

L'approche du rétablissement traduit ainsi la volonté de penser le soin de la santé mentale autrement, au-delà de l'institution psychiatrique de modèle asilaire. Elle souligne également la nécessité de considérer la personne accompagnée, moins comme son diagnostic stigmatisant et davantage dans son potentiel de devenir et dans sa relation à son environnement social et culturel (Pachoud, 2018, p.166). La perspective du rétablissement permet donc d'embrasser la complexité des parcours thérapeutiques, et surtout des parcours de vie des personnes usagères, qu'elles aient été institutionnalisées ou accompagnées de façon collective ou communautaire.

La notion de rétablissement/réhabilitation psychosociale est mentionnée depuis 2020 dans la littérature grise martiniquaise (ARS, PTSM, 2020) et se fait également une place dans la littérature scientifique (Zapp, 2021 ; Lecardeur, 2020). Néanmoins, l'approche biomédicale est toujours dominante, et préconise une prise en charge par hospitalisation et par unités spécialisées, parfois le recours à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), et très fréquemment, la prescription de médicaments (DGPR, PE 2019-2023 du CHMD, 2023). En même temps, la saturation des services et le manque de psychiatres et psychologues entraîne de nombreuses difficultés à déployer massivement des psychothérapies longues ou intensives, et limite la réinsertion sociale des personnes porteuses de troubles sévères. La notion de réhabilitation psychosociale est mentionnée dans le rapport de la DGPR comme un moyen de pallier ces limites, d'où la pertinence de considérer l'approche du rétablissement pour ce qui se fait d'innovant en santé mentale en Martinique. Dans la mesure où l'approche du rétablissement est soutenue par les mouvements de désinstitutionnalisation des patient.es d'hôpital psychiatrique, elle a également une portée politique forte. Ainsi, nous nous intéresserons aux empreintes socio-politiques de cette approche et à ses apports pour l'accompagnement de la santé mentale. Pour cette revue de littérature, nous considérons principalement les formes d'accompagnement de la santé mentale qui s'alignent avec les principes du rétablissement et qui visent une plus grande autodétermination des personnes accompagnées. En

Martinique, ce parcours de rétablissement est ponctué des multiples entraves qu'impose la situation néocoloniale, et la relation de méfiance qu'elle engendre dans le rapport des personnes martiniquaises avec les institutions françaises.

L'objectif de ce chapitre est d'exposer, dans le cadre de cette approche, les travaux portant sur les réflexions autour du *care* et de la décolonialité dans l'accompagnement de la santé mentale, et les pratiques observables qui y sont associées. Il s'agit d'examiner les modalités de l'accompagnement de la santé mentale, d'abord dans le contexte socio-historique martiniquais, mais aussi en France hexagonale et à l'international, étant donné le manque de littérature locale. En effet, cette revue de littérature a relevé la rareté des études réalisées spécifiquement dans le bassin antillo-guyanais sur le sujet. La région Martinique est imbriquée, par le fait de la colonisation puis de la départementalisation, au contexte français ; nous prendrons donc en compte ce dernier dans la littérature convoquée, puisque l'administration française régit en grande partie les institutions de santé et subséquemment leur organisation en Martinique. Nous tâcherons d'explicitier cette relation entre *care*, décolonialité et accompagnement en prenant appui sur les travaux menés au cours des quinze dernières années dans le domaine des sciences sociales, humaines et médicales, de la psychologie communautaire et du management de la santé.

Dans un premier temps, nous présenterons les conceptions de la décolonialité en santé mentale, ainsi que les réflexions sur le *care* dans le domaine de la psychiatrie, permettant de *Penser l'éthique du care décoloniale dans l'accompagnement en santé mentale*. Dans un second temps, nous plongerons dans les espaces où sont mises en pratique des valeurs s'apparentant au *care* décolonial en France, en Martinique et aussi sur le continent africain. Cette seconde partie nous permettra d'analyser les conditions et les possibilités de *Pratiquer l'éthique du care décoloniale dans l'accompagnement en santé mentale*. En conclusion, nous discuterons des limites et des possibilités qu'offre la conjonction de ces concepts pour le contexte martiniquais.

2.1. Penser une éthique du *care* décoloniale dans l'accompagnement de la santé mentale

La littérature scientifique permettant de situer les réflexions sur l'accompagnement de la santé mentale en Martinique manque sur plusieurs points. Des études quantitatives recensent la prévalence des troubles de santé mentale (Lacoste et al., 2016), l'identification des profils traumatiques (Evans et al., 2014), les représentations sociales de la maladie mentale aux Antilles-Guyane (Roelandt et al., 2022), et le faible recours aux soins chez les agent.es de la fonction publique (Guillard et al., 2023). Toutefois, rares sont les études qualitatives récentes sur le sujet. La prise en compte de l'environnement socio-culturel de la patientèle et la relation d'accompagnement ne sont abordées que récemment et de façon assez superficielle (Lecardeur, 2020). Les études mentionnées précédemment sont toutes assez sommaires et analysent le trouble psychique comme un sujet principalement biomédical et porteur de stigmates. En somme, les sciences humaines et sociales n'ont pas abordé ce qui constitue l'accompagnement de la santé mentale en Martinique ces dix dernières années. On peut questionner l'absence de curiosité pour les causes et les origines des troubles psychiques d'un territoire qui a traversé des transitions socio-historiques majeures, d'un système esclavagiste à colonial, puis départemental néocolonial. Comme le souligne Massé (2002, 2005), les répercussions de ces changements structurels sur les dynamiques socio-culturelles sont multiples et profondément ancrées dans les représentations de l'accompagnement psychologique. Ces dix dernières années, les approches thérapeutiques ainsi que les mœurs sociétales tendent tout de même à évoluer autour du recours (Eynaoud, 2015 ; Roelandt et al., 2022), et le déploiement d'équipes mobiles, l'articulation en réseau et la création de nouvelles professions en santé mentale permettent une prise en charge qui se diversifie lentement (Lecardeur, 2020). Toutefois, ces textes ne font jamais mention du contexte néocolonial dans lequel s'organise la prise en charge. Au cours des trois sous-parties suivantes, nous montrerons l'articulation des concepts de *care* et de décolonialité dans la façon dont les professionnels de santé mentale ont conçu l'accompagnement et le soin de la santé mentale depuis les années 1950.

2.1.1. L'approche décoloniale dans l'accompagnement de la santé mentale

Au milieu du XXème siècle, de nombreux écrits sur la décolonialité des savoirs sont publiés par des auteur.trices martiniquais.es tels que Frantz Fanon, Aimé Césaire, Suzanne Césaire et Paulette Nardal. Parmi eux, Fanon soulève en 1952 la nécessité d'une psychiatrie réhumanisante pour les peuples colonisés, qu'il théorise sous l'expression « psychiatrie sociogénique ». Pour le psychiatre, la pathologie mentale, systématiquement étiquetée et socialement stigmatisée, ne peut être pleinement comprise sans tenir compte de l'aliénation sociale et raciale, de la domination coloniale, de l'oppression structurelle et de l'intériorisation de ces systèmes par les individus colonisés (Fanon, 1952). L'approche sociogénique postule ainsi que les troubles psychiques ne proviennent pas uniquement de facteurs biologiques ou individuels, comme l'approche psychanalyste majoritaire de l'époque l'a longtemps soutenu, mais sont profondément enracinés dans le contexte social, historique et politique d'un territoire donné.

La pensée de Fanon est révolutionnaire pour l'époque, puisqu'elle va à l'encontre de l'école de pensée traditionnelle en psychiatrie, mais aussi parce qu'elle contribue progressivement à faire tomber le masque de la folie telle qu'appliquée aux sujets coloniaux d'outre-mer. Dans son article « Decolonizing Trauma with Fanon » (2021), Hannah Goozee explique que la psychiatrie eurocentrique, en médicalisant et en individualisant le traumatisme, silencie les voix politiques de la souffrance et maintient les structures de pouvoir oppressives. Elle affirme qu'un simple « repenser » le traumatisme est insuffisant. Il est nécessaire de décoloniser la psychiatrie elle-même pour reconnaître pleinement le rôle de la société et de la culture dans le bien-être mental et pour libérer les voix de la souffrance (Goozee, 2021, p.20). Cette décolonisation implique de questionner la négligence institutionnelle, les oppressions et les violences psychiatriques dues au vécu de l'esclavage et de la colonisation avant la départementalisation de la Martinique, comme l'exposent également Charles-Nicolas (2015) et Eynaud (2015). L'héritage de la pensée fanonienne est difficile à trouver dans la littérature scientifique propre à la psychiatrie martiniquaise actuelle. Il faut dire que de son vivant, la majeure partie de son œuvre s'est concentrée sur sa pratique en Algérie et ses idées radicales ont

été étouffées au cours des mutations politiques de la Martinique post-départementalisation.

Tout de même, au cours des trente dernières années en France, les recherches sur l'accompagnement en santé mentale ont progressivement guidé le personnel soignant vers des approches plus sensibles aux dynamiques de pouvoir et aux contextes culturels de la patientèle. Les travaux sur la psychiatrie transculturelle, aussi appelée ethnopsychiatrie³, datent du début des années 2000. Mais bien qu'axée sur l'écoute, le respect et la médiation interculturelle, cette perspective rencontre des limites en matière de formation des professionnel.les, peu préparé.es à intégrer les dimensions culturelles dans leur pratique clinique (Clignet & Moro, 1998 ; Baubet & Moro, 2013). Le recours aux groupes de médiation thérapeutique, certes pertinent, se révèle difficile à mettre en œuvre dans les dispositifs de soin classiques en raison de contraintes institutionnelles et logistiques (Moro & Hodes, 2010). Aussi, certaines critiques soulignent le risque d'une approche trop culturaliste, qui pourrait masquer des facteurs socio-économiques ou structurels fondamentaux dans la souffrance psychique de la patientèle (Fassin, 2001 ; Watters, 2001). En somme, les écoles de la psychiatrie transculturelle et de l'ethnopsychiatrie présentent des limites dans la mise en pratique de ces approches aux personnes colonisées.

Bien que les études scientifiques manquent sur les territoires dits d'outre-mer, la littérature grise nous permet de constater la présence d'espaces de réflexion et d'action pour accompagner la santé mentale en Martinique depuis 2019. En effet, plusieurs explorations pour l'accompagnement sont recensées et visibles dans le dernier rapport d'activité territorial (ARS, PTSM, 2020) ainsi que dans la presse locale. Les approches auparavant purement médicales évoluent pour intégrer des dimensions communautaires et culturelles de l'accompagnement en santé mentale. On retrouve par exemple dans ce rapport plusieurs mentions de l'approche du rétablissement, ainsi que la mise en place de nouvelles activités associatives, de groupes d'entraide mutuelle et de dispositifs de pair-

³ « L'ethnopsychiatrie est une branche de la psychiatrie contemporaine qui s'intéresse à la fois aux variations cliniques liées à la culture des patients et aux modalités de la prise en charge thérapeutique de populations non occidentales. » (Rechtman, 2012, p.1)

aidance. Ce dernier rapport de l'Agence Régionale de Santé martiniquaise témoigne d'une volonté de diversifier les formes de savoirs et de soin, et de valoriser des épistémologies alternatives à la biomédecine occidentale.

Ainsi, en raison du manque de littérature spécifique sur la décolonialité de la santé mentale en après-colonie sur les territoires d'outre-mer, il existe une réelle lacune dans le domaine de la psychiatrie en Martinique. Il faut également dire que jusqu'alors, la recherche s'est concentrée sur l'articulation entre anthropologie et psychiatrie, par des auteur.trices majoritairement européen.nes et canadien.nes.

2.1.2. « Care, cure, caring » : considérations pour le rétablissement et la santé collective

Dans la région Antilles-Guyane, la recherche de travaux scientifiques sur le *care* n'a pas été très concluante. C'est en plongeant dans la littérature en sciences médicales en France que nous pouvons trouver quelques écrits sur cette notion.

Parmi les définitions du mot *care*, il importe de s'attarder sur celle en usage dans le domaine des sciences infirmières, qui est interrelié au domaine de la psychiatrie en France. Dans le milieu infirmier et plus largement dans la sphère médicale, il désigne à la fois la prédisposition au soin attentif, la sensibilité humaine et la mise en pratique de l'empathie dans les tâches de soin (Gaudry-Muller, 2015 ; Morvillers, 2015). Alors que certaines étymologies des termes « *care* » (prendre soin, faire attention à) et « *cure* » (soigner selon une procédure technique) pourraient conduire à les qualifier d'antinomiques, cette distinction se trouve erronée en psychiatrie, puisque le *care* finit par envelopper le *cure* :

« Le *care* correspond à la manière de « prendre soin » d'autrui, d'avoir le souci de l'autre avec une sollicitude, une bienveillance ou encore une inquiétude empreinte d'anxiété. Il prend en compte le caractère de vulnérabilité des personnes, englobe le *cure* (4). Considéré tour à tour par les auteurs comme un état (5), une activité (6) ou un processus (7), il revêt un caractère concret, situé, incarné et invisible (4). » (Gaudry-Muller, 2015, p.45)

Ainsi, distinguer *care* et *cure* en psychiatrie n'est pas si pertinent, puisqu'en pratique, « prendre soin de » et « soigner » sont deux composantes essentielles de

l'accompagnement thérapeutique de la personne malade. L'invisibilisation du *care* que mentionne ici Gaudry-Muller rend toutefois son identification complexe, malgré son indéniable incarnation à tous les niveaux de la relation d'accompagnement. Malgré tout, il y a un consensus sur la présence irréductible du *caring* (l'action de prendre soin) dans la pratique médicale : plus qu'une posture, c'est une nécessité à l'accompagnement des patient.es, une condition essentielle au rétablissement, quel que soit le stade auquel se trouve la personne (Gaudry-Muller, 2015 ; Morvillers, 2015 ; Pachoud, 2017). Face à l'échec répétitif de la médicalisation par traitements à visée curative au milieu du XXème siècle, les psychiatres européen.nes tendent à s'appuyer sur l'activité de « *caring* » dans leur pratique, que Morvillers définit comme « le *care* en acte, soit une prise en charge marquée par une attention positive » (Morvillers, 2015, p.79).

Les recherches en psychiatrie convergent vers une analyse plus poussée de la qualité de l'accompagnement à partir de 2010, lorsqu'un collège de psychiatres londoniens affirme que les limites de la psychiatrie traditionnelle justifient un virage vers des pratiques orientées vers le rétablissement, mieux adaptées aux besoins actuels de la patientèle et des services (Le Cardinal et al., 2013, p.367). En France, les résultats de la recherche en psychiatrie axée sur le rétablissement soulignent que cette transformation requiert une adaptation des services, soutenant une « pratique orientée par des valeurs », par opposition aux « pratiques fondées sur des savoirs », typiquement observées en milieu hospitalier (Pachoud et al., 2019). Pachoud distingue en 2019 quatre valeurs-clés essentielles pour l'adaptation de l'accompagnement de la patientèle : la reconnaissance de la singularité de la personne, son engagement actif dans le processus, la valorisation de son autodétermination et la confiance dans son potentiel de développement (Pachoud et al., 2019, p. 522 ; Farkas et al., 2005, 2007). La mise en avant des valeurs traduit ainsi un déplacement du cadre de référence, passant d'une finalité strictement médicale (réduction des symptômes) à des objectifs d'ordre social (réinsertion) et existentiel (reconstruction d'un projet de vie), ce qui implique l'adoption de stratégies fondées sur d'autres ressources et principes :

« On peut considérer que si la visée du rétablissement doit réellement orienter les pratiques de soin et de soutien social, cela doit se traduire par une attention accrue aux valeurs et principes éthiques propres au rétablissement, et par conséquent par la reconsidération de l'équilibre à maintenir entre les deux fondements de ces pratiques : le savoir clinique ou médical d'une part, et les valeurs, valeurs propres au rétablissement, mais aussi les valeurs singulières, propres à la personne accompagnée. » (Pachoud et al., 2019, p.527)

Ici, l'intégration des valeurs de la patientèle aux savoirs médicaux fait écho à l'imbrication du « *care* » au « *cure* » exposée plus tôt, montrant une volonté d'intégrer une sensibilité humaine aux pratiques médicales. Depuis 2010, on observe donc en France hexagonale une recherche d'amélioration des méthodes et pratiques d'accompagnement. Pour Morvillers, Gaudry-Muller et Pachoud, la proximité de la relation d'accompagnement implique une disposition empathique, marquée par la compréhension du vécu de chaque patient.e. Ces valeurs « singulières, propres à la personne accompagnée », comme le nomme Pachoud (2019, p.522), sont transmises à la personne accompagnante par une sensibilité éthique au fur et à mesure que la relation de soin prend forme.

Au-delà des fluctuations sur la distinction *care/cure*, des tensions sur la gestion du soin en général sont évoquées en sciences médicales (Gaudry-Muller, 2015 ; Morvillers, 2015). Les articles recensent de façon récurrente une inertie causée par la rigidité bureaucratique des institutions médicales (Champy, 2015 ; Pachoud, 2019 ; Le Cardinal et al., 2013). Celle-ci rend difficile la mise en œuvre de pratiques innovantes et adaptées aux besoins des patient.es, mais aussi au développement professionnel des soignant.es. Leurs moyens de mise en pratique sont considérablement restreints par les contraintes budgétaires et la récurrence des burn-outs en milieu hospitalier (Gaudry-Muller, 2015).

En Martinique, la prise en charge du trouble psychique ne fait pas l'objet de la même attention ou du même souci à l'époque étudiée en France par Gaudry-Muller. La départementalisation du territoire en 1947 pousse effectivement l'organisation du système de soins psychiatriques à prendre des formes inédites, telles que la sectorisation et l'externalisation des services de soins (Charles-Nicolas, 2015, p. 318). Mais l'accompagnement de la santé mentale s'assimile au soin de la santé physique avec des ressources matérielles assez maigres en cette période de transition socio-politique. Par

ailleurs, de nombreuses crises font surface à partir du 2 février 1970, marquées par une grève des infirmiers, dont plusieurs abandonnent leurs postes et laissent les patient.es en situation d'autogestion (Lorin, s.d.). L'auteur explique que « l'hôpital devient un révélateur social d'une crise interculturelle, d'un conflit pouvant prendre une teinte raciale, entre un syndicat indépendantiste anticolonialiste anticapitaliste et une direction représentante de l'État et du pouvoir blanc « colonial » » (Lorin, s.d.). Il aurait été intéressant d'avoir plus de détails sur cette opposition politique entre différents membres du personnel hospitalier, mais nos recherches n'ont pas donné davantage de réponses.

Néanmoins, il faut noter ici la récurrence des limites systémiques rencontrées en institution psychiatrique. Le système capitaliste néolibéral colonial est souvent mis en cause, que ce soit par les syndicats, les soignant.es ou les patient.es. De nombreuses études expliquent les freins causés par des mécanismes parasites de domination, tandis que d'autres présentent des moyens de sortir de la stagnation qu'ils causent. Nous les mettrons en lumière dans la sous-partie suivante.

2.1.3. Barrières aux approches du care et apports des approches décoloniales

Selon Batifoulrier & Da Silva (2022) et Domin (2022), les crises sanitaires rencontrées par les hôpitaux français ces dix dernières années s'expliquent principalement par la logique d'accumulation du capitalisme sanitaire, facilitée et orchestrée par l'État, entraînant un désengagement financier et une réorientation des structures de soins. Premièrement, la transformation des hôpitaux publics et privés est due à la financiarisation et à la mise en place de réformes réglementaires favorables au capital. Cette réforme a permis aux hôpitaux privés (devenus des investissements attrayants pour les fonds de capital-investissement) d'investir dans les segments les plus lucratifs et bien rémunérés (Domin, 2022). Deuxièmement, Batifoulrier et Da Silva (2022) affirment que l'État est l'acteur dominant qui a rendu possible ce déploiement capitaliste en instaurant des mécanismes de contrôle budgétaire stricts, faisant passer le financement du système de santé d'une logique *a posteriori* (constatation des besoins) à une logique *a priori* (enveloppe budgétaire fixe à ne pas dépasser). Enfin, le processus d'Étatisation et de bureaucratisation

de la santé a conduit l'État à imposer la fermeture massive de lits et à favoriser la financiarisation de l'hôpital public, tandis que le secteur privé, focalisé sur les segments rentables, abandonne les services non rentables au secteur public. Cette situation concentre le secteur de la santé uniquement sur les ménages les mieux assurés, laissant les établissements publics et leurs difficultés comme unique recours pour les autres.

Il faut également noter que les approches du rétablissement en France, malgré leurs fondements politiques basés sur l'émancipation des usager.ères de la psychiatrie, n'intègrent pas les approches décoloniales à leur lunette d'analyse. Alors que la décolonisation de la santé mondiale est largement discutée à l'international, la France oppose une forte résistance à cette réflexion. Malgré une histoire coloniale médicale documentée et des inégalités racialisées toujours observables dans la recherche et les pratiques de santé, les structures de pouvoir, de gouvernance et de production des savoirs restent peu remises en question (Ridde et al., 2023). Ce silence persistant traduit un refus de reconnaître et de transformer les héritages coloniaux qui continuent de façonner la santé mondiale dans l'espace francophone. En parallèle des réflexions sur le *care* en France, on recense à l'international de plus en plus de travaux sur la décolonialité en santé publique, qui intègrent des notions revisitées des peuples autochtones et de leurs façons de concevoir la santé mentale.

Dans plusieurs études récentes, les limites récurrentes rencontrées aux transformations de l'accompagnement en institution psychiatrique sont également attribuées au système colonial persistant à l'échelle mondiale. Plusieurs critiques de l'hégémonie de la médecine occidentale dénoncent la persistance des héritages coloniaux et racistes dans la médecine et la santé mondiale. Ils montrent que ces systèmes de domination se manifestent autant dans la production du savoir que dans les politiques, la recherche et la formation médicale (Amster, 2022 ; Ridde et al., 2023). Ainsi, depuis 2021, de plus en plus de chercheur.euses en santé publique appellent à une décolonisation active fondée sur la justice épistémique, la reconnaissance des savoirs marginalisés et l'inclusion des populations concernées. Cette transformation est avant tout politique et collective, exigeant un changement profond des structures et des mentalités du monde médical.

La synthèse suivante relie les concepts clés, les apports et les limites de trois articles anglophones publiés en 2023, tous centrés sur la nécessité de décoloniser la psychologie et les soins de santé mentale, en remettant en question les épistémologies dominantes du Nord global. Ils s'inscrivent dans un mouvement critique visant à démanteler les structures de pouvoir et les cadres de connaissance hérités de l'histoire coloniale qui continuent de façonner la psychologie et la santé mentale mondiale. Alemu et al. (2023) proposent ainsi une approche pratique pour la décolonisation des soins en Afrique, tandis que Bemme et al. (2023) théorisent la mutualité comme méthode pour transformer la santé mentale mondiale, et Pickren et de França Sá (2023) plaident pour un changement radical dans l'écriture de l'histoire de la psychologie afin de dépasser le projet moderniste.

Dans le contexte kenyan, Alemu et al. (2023) illustrent les conséquences directes de l'histoire coloniale brutale. De nombreux pays sur le continent sont donc marqués par la stigmatisation des soins de santé mentale et par la dépendance excessive à des classifications occidentales, qui s'avèrent inefficaces et peuvent même inhiber la recherche d'aide. Les auteur.trices présentent l'approche réseau à la psychopathologie comme un outil permettant de décoloniser les services de soins. Cette approche conçoit les troubles non pas comme des entités discrètes aux sources mystérieuses, mais plutôt comme des réseaux dynamiques de symptômes (nœuds) et de leurs relations (arêtes). En identifiant les nœuds les plus centraux (et donc les symptômes les plus influents), les interventions peuvent être ciblées pour réduire l'intensité du réseau entier. Cette approche favorise la décolonisation de quatre manières. D'abord, elle atténue la stigmatisation en se concentrant sur les symptômes et leurs interrelations plutôt que sur les étiquettes psychiatriques stigmatisantes. Ensuite, elle permet une compréhension basée sur le contexte des problèmes de santé mentale, reconnaissant que les troubles sont exprimés différemment selon les cultures. Additionnellement, elle ouvre des voies alternatives de soins, comme les interventions à faible coût délivrées par des prestataires non-spécialistes, ciblant des défis socio-culturels spécifiques. Enfin, elle encourage les chercheur.euses locaux à mener la production de connaissances et la conception de traitements contextualisés. L'article met surtout en lumière les limites des systèmes existants. Le rejet des classifications occidentales et l'intégration de l'approche réseau comme cadre

d'organisation flexible implique une adaptation et un développement encore nécessaires dans les communautés africaines pour atteindre son plein potentiel.

Le besoin de contextualisation et d'équité dans l'offre de soins soulevé par Alemu et al. (2023) est renforcé par Bemme et al. (2023), qui se concentrent sur la façon de transformer les relations de travail et la production de connaissances dans la santé mentale mondiale. Le concept principal développé ici est la mutualité comme méthode, impliquant la réciprocité, l'interdépendance et un objectif commun exercés de manière égalitaire. C'est un processus d'apprentissage mutuel qui vise à décoloniser les pratiques de connaissance. Cet apprentissage est réussi lorsqu'il est plus lent et itératif, ce qui permet de bâtir la confiance, décrit comme le « métrique le plus important qui informe l'action » (Scheepers et al., 2020, cité par Bemme et al., 2023, p. 136). Cette approche n'est pas sans rappeler les caractéristiques des approches du *care* en psychiatrie, ou encore des pratiques d'accompagnement du processus de rétablissement abordées plus tôt. Ce processus a conduit à l'avancement d'un paradigme social pour la santé mentale mondiale, qui appelle à passer d'une vue basée sur le déficit à une approche basée sur les forces des communautés. Il est aussi question d'inclure le savoir local et expérientiel dans les processus d'extension, de réorienter le financement vers les organisations communautaires, et de contester les concepts occidentaux à travers le prisme de l'expérience vécue. Les auteur.trices insistent sur le fait que, malgré ses succès, la mutualité n'a pu être réalisée qu'imparfaitement dans le cadre institutionnel actuel de la santé mentale mondiale. Les contraintes structurelles incluent la concentration du financement dans le Nord global, la reproduction de l'iniquité par l'hégémonie de la langue anglaise, et les défis liés au partage du pouvoir, qui exigent un lourd soutien administratif.

Enfin, Pickren & de França Sá (2023) articulent les fondements historiques de cette critique en explorant le tournant décolonial dans l'histoire de la psychologie. Ils affirment que la majorité des disciplines académiques, y compris la psychologie, ont émergé du « nexus du colonialisme et du capitalisme » (Pickren & de França Sá, 2023, p.13) et ont servi à imposer une colonialité de l'être, du savoir et du faire. Le concept central remis en question ici est le modèle « *WEIRD (White, Educated, Industrial, Rich, Democratic)* »

(ibid), désignant le profil-type qui sous-tend la psychologie hégémonique et son adhésion au néolibéralisme et à l'individualisme. Pour y remédier, les auteur.trices proposent d'abandonner l'idée de l'individu abstrait au profit du sujet défini par une ontologie relationnelle, émergeant du contexte culturel, historique et social. Les stratégies décoloniales permettent de créer des « Psychologies Otherwise/Earthwise » (ibid) qui reconnaissent les multiples histoires et réalités psychologiques en intégrant le savoir local, le mythologique, le collectif, le religieux et le traditionnel. Le principal défi réside dans la résistance du projet moderniste. La psychologie hégémonique base ses revendications sur l'universalité et perçoit l'ancrage local et la valorisation de ce qu'elle nomme « primitif » comme une menace. Adopter cette nouvelle voie nécessite une désobéissance ontologique et épistémologique qui peut engendrer une forte opposition.

Ainsi, ces trois articles convergent sur le rôle essentiel de la décolonisation pour rendre la psychologie et la santé mentale éthiques, pertinentes et efficaces, en particulier pour les communautés marginalisées. Que ce soit par l'approche réseau (Alemu et al., 2023), la mutualité comme méthode (Bemme et al., 2023) ou l'ontologie relationnelle (Pickren et de França Sá, 2023), tous mettent l'accent sur la nécessité de déplacer l'autorité épistémique du Nord vers le local, de valoriser le savoir contextuel, et de contester l'universalité des cadres occidentaux. Cependant, ils reconnaissent également que la réalisation de ces objectifs est freinée par des contraintes institutionnelles et structurelles (financières, langagières et bureaucratiques) qui exigent une transformation fondamentale des pratiques et des mentalités, et nécessitent surtout un désapprentissage des préjugés coloniaux. Ces trois approches montrent la nécessité de déconstruire et de contester les carcans imposés de la psychiatrie occidentale et de réaménager des méthodes sensibles, adaptées et contextualisées pour améliorer l'accompagnement de la patientèle en contexte néocolonial.

En somme, les approches présentées dans cette section permettent de mieux comprendre les dynamiques conceptuelles au cœur des transformations dans l'accompagnement de la santé mentale depuis 1950. Elles proposent une réflexion commune sur la gestion de la vulnérabilité humaine, de l'incertitude et de la justice épistémique, dont les

préoccupations sont partagées au-delà des murs du milieu hospitalier. En Martinique, la recherche en psychiatrie est historiquement encastrée et régie par des institutions qui intériorisent et reproduisent des schémas d'accompagnement ancrés dans une histoire coloniale. Lorsqu'on pose la question de l'accompagnement de la santé mentale, il est donc nécessaire de questionner ce carcan institutionnel, porteur de rapports de domination défavorables au déploiement d'approches réellement adaptées aux réalités martiniquaises. Ce questionnement n'est toutefois pas présent dans la littérature académique existante relative à la région Antilles-Guyane.

Cette première sous-partie brosse donc un portrait des modalités nourrissant les réflexions sur l'accompagnement du trouble psychique. Comparer et associer ces perspectives sur le *care* et la décolonialité permet de reconnaître que les troubles mentaux ne sont pas simplement individuels ou biologiques, mais profondément ancrés dans des réalités sociales et historiques. Ces réflexions poussent à des pratiques de soin davantage inclusives, critiques, et humaines, qui respectent la diversité des expériences et des manières de prendre soin. Leurs recherches fournissent un cadre de pensée permettant d'identifier de nombreuses carences des modèles occidentaux qui sont appliquées dans les anciennes colonies françaises devenues départements.

Questionner ce qui compose les approches adoptées en psychiatrie martiniquaise (mais aussi globale) invite à repenser les décisions éthiques qui façonnent l'accompagnement des individus les plus vulnérables de la société, en privilégiant des pratiques sensibles et inclusives pour répondre aux urgences de notre époque. En deuxième partie de cette revue de littérature, nous nous intéresserons aux modalités de la mise en pratique de ces valeurs, à travers des exemples d'accompagnement de la santé mentale en France hexagonale, en Martinique et en Afrique de l'Ouest.

2.2. Pratiquer l'éthique du *care* décoloniale dans l'accompagnement en santé mentale

Depuis quelques années, le développement d'une réflexion autour du *care* et de la décolonialité en sciences humaines et sociales montre l'intérêt marqué pour la recherche d'un accompagnement plus humain et adapté à la patientèle en psychiatrie. Comme le souligne Salamanca Gonzalez, en santé collective, « le *care* est à la fois une disposition et une pratique » (Salamanca Gonzalez, 2022). Ici, par pratique, nous entendons à la fois l'acte de mise en pratique, et son organisation par les personnes accompagnatrices, que ce soit au sein ou en périphérie des institutions. Telle que définie plus tôt, l'approche innovante du rétablissement vise à centrer l'expérience unique de chaque patient.e, tout en considérant son environnement présent et ses objectifs de vie personnels (Greacen et Jouet, 2012 ; Pachoud, 2018). Les études menées récemment en France hexagonale et en Martinique mentionnent fréquemment la difficulté de mise en pratique d'une approche compréhensive de l'écosystème thérapeutique de chaque patient.e (Lecardinal et al., 2013 ; Pachoud, 2019 ; Lecardeur, 2020). La mise en pratique d'une éthique du *care* décoloniale se heurte donc à la difficulté de traduire des principes théoriquement innovants en dispositifs concrets d'accompagnement. Ceux-ci exigent une transformation profonde des cadres institutionnels, des rapports de pouvoir et des habitudes professionnelles qui demeurent en partie hérités de logiques biomédicales et coloniales. Cela est tout de même rendu possible par les personnes soignantes, qui face à cet impératif de transformation, aménagent des moyens et des dispositions pour façonner un accompagnement répondant aux besoins de la patientèle.

Dans cette seconde partie, nous recensons les espaces de mise en pratique et possiblement d'intégration des valeurs du *care* et de la décolonialité dans cet accompagnement. Nous porterons attention aux formes que ces espaces prennent à l'intérieur comme en périphérie du milieu hospitalier. Les articles mobilisés en **2.2.1.** présentent trois exemples d'adaptation du *care* aux pratiques d'accompagnement en milieu hospitalier, en France hexagonale. Le **2.2.2.** aborde la récente intégration d'approches compréhensives de l'environnement socio-culturel en Martinique, basée sur le pluralisme thérapeutique qui

soutient les parcours thérapeutiques depuis les années 1960. Enfin, la création et l'organisation de villages thérapeutiques au Sénégal et au Mali feront l'objet du **2.2.3.**, notre dernière sous-partie.

2.2.1. Le care en pratique : exemples de l'apprentissage informel, de la sagesse pratique et de la pair-aidance

L'intégration d'une éthique du *care* décoloniale dans l'accompagnement de la santé mentale en Martinique suppose de réviser les pratiques au-delà des modèles biomédicaux standardisés. En ce qui concerne la construction d'une éthique du *care* en milieu médical, trois approches françaises et québécoises se révèlent particulièrement fécondes pour nourrir ces pratiques, et informent sous d'autres appellations de nouvelles professions en Martinique.

L'apprentissage informel

Gaudry-Muller explique comment le concept de *care*, ou « prendre soin », s'applique non seulement aux interactions entre soignant.es et patient.e, mais aussi aux apprentissages informels entre collègues praticien.nes. L'étude montre que le *care* agit comme un trait d'union transversal entre l'activité de soin direct au patient et la pratique d'apprentissage informel entre professionnel.les, désignant « l'apprentissage secondaire aux activités de la vie quotidienne, n'étant ni organisé ni structuré et ayant un caractère non intentionnel, représentant un moyen pour des adultes de se former dans la pratique » (Gaudry-Muller, 2015, p.45). Le *care* dans l'apprentissage informel vise ainsi le développement de connaissances et de compétences chez d'autres personnes soignantes pour qu'elles soient capables de dispenser des soins de qualité en situation de travail (Gaudry-Muller, 2015, p.46). Cela traduit le souci de « prendre soin » non seulement des patient.es mais aussi des pair.es-soignant.es. Apprendre de manière informelle s'inscrit directement dans ce *care* : il s'agit du souci de la personne soignée pour améliorer la qualité des soins qu'elle reçoit, et du souci de l'autre personne soignante pour lui transmettre les savoirs nécessaires afin qu'elle puisse agir avec pertinence. L'acquisition et l'actualisation des savoirs par

l'apprentissage informel permettent de produire un soin plus efficient, reflétant le souci d'apporter un soin plus adapté à chaque patient.e (Gaudry-Muller, 2015, p.47).

De même que la personne accompagnée, la personne accompagnatrice peut se retrouver en situation de vulnérabilité, notamment par manque de connaissances dans des situations complexes :

« L'apprentissage revêt le caractère attentionné et responsable du *care*, qu'il naisse de l'estime de l'autre, du désir de lui transmettre des savoirs ou d'une charge, celle de contribuer à un travail effectué dans les règles de l'art, selon un jugement de beauté. L'intention d'aider est liée à la vulnérabilité du patient, ou à la double vulnérabilité du pair et du patient dans la précarité des soins, lorsqu'il y a méconnaissance des savoirs à mobiliser en situation. Le soin est précaire si un manque de connaissance existe pour le réaliser. L'apprentissage, lui, devient une valeur ajoutée de qualité. » (Gaudry-Muller, 2015, p.48)

Cette conception de la vulnérabilité est similaire à celle explorée dans les travaux de Salamanca Gonzalez (2021), où soigner et apprendre de manière informelle, voire intuitive, partagent une finalité commune : assurer la qualité, la sécurité et l'attention du soin à la personne soignée. L'apprentissage informel est donc orienté par ce *care* et vise majoritairement des savoirs et habiletés liés à la dimension thérapeutique et de maintenance des soins :

« Si la formation initiale est plus orientée vers le *cure*, la pratique quotidienne et l'apprentissage informel intègrent fortement le *care*, bien que les apprentissages les plus fréquents soient liés aux aspects techniques et aux rôles en collaboration, soulignant la complexification du travail par la technologie et l'organisation hospitalière. Le *care*, qu'il soit dans le soin ou l'apprentissage, renforce l'attention singulière portée à l'individu (patient ou professionnel) face à la standardisation. » (Gaudry-Muller, 2015, p.49-50)

Ainsi, la conception du soin porté par les soignant.es influence ce qu'elles jugent important d'apprendre informellement, et l'application de leur perspective sert d'espace pour repenser la pratique d'accompagnement en santé mentale.

La sagesse pratique

Publiée en 2015 également, une autre étude française en institution médicale met en lumière les dispositifs que les soignant.es mettent en place face à la bureaucratisation du système de santé. À l'intersection de l'innovation sociale et de la sociologie de la santé, Champy s'intéresse aux mobilisations éthiques qu'adoptent les professionnel.les en charge de personnes vulnérables, portant « la défense de la possibilité d'un travail mieux ancré dans le concret, que l'on peut qualifier de « prudentiel » » (Champy, 2015, p.214). L'une de ses études mobilise la notion de sagesse pratique en milieu médical. La sagesse pratique désigne une posture réflexive, adaptée aux activités prudentielles en milieu médical, prenant en compte le contexte concret de chaque patient.e dans son imprévisibilité et sa complexité. Alors que la médecine tend rapidement à se techniciser dans les moyens modernes de diagnostic et de soin mais aussi dans les évolutions organisationnelles (division du travail, tarification de l'activité), des collectifs de soignant.es trouvent des brèches permettant un accompagnement compréhensif et bienveillant. Champy présente les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) comme des espaces de prise en charge rapprochant médical et social, où « les infirmières assument un rôle d'écoute et d'orientation des malades, [et où] les assistantes sociales ont pour rôle formel d'aider les malades se présentant sans risque santé à en obtenir une » (Champy, 2015, p.216).

Caractérisées par l'interprofessionnalité dans les services offerts, les PASS font office de lieux de réflexion sur la situation des personnes accueillies, facilitant l'évaluation de leurs conditions de vie et la recherche de ressources extérieures que l'équipe peut mobiliser pour les améliorer (Champy, 2015, p.216). Le dispositif de réunions de concertation pluridisciplinaire médicosociales et éthiques (RCP-MSE) s'ajoutent aux PASS et soutiennent l'aménagement d'espaces d'intégration au sein de l'hôpital, par le personnel hospitalier (médecins, infirmier.ères, assistant.es sociaux.ales, cadres et représentant.es de l'hôpital...). En somme, la sagesse pratique permet à la fois de développer une flexibilité dans les pratiques de soins, une méfiance à l'égard des automatismes développés à partir des règles, routines, savoirs scientifiques et de prévenir les erreurs, dommages et gaspillages (Champy, 2015, p.220).

Même si la sagesse pratique n'est pas décrite comme s'inscrivant dans l'approche du rétablissement, elle propose une posture pratique permettant d'accompagner le parcours de rétablissement de la patientèle. Premièrement, elle suppose d'appréhender la personne accompagnée à partir de son contexte social propre, à porter une attention particulière au concret, et à lui proposer des ressources adaptées à sa situation. Ensuite, la sagesse pratique fluidifie et diversifie le processus de décision médicale : en faisant du cas-par-cas, les praticien.nes peuvent proposer à la patientèle des alternatives qui sont mieux adaptées à leurs besoins, à leur rétablissement, voire d'éviter leur retour en institution (Champy, 2015 ; Pachoud, 2018). Enfin, les PASS constituent également un espace réflexif pour le complexe hospitalier, puisqu'elles créent des opportunités de ralentir le rythme soutenu du travail médical et de réviser voire transformer les pratiques de soins.

En somme, l'accompagnement en pratique dépend grandement des approches qu'adoptent les praticien.nes en santé mentale. Dans le contexte du rétablissement, elles contiennent la possibilité d'engager une démarche prudente et bienveillante, permettant une offre de soins spécialisée, attentive et plus efficace par des soignant.es sujet.tes à un rythme de travail effréné. Cela invite à réfléchir aux conditions pour réinstaurer du sens au travail dans des milieux de plus en plus technicisés et bureaucratisés, et dont les budgets se voient considérablement réduits d'année en année (Champy, 2015 ; Morvillers, 2015 ; Gaudry-Muller, 2015).

Les médiateur.ices de santé pair.es et la pair-aidance

Que les auteur.es parlent de *caring*, d'apprentissage informel, de sagesse pratique, il est question d'une mutation, d'un changement, d'un aménagement du soin plus ou moins en marge de l'institution hospitalière, ou en parallèle des pratiques traditionnelles en son sein. Au-delà des pratiques de *care* qu'engagent les professionnel.les de santé, on retrouve dans la littérature l'émergence des médiateurs de santé pair (MSP) depuis 2017. En France hexagonale, la notion de pair-aidance est bien connue en milieu associatif, mais peine à pénétrer les structures institutionnelles psychiatriques (Graecen & Jouet, 2017, p.24). Depuis 2020, de nombreuses études défendent tout de même ce dispositif

d'accompagnement. À travers trois d'entre elles, réalisées entre 2020 et 2022 par des psychiatres et psychologues cliniciens français, nous présenterons l'apport des médiateur.ices de santé pair.es (aussi appelé.es pair.es-aidant.es) et les enjeux liés à leur intégration en tant que personnes accompagnatrices de la santé mentale.

La pair-aidance interroge la manière dont la pratique psychiatrique est conçue, en mettant l'accent sur le soutien et l'entraide entre personnes ayant une expérience commune vécue de troubles psychiatriques. Elle réactualise l'idée d'une « communication amicale et fréquente » bénéfique pour les patient.es, en proposant une relation avec un.e pair.e ayant un parcours similaire et servant de modèle d'identification et de motivation (Bertaud, 2021, p.24). Dans la pratique, les pair.es-aidant.es utilisent et partagent leurs propres expériences psychiatriques pour servir de modèle et offrir inspiration, soutien et information. Leur savoir expérientiel est donc la compétence principale, valorisée dans leur formation. Ce savoir permet aux patient.es de mieux comprendre et d'accepter leurs difficultés, notamment via une offre d'ateliers et d'éducation thérapeutique (Sédan-Miegemolle, 2022). De plus, les médiateur.ices de santé-pair.es (MSP) sont formé.es pour travailler comme intermédiaires entre le personnel soignant et les usager.ères. Un de leurs rôles clés est de traduire le langage médical aux usager.ères et de « casser la barrière symbolique » entre soignant.es et soigné.es, rendant ainsi les soins plus accessibles (Sédan-Miegemolle, 2022, p.5). Ces personnes sont perçues comme un levier pour faire évoluer les pratiques psychiatriques vers des échanges plus égalitaires au sein des institutions. Les pair.es-aidant.es sont considéré.es comme une pierre angulaire pour faire basculer les institutions vers ce paradigme du rétablissement et de l'*empowerment* (Niard & Franck, 2020, p.53).

Malgré une reconnaissance croissante dans les textes officiels depuis le début de la pandémie, le statut et le positionnement des pair.es-aidant.es au sein des équipes sont sources de nombreuses interrogations. La question se pose de savoir si un.e pair.e-aidant.e salarié.e peut encore être « pair.e ». Leur mission, leur mode de recrutement, leur lien hiérarchique et leurs fiches de poste sont souvent flous (Bertaud, 2021, p.20). De plus, l'intégration des personnes paires-aidantes n'est pas toujours facile et peut faire face à la

résistance, voire à l'hostilité du personnel soignant. Les équipes rapportent se sentir surchargées pour intégrer ces nouveaux professionnels, et expriment parfois de l'incompréhension quant à l'intérêt d'un.e ancien.ne patient.e pour aider d'autres patient.es (Sédan-Miegemolle, 2022, p.7).

En conclusion, l'intégration des pair.es-aidant.es vise à transformer les dynamiques de soins en favorisant une approche centrée sur le rétablissement, l'espoir et le partage d'expériences. Cependant, elle est confrontée à des défis majeurs liés à la reconnaissance de leur statut, à la résistance des équipes soignantes face au changement des pratiques établies, et à la nécessité de préserver l'authenticité de leur rôle face aux risques de formalisation excessive.

L'apprentissage informel, en premier lieu, met en évidence la dimension relationnelle et solidaire du soin : il valorise la transmission de savoirs entre pair.es-soignant.es, inscrivant le « prendre soin » dans une dynamique collective qui répond à la vulnérabilité partagée des patient.es et des professionnel.les. Cette logique de coopération ouvre la voie à des pratiques contextualisées et sensibles aux réalités locales. La sagesse pratique, ensuite, propose une posture prudente et réflexive face à la technicisation et à la bureaucratisation des soins. Elle invite à considérer la singularité des parcours et des contextes sociaux, favorisant des décisions adaptées et inclusives, essentielles dans un cadre marqué par des héritages coloniaux et des inégalités structurelles. Enfin, la pair-aidance et le rôle des médiateur.ices de santé pair.es introduisent une rupture dans les hiérarchies traditionnelles du soin en valorisant le savoir expérientiel. Cette approche, centrée sur le rétablissement et l'*empowerment*, contribue à réduire la stigmatisation et à instaurer des relations plus horizontales, en phase avec une éthique du *care* attentive aux voix et aux vécus des personnes concernées. Ensemble, ces perspectives offrent des leviers pour modeler un accompagnement en santé mentale qui conjugue attention, auto-détermination et respect du parcours respectif des patient.es.

En Martinique, la formation d'infirmière en pratique avancée vient compléter celle de médiateur.trices en santé-pair.es et est accueillie comme un nouveau mode de prise en

charge de la patientèle, global et pluridisciplinaire⁴. Une revue de la littérature réalisée en 2023 par Valérie Clavot et Jonathan Biglietto, infirmier.ères en pratique avancée (IPA) respectivement au Centre Hospitalier Maurice Depsinoy (CHMD) et au Groupe Hospitalier Universitaire (GHU) de Paris montre qu'augmenter les connaissances et les compétences des professionnel.les de la psychiatrie joue un rôle déterminant dans la réduction de la stigmatisation des patient.es. L'intégration des nouveaux professionnels de la santé tels que les médiateur.trices de santé-pair.es (MSP) peut favoriser la lutte contre la stigmatisation (Clavot et Biglietto, 2023). Plus récemment, quelques articles faisant l'état des lieux de l'accompagnement thérapeutique en France hexagonale et en Martinique recensent l'émergence de nouveaux dispositifs adaptés au contexte particulier des territoires dits d'outre-mer dans les parcours de soins psychiatriques.

Dans cette seconde sous-partie, nous étudierons l'évolution de l'articulation en réseau du soin psychiatrique depuis l'époque précoloniale, qui amène à un pluralisme des professions dans les pratiques d'accompagnement de la santé mentale en Martinique.

2.2.2. Un accompagnement basé sur l'agentivité, l'autonomisation et l'« empowerment » : du « pluralisme thérapeutique » aux transformations nécessaires dans la pratique du soin en institution

En retraçant l'histoire de la psychiatrie martiniquaise, quelques anthropologues et ethnologues de la santé parviennent à identifier les formes de thérapies ayant encadré le soin du trouble psychique précolonisation (Eynaud, 2015 ; Benoist, 2015). Parmi eux, Michel Eynaud soutient que les migrations connues par la Martinique depuis l'époque précoloniale ont façonné les approches thérapeutiques et les systèmes de soins médico-psychologiques au travers du phénomène de la créolisation (Eynaud, 2015). Ainsi, l'accompagnement de la santé mentale aux Antilles est passé d'un système basé sur des croyances locales et des pratiques traditionnelles à l'introduction forcée d'un modèle

⁴ <https://www.martinique.franceantilles.fr/actualite/sante/des-infirmiers-en-pratique-avancee-pour-une-prise-en-charge-holistique-958526.php>

biomédical colonial appliqué de manière discriminatoire envers les peuples colonisés. Parallèlement, les pratiques non-occidentales (issues d'Afrique, d'Inde et adaptées localement ou des premiers peuples autochtones de l'arc caribéen) ont survécu et évolué (Eynaud, 2015, p.68). Aujourd'hui, il observe un « pluralisme intégratif » où les individus naviguent entre différentes pratiques de soins, reflétant la complexité du tissu social et le processus de créolisation des sociétés antillaises :

« Face au mouvement de créolisation de cette société plurielle, l'anthropologue ou le médecin est contraint de multiplier les angles de vues pour approcher la complexité de l'expression de la maladie, des demandes reçues, des pratiques constatées. Le psychiatre et ses références biomédicales ne sont qu'un des choix possibles dans la succession ou la simultanéité des thérapeutes, dans la multiplicité des parcours et des recours. » (Eynaud, 2015, p.68)

Pour Eynaud, la dimension sociale de la santé mentale, façonnée par le fait historique de la colonisation, reste une réalité évidente. En somme, l'idée d'un accompagnement en santé mentale adapté au contexte socioculturel n'est pas nouveau, mais sa mise en pratique se complexifie au fil des mutations sociopolitiques de l'île. Face à ces changements, c'est la structuration de l'accompagnement qui est en jeu. Comme le relèvent également les recherches de Massé en 2001 et en 2005, elle doit prendre en compte l'agentivité de chaque patient.e, qui s'engage dans un parcours unique en fonction des ressources qui lui sont disponibles :

« [Le cheminement thérapeutique] résulte d'une série de choix faits dans le contexte d'une pluralité d'alternatives et dont la forme finale n'est pas prévisible. Il doit être analysé non plus au niveau d'une macro-analyse de la cohabitation de systèmes de soins autonomes, aux caractéristiques largement incommensurables, mais au niveau d'une analyse micro-sociale fondée sur une approche ouverte de la causalité, sur une micro-contextualisation des choix individuels et des dynamiques non linéaires, imprévisibles. » (Massé, 2005, p.21)

« Leur empirisme sociologique se déploie dans des champs perçus comme complémentaires : celui des remèdes familiaux (plantes, bains, massages), celui des pratiques magico-religieuses quand la résistance fait suspecter une origine surnaturelle, celui de la médecine pourvoyeuse de médicaments efficaces sur le corps, en tous cas sur le visible. Face à eux, les scientifiques font parfois montre de certitudes relevant plus de l'idéologie que de la preuve. » (Eynaud, 2015, p.72)

En résumé, l'accompagnement en santé mentale en Martinique doit tenir compte de ces cheminements complexes, rythmés par des variables socio-culturelles qui ne relèvent pas toujours de savoirs scientifiques médicaux comme définis par les institutions médicales occidentales. Quelques études depuis 2020 se penchent sur les impacts de nouveaux dispositifs d'intégration de ces dimensions socio-culturelles à l'accompagnement. Nous verrons donc que l'adaptation de notions telles que le *case management*, la réhabilitation psychosociale et l'autodétermination sur le territoire donne lieu à des formes d'accompagnement de la patientèle qui soulèvent toutefois des lacunes et des barrières institutionnelles importantes.

Les travaux de Lecardeur et al. (2020), de Zapp (2021) et de Domergue (2024) constituent trois contributions récentes et essentielles à la compréhension des dynamiques contemporaines des soins psychiatriques en Martinique. Publiés à des moments clés du développement de la réhabilitation psychosociale sur le territoire, ces textes interrogent chacun, selon des angles distincts, les conditions d'un accompagnement plus ajusté aux réalités socioculturelles, historiques et subjectives de l'île. Les trois études apportent un éclairage complémentaire sur les transformations nécessaires des pratiques psychiatriques en Martinique. L'article de Lecardeur et al. (2020) interroge l'adaptabilité du modèle de *case management* aux réalités socioculturelles martiniquaises, dans un contexte où la réhabilitation psychosociale se développe progressivement en France et dans les territoires dits d'outre-mer. À partir d'une analyse conceptuelle nourrie par les pratiques professionnelles des soignant.es, les auteur.trices montrent que l'implantation du *case management* dépend étroitement de la prise en compte des valeurs, croyances, langues, modes de vie et héritages historiques propres à l'île, et qu'un placage du modèle occidental compromettrait son efficacité. En 2021, la thèse de Zapp prolonge cette réflexion de manière empirique en évaluant, par une étude quantitative, observationnelle, rétrospective et monocentrique, l'impact d'un dispositif local de réhabilitation psychosociale, le Centre d'Aide et de Réhabilitation de Trinité, sur la consommation d'hospitalisations psychiatriques. Son objectif est de comparer, sur une période de 18 mois, le nombre et la durée des hospitalisations ainsi que les modes légaux de soins entre des patients suivis et non suivis, en s'appuyant sur les dossiers médicaux du Centre

Hospitalier Maurice Despinoy. Enfin, la thèse de Domergue (2024) apporte une perspective plus anthropologique et subjective en cherchant à comprendre comment les trajectoires addictives s'enracinent dans la souffrance sociale et identitaire propre à la société martiniquaise. S'appuyant sur une méthodologie inductive de recherche-action et sur l'analyse de récits de vie, l'auteur explore les dimensions identitaires, symboliques et relationnelles qui conditionnent la motivation au changement, en mobilisant notamment la théorie de l'autodétermination.

Ces trois études, bien que distinctes, convergent vers un même constat : l'évolution des soins psychiatriques en Martinique doit articuler les approches psychosociales avec une compréhension fine du contexte culturel, social et historique de l'île. L'étude de Zapp (2021) montre certes que la réhabilitation psychosociale n'entraîne pas une diminution du nombre d'hospitalisations, mais qu'elle permet des séjours plus courts et un recours plus fréquent aux soins libres, témoignant d'un renforcement de l'autonomie dans le parcours de soins, malgré des limites méthodologiques liées à la taille de l'échantillon. L'article de Lecardeur et al. (2020) souligne quant à lui que toute démarche de coordination et d'accompagnement, comme le *case management*, ne peut être viable sans une harmonisation culturelle, impliquant que les professionnels ajustent leurs pratiques aux représentations, aux traditions et aux dynamiques relationnelles propres à la société martiniquaise, y compris ses dimensions linguistiques, religieuses ou historiques. Enfin, la thèse de Domergue (2024) révèle que les troubles addictifs doivent être compris au prisme de la vulnérabilité sociale, de l'identité précarisée et des héritages coloniaux, et que les dispositifs de soin doivent renforcer les besoins d'autonomie, de compétence et d'appartenance pour soutenir l'émergence d'un changement durable et subjectivement investi.

Ces travaux montrent que le renouvellement des pratiques psychiatriques en Martinique ne peut se réduire à l'importation de modèles standardisés. Il nécessite une réinvention des formes d'accompagnement centrées sur la singularité des parcours et la prise en compte des réalités locales. Par ailleurs, ils font émerger plusieurs limites persistantes : des modèles institutionnels souvent normatifs, un manque de ressources pour structurer

durablement les dispositifs psychosociaux, une insuffisance des données quantitatives et qualitatives robustes, ou encore la faible intégration des dimensions culturelles dans les dispositifs de réhabilitation. Néanmoins, ils ouvrent des perspectives convergentes en faveur d'une psychiatrie plus contextualisée, plus collaborative et davantage orientée vers le rétablissement de la patientèle engagée dans ce cheminement.

Par l'articulation des dimensions cliniques, psychosociales et anthropologiques, ces études contribuent ainsi à poser les bases d'une réflexion sur la mise en pratique du soin pour la santé mentale en Martinique. Cette pratique exige un accompagnement qui doit être empreint de préoccupations éthiques et organisationnelles pour l'application de principes de *care* qui tendent vers un renversement de la colonialité des savoirs en psychiatrie. Cela implique de reconnaître les effets durables des rapports coloniaux sur les identités, les représentations de la maladie et les modes de relation au soin ; de valoriser les savoirs expérientiels et les trajectoires singulières des usagers ; et d'adapter les dispositifs thérapeutiques aux réalités culturelles, linguistiques et communautaires de l'île. Lecardeur et al. (2020) montrent que cette adaptation est indispensable pour garantir l'adhésion aux soins ; Zapp (2021) met en évidence le potentiel émancipateur de la réhabilitation psychosociale dans un système pensé pour favoriser l'autonomie ; Domergue (2024) insiste sur la nécessité de reconstruire l'estime de soi et les appartenances sociales pour lutter contre les vulnérabilités héritées. Ensemble, ces travaux dessinent les contours d'une pratique psychiatrique qui ne vise plus seulement à soigner des symptômes, mais à réparer des liens, à soutenir des identités blessées et à accompagner les personnes dans leur capacité à se réapproprier leur vie. Leur limite commune réside dans le champ de leurs études : aucune d'entre elles ne mettent véritablement en perspective les limites de l'institution dans ces processus d'adaptation. Ce mémoire vient donc apporter un regard critique informé des perspectives de l'innovation sociale pour comprendre comment les transformations dans l'accompagnement s'organisent et s'articulent, et ce qu'elles engendrent pour l'institution psychiatrique.

En France, un Fonds d'innovation organisationnelle en Psychiatrie (FIOP) a été lancé depuis 2019 afin de « garantir un meilleur parcours thérapeutique médicamenteux, renforçant la prise en charge psychiatrique de publics spécifiques tels que les personnes placées sous-main de justice, les personnes en situation de handicap ou encore les femmes victimes de violence, renforçant l'accès aux soins somatiques ou encore la prévention et la gestion de crise »⁵. En 2020, le projet de réhabilitation psychosociale appelé « Le Village du Rétablissement », lancé par l'association Tombolo, reçoit cette subvention de l'ARS Martinique. Il est décrit comme « un lieu résidentiel, alternative positive à l'hôpital psychiatrique, foisonnant d'activités afin de stimuler la reprise d'un rythme actif, en faisant le lien avec la cité par des interactions sociales et culturelles »⁶. L'appellation de « village » pour désigner ici un lieu alternatif pour la santé mentale n'est pas sans rappeler la création de villages thérapeutiques dans les années cinquante, d'abord au Nigéria, puis au Sénégal (par l'ethnopsychiatre Henri Collomb) et au Mali. Pour cette dernière partie, nous irons donc en Afrique de l'Ouest, pour comprendre comment l'aménagement de dispositifs alternatifs et imprégnés des références culturelles locales permet d'aborder le soin de la santé mentale de façon innovante.

2.2.3. S'éloigner de la psychiatrie coloniale : les villages thérapeutiques à Bamako (Mali) et à la clinique de Fann (Sénégal)

L'histoire de la psychiatrie au Sénégal et au Mali coïncide sur beaucoup de points avec le contexte martiniquais, du fait de l'histoire commune de la colonisation par la France jusqu'aux années soixante dans la région. Véronique Petit, professeure en démographie à Paris, décrit le paysage thérapeutique sénégalais comme un espace où « les individus expriment des troubles psychiques qui traduisent leurs difficultés face à un environnement qu'ils ne parviennent plus à maîtriser alors que les institutions attendent d'eux qu'ils s'ajustent à de nouvelles injonctions et qu'ils soient performants. » (Petit, 2019, p. 23). Face à la négligence des institutions, « les personnes malades sont amenées à entreprendre des circulations plurielles afin d'expérimenter des solutions alternatives en mobilisant les

⁵ <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/Feuille-de-route-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-11179/article/innovation-et-recherche-en-sante-mentale-et-psychiatrie>

⁶ Ibid.

ressources de leurs territoires et leurs réseaux à différentes échelles, en particulier locale et régionale. » (ibid, p. 24).

Trois articles (Bondaz & Jeannet, 2013 ; Ory, 2017 ; Petit, 2019) présentent l'aménagement de villages thérapeutiques à Bamako au Mali, et à la clinique de Fann au Sénégal. L'appellation « village thérapeutique » fait référence à un modèle de prise en charge de la santé mentale qui s'inspire ou reproduit l'organisation et les dynamiques sociales d'un village traditionnel, dans le but de favoriser la guérison et la réintégration des patients. Au Mali, l'initiative du *koteba* thérapeutique à l'hôpital psychiatrique de Bamako a introduit le théâtre villageois comme une « mise en séance » dont l'efficacité est avant tout relationnelle, transformant le rôle des patient.es en les plaçant, de manière métaphorique, au sommet du système villageois. Bondaz & Jeannet décrivent son organisation comme un lieu alliant prise en charge thérapeutique et mise en scène théâtrale :

« La relation thérapeutique s'inscrit en effet dans une dimension collective et est susceptible de renvoyer à des relations de pouvoir qui sont spécifiques au contexte malien. Entre ethnopsychiatrie et ethnoscéniologie, la référence au village permet ainsi de mieux comprendre l'efficacité relationnelle potentielle d'un tel dispositif thérapeutique. » (Bondaz & Jeannet, 2013, p.249)

Au Sénégal, l'approche pionnière du psychiatre Henri Collomb à partir de 1965 a cherché à établir un continuum entre l'hôpital et la société, en institutionnalisant la présence d'un accompagnant familial auprès de chaque patient.e et en promouvant des villages thérapeutiques pour une réinsertion sociale progressive. Son approche se situe en rupture avec la psychiatrie coloniale (Ory, 2017 ; Petit, 2019). Aujourd'hui, des marabouts sénégalais revendiquent cet héritage, proposant des structures où les personnes malades sont intégrées dans des collectifs, participant aux activités quotidiennes de la cité.

Cette approche marque une rupture significative avec les modèles asilaires et purement biomédicaux traditionnels. Son caractère novateur réside dans sa capacité à intégrer les

dimensions socio-culturelles dans le processus de soin, en s'inspirant ou en reproduisant l'organisation et les dynamiques des communautés traditionnelles :

« En réintroduisant du collectif, du public, le *koteba* thérapeutique renoue avec des formes de prise en charge traditionnelles. L'individu n'est pas seul face à ses problèmes mais s'appuie sur les autres pour les résoudre. Par le jeu et parallèlement au *koteba* villageois qui permet de réguler les conflits sociaux, le *koteba* thérapeutique peut tendre vers un apaisement des conflits psychiques. » (Bondaz & Jeannet, 2013, p.240)

Toutefois, ces approches d'accompagnement présentent quelques limites. Premièrement, le manque de moyens financiers et d'adhésion des psychiatres nationaux à l'époque a conduit à leur interruption, ce qui pose la question de la pérennisation de tels dispositifs. Aussi, bien que l'objectif soit la réinsertion sociale des personnes soutenues, le processus peut être long et incertain, et les familles peuvent interrompre le traitement lorsque le patient semble « aller mieux », provoquant de nombreuses rechutes (Petit, 2019, p.22). Finalement, ces pratiques peuvent aussi être un recours contraint et subi par les familles, souvent après des années de quêtes thérapeutiques coûteuses et chaotiques. Les villages thérapeutiques portent tout de même un stigmatisme persistant et sont parfois considérés comme des lieux où les patients sont abandonnés, et donc davantage marginalisés (ibid, p.20).

En somme, alors que ces deux modèles partagent une quête commune de soins de santé mentale adaptés culturellement et socialement, le *koteba* thérapeutique représente une innovation au sein d'une structure hospitalière, utilisant la culture pour l'*empowerment* de la patientèle, tandis que les villages thérapeutiques au Sénégal sont une forme de recours traditionnelle et communautaire, fonctionnant en parallèle du système médical formel, parfois avec des pratiques encadrées avec un souci de l'inclusion sociale et du mieux-être psychique des personnes accompagnées. Dans les deux cas, l'étude de ces dispositifs mettent en avant une dimension collective de la santé mentale, très peu explorée en Afrique de l'Ouest. Les deux peuvent être vues et mobilisées comme des tentatives de pallier les insuffisances ou les lacunes du système psychiatrique occidental, qu'il s'agisse de l'isolement des patients ou de l'inaccessibilité et la stigmatisation des soins. Même si

les articles sur les villages thérapeutiques ne se prononcent pas sur l'efficacité thérapeutique du dispositif (les chercheur.euses nomment explicitement cette limite), ils permettent d'explorer son potentiel transformateur pour un possible rétablissement des usager.ères et à ouvrir des pistes de recherche sur le sujet. Ils constituent des exemples inspirants de pratiques thérapeutiques, cohérents avec le contexte martiniquais par leur mobilisation des coutumes locales. Aussi, cela permet de comprendre à quoi peut ressembler la rupture avec la psychiatrie coloniale, et l'aménagement de dispositifs d'accompagnement innovants.

2.3. Conclusion

Cette revue de littérature montre que le *care* et de la décolonialité sont deux approches qui, bien que présentes aujourd'hui dans la littérature existante sur l'accompagnement de la santé mentale, ne sont pas dominantes : elles s'immiscent dans des pratiques de soins reposant encore majoritairement sur la médecine biomédicale. Toutefois, on note que depuis 2015, l'approche du *care* en particulier est de plus en plus mobilisée comme lunette d'analyse en recherche qualitative en France. Des études sont réalisées par des infirmier.ères, des psychologues et des psychiatres de l'école du rétablissement, à travers des articles publiés en milieux universitaires ou dans des revues scientifiques. Leurs travaux abordent leurs expériences en tant que personnes accompagnatrices porteuses de changement, mais aussi comme encadrantes de nouvelles professions (infirmier.ère en pratique avancée, médiateur.trice santé-pair.es, *case manager*). Elles donnent lieu à des explorations sur la qualité des soins, et présentent la possibilité d'accompagner avec attention, bienveillance et surtout avec confiance dans la possibilité pour la patientèle de retrouver une autonomie et un pouvoir d'agir, longtemps dénié par l'institutionnalisation systématique.

D'autre part, il faut souligner l'absence notable des termes « décolonial/décolonialité » dans la littérature existante en psychiatrie. En Martinique, l'impact de la situation néocoloniale sur la prise en charge du trouble psychique a souvent été étudié par des anthropologues, ethnologues et sociologues étranger.ères au début des années 2000. Bien que les écrits du psychiatre martiniquais Fanon refont surface ces cinq dernières années,

ses contributions contemporaines pour le contexte martiniquais sont assez limitées, dans la mesure où les chercheur.euses antillo-guyanais.es en milieu médical ne mobilisent pas ses écrits dans leur analyse. En sciences médicales et psychiatriques, un intérêt se dessine tout de même pour l'aménagement de meilleurs dispositifs d'accompagnement de la patientèle martiniquaise.

Même lorsque les termes de *care* et de décolonialité ne sont pas explicitement utilisés, il y a donc une volonté et un souci croissants de mieux accompagner dans les récits des personnes chercheuses et soignantes, qui rejoint l'idée d'un souci pour la santé collective, priorisant les réalités des personnes malades concernées. Il reste toutefois de nombreuses zones d'ombre, notamment sur les modalités de la relation accompagnant.es/accompagné.es, sur la qualité des soins donnés et reçus, ainsi que sur l'évaluation des dispositifs mis en place récemment dans l'accompagnement. En Martinique, aucune de ces trois dimensions n'a fait l'objet d'études qualitatives ou quantitatives à ce jour. Additionnellement, aucune approche d'innovation sociale n'a encore été mobilisée pour étudier ces dimensions.

En somme, on observe plusieurs difficultés dans la mise en pratique d'un accompagnement qui soutient les besoins complexes du parcours thérapeutique de chaque patient.e. Les carcans institutionnels rigides, les protocoles de soins désuets établis avant la départementalisation ainsi que les réticences de professionnel.les habitué.es aux schémas traditionnels rendent la tâche ardue et ralentissent l'adaptation d'approches qui pourraient diversifier l'accompagnement et le rendre accessible et efficace. Cette résistance est directement liée au système néocolonial capitaliste occidental ; alors que les recherches en sciences humaines et sociales montrent clairement ce lien, le domaine des sciences médicales en France ne l'aborde pas.

L'aménagement d'un accompagnement innovant en contexte néocolonial est donc chose difficile, mais pas impossible. L'intégration d'approches décoloniales dans les pratiques de soins sur le continent africain et l'intérêt de dispositifs ancrés dans une logique de réhabilitation psychosociale en Martinique montrent que cela requiert la collaboration

d'un écosystème d'accompagnement intégratif et une compréhension exhaustive des contextes culturels des territoires concernés. Si l'on considère les études menées ces dix dernières années en Martinique (toutes méthodologies confondues), il y a une tendance marquée vers la nécessité de convoquer des approches sociologiques, anthropologiques et ethnologiques pour compléter les résultats de la recherche biomédicale et épidémiologique en Martinique (Charles-Nicolas, 2015 ; Lecardeur, 2020 ; Roelandt et al., 2022).

C'est dans cette nécessité de perspectives multidisciplinaires que s'inscrit ce mémoire. L'articulation des nouvelles approches en santé collective, des sciences humaines et sociales et de l'innovation sociale nous permet de proposer un cadre d'analyse qui interroge non seulement les pratiques de soin existantes, mais aussi les rapports de pouvoir qui les traversent. En mobilisant les approches institutionnalistes de l'innovation sociale, l'éthique du *care* décoloniale, et la *tecnologia social*, il s'agira de questionner comment les dispositifs d'accompagnement peuvent être repensés pour restaurer l'autonomie des personnes concernées, reconnaître leurs savoirs situés et rompre avec les logiques héritées de l'institution psychiatrique coloniale.

Le chapitre suivant présente le cadre théorique mobilisé pour ce mémoire. Elle explicite les concepts centraux d'innovation sociale, de *care*, de décolonialité et de *tecnologia social*, et montre comment leur articulation permet de construire une grille de lecture critique et compréhensive pour analyser l'accompagnement de la santé mentale en Martinique.

Chapitre 3 – Cadre théorique

À l'issue de notre revue de littérature, nous avons pu constater que les recherches des dix dernières années convergent vers la construction de meilleures approches pour accompagner la santé mentale des usager.ères. Les approches liées au rétablissement et à la réhabilitation psychosociale sont de plus en plus populaires et font l'objet d'études en milieu hospitalier. Dans les anciens pays colonisés, l'intégration de notions comme le *care* et la décolonialité dans les pratiques de soins montrent une volonté de mieux accompagner les personnes malades en plaçant leurs réalités et la santé collective au centre des pratiques. Néanmoins, en Martinique, aucune étude qualitative ou quantitative n'a encore examiné les modalités de la relation soignant.es/patient.es, la qualité des soins ou l'évaluation des dispositifs en santé mentale déployés depuis cinq ans. Les études portant sur des cas concrets sont également rares. Pour construire un cadrage théorique sur ce sujet, il a donc fallu se poser la question : dans quel contexte l'accompagnement de la santé mentale s'organise-t-il en Martinique ? Et quels sont les approches récentes en sciences sociales donnant des outils d'analyse pour saisir ce qui constitue de meilleures pratiques d'accompagnement ? Ce chapitre vise à apporter des éléments de réponse à cette question.

3.1. Genèse du cadrage théorique et choix de l'abduction pour sa construction

En réfléchissant à mon sujet de recherche, je me demandais quelles formes d'innovation sociale prenaient place dans le milieu de la santé en Martinique, voire si le terme avait lieu d'être. Étant donné que l'angle de l'innovation sociale pour analyser la dimension de l'accompagnement n'a jamais été mobilisé dans la recherche existante, j'ai d'abord choisi de comprendre s'il y avait d'autres façons de la décrire dans la littérature grise. Je suis tombée sur l'extrait d'une émission de Radio-Caraïbes-International (RCI), portant sur un projet de « Village du Rétablissement », qui était qualifié de « véritable innovation sociale » par l'un de ses fondateurs, psychiatre au Centre Hospitalier Maurice-Despinoy⁷.

⁷ <https://rci.fm/martinique/infos/Sante/Sante-mentale-une-psychiatrie-ouverte-sur-la-cite>

Le projet avait été sélectionné pour un financement de trois ans au Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP), visant à financer des projets garantissant un meilleur parcours thérapeutique pour les usager.ères. Le Village du Rétablissement était également mentionné dans le film documentaire « *Mantjé Tonbé Sé Viv (Danser La Chute)* » (2023), que j'avais déjà visionné à sa sortie en mai 2023. Étant donné que le cas du Village du Rétablissement n'avait jamais été étudié dans la littérature académique, j'ai jugé qu'afin d'être juste dans mon approche vis-à-vis du terrain, il était plus approprié dans ma posture de mener une étude exploratoire, et de comprendre comment ce projet inédit s'articule.

La construction de ce cadrage théorique s'inscrit ainsi dans une posture abductive, qui privilégie un va-et-vient constant entre les données empiriques et les apports conceptuels. Contrairement à une démarche déductive où le cadre théorique est fixé en amont pour orienter la vérification d'hypothèses, ou inductive, où l'on part des données empiriques pour faire émerger des généralisations, l'approche abductive vise à formuler des explications plausibles à partir d'observations issues du terrain (Dubois & Gadde, 2002). Ainsi, le cadrage théorique élaboré ici ne constitue pas un modèle prescriptif, mais un « dispositif de sensibilité » (Dubois & Gadde, 2014), mobilisé pour éclairer la compréhension de notre sujet.

Les principes du rétablissement et les approches décoloniales ont d'abord servi de points d'appui pour observer et identifier les dimensions saillantes du terrain. Je pensais alors que les approches émancipatrices de l'innovation sociale (Lachapelle, 2019 ; Dufort, 2022) étaient les plus à même de conceptualiser ce qui se passait au Village du Rétablissement (VDR), car je n'avais pas encore assez d'éléments sur son contexte, ni sur sa relation avec l'institution psychiatrique qui l'encadrait. Mes rencontres et entrevues avec les acteur.trices terrain ont révélé les limites de ma perspective initiale. Au fil de mes réflexions, de mes recherches et de mes échanges avec les membres du Village du Rétablissement, il m'est apparu évident que, d'une part, les spécificités du contexte dans lequel la prise en charge du trouble psychique s'est institué en Martinique sont toujours bien actuelles. Dans la mesure où la Martinique n'a pas connu de véritable rupture avec

l'État français (comme une indépendance politique et économique), les évolutions historiques n'ont donné lieu qu'à des réformes : la départementalisation n'a pas effectivement résolu la question coloniale. Bien que l'on observe des formes d'émancipation prenant la forme d'associations et de collectifs, le domaine de la santé est encore entièrement géré par les institutions de santé, dont l'administration et l'organisation sont régies par le ministère de la Santé français. Le projet du Village du Rétablissement a d'ailleurs pu se mettre en place grâce à l'allocation financière du FIOP, venant de ce ministère. Son organisation s'est également élaborée sur les lieux de l'institution psychiatrique, même si ses pratiques en diffèrent. Pour construire un cadre théorique adapté à ce contexte, les approches françaises de l'innovation sociale institutionnaliste (Richez-Battesti, Petrella et Vallade, 2012 ; Besançon et Chochoy, 2015) se sont donc présentées comme davantage pertinentes.

À la lumière des données recueillies, ce processus d'allers-retours continus entre théorie et terrain a permis de faire émerger un cadre d'analyse à la fois ancré dans les réalités locales et nourri par des références conceptuelles issues des approches de l'innovation sociale institutionnaliste, de l'éthique du *care* décoloniale et de la *tecnologia social*. Le cadrage théorique qui en résulte est donc le produit d'un raisonnement abductif : il s'est progressivement articulé et stabilisé à mesure que certaines hypothèses explicatives se révélaient plus pertinentes que d'autres pour rendre compte des pratiques observées au Village du Rétablissement. Cette posture épistémologique permet de reconnaître la part de créativité et d'incertitude inhérente à la compréhension de l'innovation sociale en santé mentale, tout en articulant rigoureusement le terrain et la théorie.

Le déroulement de ce troisième chapitre suit donc le fil de ma réflexion. Dans un premier temps, nous présenterons deux approches institutionnalistes de l'innovation sociale (Richez-Battesti et al., 2012 ; Besançon et Chochoy, 2015). Pour la construction de nos catégories d'analyse, nous nous appuierons sur les outils d'analyse proposés dans cette seconde approche. Dans un deuxième temps, nous définirons le terme « éthique du *care* décoloniale », amené par Salamanca Gonzalez en 2021, et nous justifierons ses apports, sa portée théorique et sa conceptualisation pour la santé mentale dans le contexte

néocolonial martiniquais. Ensuite, nous verrons comment les approches décoloniales viennent questionner l'innovation sociale. En ce sens, il existe des approches décoloniales de l'innovation sociale, basées sur une valorisation de la *tecnologia social* (Pozzebon et al., 2018, 2021, 2025 ; Tello-Rozas, Manon et Autin, 2025) dans une logique de justice épistémique et de co-construction des savoirs et des pratiques. Cela nous permettra notamment d'affiner notre cadre d'analyse pour le VDR, que nous exposons en dernière partie de ce troisième chapitre. L'innovation sociale et la décolonialité décrivent rarement des formes rigides, finales ou le résultat d'un phénomène donné. Nous les comprenons ici plutôt comme des démarches, processus et dynamiques qui existent dans plusieurs champs à la fois, et qui s'organisent selon les acteur.ices et les moyens du terrain, dans une logique interactionniste et dialectique.

3.2. L'innovation sociale comme système territorialisé, inclusif et participatif

Selon Bouchard et Lévesque (2013), l'innovation sociale désigne un « processus collectif d'expérimentation et d'institutionnalisation de nouvelles réponses à des besoins sociaux, permettant de transformer les rapports entre acteurs et de renforcer la cohésion sociale ». Leur approche conçoit l'innovation sociale comme un moteur de changement institutionnel : les innovations émergent de la société civile, puis se stabilisent par la co-construction entre des entités d'acteur.trices publics, marchands et communautaires. Dans cette perspective, le changement social s'opère de manière progressive et partenariale, dans un cadre où la coopération prime sur le conflit. Toutefois, cette lecture tend à neutraliser la dimension politique de l'innovation. Comme le soulignent Richez-Battesti et al. (2012), les processus d'innovation sociale ne sont pas seulement co-constructifs : ils sont traversés par des tensions, des rapports de pouvoir et des luttes de légitimation. L'innovation sociale constitue donc un « espace de confrontation entre logiques économiques, sociales et politiques » et non un simple ajustement institutionnel, qui se voudrait linéaire et constructiviste. Ainsi, si Bouchard et Lévesque mettent en lumière la fonction intégratrice de l'innovation sociale, l'approche de Richez-Battesti et al. (2012) paraît plus pertinente pour en saisir la portée critique, puisqu'elle reconnaît son potentiel de contestation et de reconfiguration institutionnelle. Mettre de l'avant la dimension

politique et critique de l'innovation sociale dans l'accompagnement de la santé mentale en institution psychiatrique en Martinique est essentiel, car les pratiques de soins ne peuvent être dissociées de l'histoire coloniale, des rapports de pouvoir et des inégalités structurelles qui traversent le territoire. L'approche critique de Richez-Battesti et al. (2012) permet d'interroger les normes psychiatriques dominantes, souvent importées de contextes métropolitains, et leur adéquation avec les réalités sociales, culturelles et économiques martiniquaises. L'innovation sociale, envisagée comme un processus politique, ouvre ainsi la possibilité de co-construire des formes d'accompagnement plus émancipatrices et transformatrices, en reconnaissant les savoirs expérientiels des personnes concernées et en luttant contre les logiques de stigmatisation, de contrôle et de marginalisation encore présentes dans l'institution psychiatrique.

L'approche institutionnaliste de l'innovation sociale de Richez-Battesti, Petrella et Vallade (2012) se concentre sur le processus de l'innovation sociale, en insistant particulièrement sur son aspect collectif et sur la transformation sociale comme finalité à laquelle participent les initiatives. Cette conception inclut les approches considérant l'innovation sociale « comme susceptible de porter les germes d'une transformation sociale soutenable centrée sur la participation de parties prenantes multiples et sur la démocratie dans les territoires » (Richez-Battesti et al., 2012, p.16). Bilodeau et Durand-Folco (2025) la classifient comme une approche s'appuyant sur les nouvelles pratiques sociales portées par ce processus de participation démocratique. Dans cette perspective, l'innovation sociale est abordée comme une catégorie de nature explicative qui englobe de nouveaux lieux, procédés et services, souvent expérimentés à la suite d'une pression du mouvement social, tels que les mouvements de femmes, de travailleurs, des classes populaires et des consommateurs (Favreau, 2005 ; Tremblay, 2015). Ces nouveaux processus participent à la transformation des rapports sociaux. Cette compréhension de l'innovation sociale rappelle le processus de désinstitutionnalisation de la psychiatrie, qui a donné naissance à l'approche du rétablissement dans les années 1980 en Amérique du Nord et en Europe. Alors que les principes et les pratiques émergents sont documentés dans la littérature en France, on dispose de moins d'éléments sur ce que cela implique pour l'organisation des soins de santé sur les territoires dits d'outre-mer. Cette approche de l'innovation sociale

nous permet ainsi de comprendre les spécificités de la mise en organisation de ces nouveaux lieux et procédés en Martinique, en relation avec l'institution psychiatrique.

Au-delà de cette finalité de transformation, l'innovation sociale selon les autrices se caractérise par la combinaison d'un usage et d'un processus collectifs fondés, soutenus par l'association et la participation active des parties prenantes. Par conséquent, elle s'inscrit dans un « système d'innovation localisé, au sens d'organisation des coopérations entre acteurs sur un territoire donné » (Richez-Battesti et al., 2012, p.22). Les expérimentations se déroulent donc au niveau local, et prennent vie dans un « terreau politique, social, culturel plus ou moins fertile ou hostile » (Richez-Battesti et al., 2012, p.22). L'approche institutionnaliste met donc l'accent sur le caractère collectif et évolutif de l'innovation sociale. Elle considère les processus de coordination, de négociation et d'ajustement entre acteurs comme essentiels à son développement. Cette approche de l'innovation sociale est donc essentielle pour saisir les zones de possibilité et de tension que contient l'innovation sociale en milieu de soins de santé. Eynaud (2015) souligne la pluralité des approches thérapeutiques dans l'organisation des soins de santé en Martinique, liée aux migrations engendrées par la colonisation. L'institution psychiatrique est animée par la congrégation des approches thérapeutiques de praticien.nes venu.es de France hexagonale, de soignant.es ayant vécu le fait de la colonisation en Martinique, et de patient.es marginalisé.es en tant que personnes malades, mais aussi en tant qu'anciens sujets coloniaux. Il sera donc intéressant d'analyser ce processus de cohabitations, de négociations et de tensions, et ses implications pour l'accompagnement de la patientèle.

Par la suite, Besançon et Chochoy (2015) reprennent l'importance du contexte institutionnel et local dans lequel l'innovation sociale se développe et se traduit. Ils s'accordent sur le fait que le processus d'innovation sociale dépend du territoire donné et nécessite donc de constituer un espace coopératif entre les acteur.trices locaux, répondant à une logique de proximité. Il doit également s'exprimer « au travers d'une gouvernance élargie et participative qui intègre les différents réseaux territoriaux, sans oublier les usagers ni les salariés » (Besançon et Chochoy, 2015, p.83). Les auteur.trices ajoutent que la nouveauté de l'innovation sociale relève de la « mise en œuvre de pratiques en rupture

avec les usages dans un milieu donné (rupture contextualisée) » (Besançon et Chochoy, 2015, p.83). Cette vision soutient que l'innovation sociale est fortement ancrée sur le territoire d'où elle a émergé, la question de son essaimage et de sa diffusion étant un défi majeur. Elle cherche donc à favoriser la construction d'une institutionnalisation de l'innovation sociale qui se veut positive et qui permet d'introduire un véritable changement institutionnel.

Tableau 1 – Caractérisation de l'approche institutionnaliste de l'innovation sociale

Source : Besançon et Chochoy, 2015, p.84

Dimensions de l'innovation sociale	Éléments de caractérisation liés à l'approche institutionnaliste
Contexte d'émergence	Rupture contextualisée des pratiques, besoin social, aspiration sociale
Processus	Ancrage territorial, gouvernance élargie et participative, modèle économique pluriel
Résultats	Logique d'accessibilité, logique de service, finalité sociale
Impacts directs	Sur les individus, les organisations, les territoires
Éléments de diffusion et de changements	Logique d'apprentissage des pratiques, d'essaimage, de sélection par les pouvoirs publics

Cette grille nous donne une vue d'ensemble des dimensions qui concernent l'innovation sociale en milieu institutionnel. À partir de la rupture avec les pratiques normatives et usuelles de l'institution, elle permet d'appréhender le processus de mise en œuvre de nouvelles pratiques, et les dimensions concernées par les changements opérés dans l'organisation des soins de santé.

Ces deux conceptions de l'innovation sociale permettent donc d'appréhender l'innovation sociale comme (1) la pratique d'usages ayant lieu dans un contexte, un espace, un milieu donné où (2) la rencontre d'acteur.trices locaux.ales qui entrent en relation étroite, en coopération et parfois en conflit dans ce processus. Dans notre revue de littérature, nous avons vu que la constante proximité entre patient.es et soignant.es donne lieu à l'introduction de nouvelles pratiques comme le *care*, la sagesse pratique, l'apprentissage informel. Ces pratiques se formalisent au gré des observations, des besoins et des évolutions des personnes au sein des institutions psychiatriques, mais aussi au fur et à

mesure que les relations de confiance se tissent entre acteur.trices. Il y a finalement une dimension de l'accompagnement en santé mentale qui prend des formes intangibles et immatérielles, qu'il est parfois difficile voire impossible de mesurer dans la pratique du soin. Si l'innovation sociale constitue un système territorialisé, inclusif et participatif, en lien direct avec son contexte propre, il convient de se poser la question du dialogue que les outils et dispositifs d'accompagnement en santé entretiennent avec le territoire martiniquais, marqué par la colonisation, dont les institutions psychiatriques sont particulièrement symboliques. Aussi, à ce jour, l'innovation sociale en santé mentale est un sujet généralement peu exploré. Quelles sont donc les considérations particulières liées au domaine de la santé ? Étant donné que ces deux approches d'innovation sociale datent de presque 10 ans, et qu'elles sont occidentalo-centrées, il m'a paru nécessaire de diriger un peu plus ma réflexion vers les épistémologies du Sud pour saisir la dimension humaine et relationnelle qu'implique le processus de « prendre soin ». Les réflexions autour de l'éthique du *care* et de la décolonialité en Amérique latine offrent une ouverture intéressante à ce sujet.

3.3. L'éthique du *care* décoloniale, une façon de situer la colonialité dans les soins de santé

Théorisée dans les années 1980 par Carol Gilligan, la notion d'éthique du *care* établit la conceptualisation politique des activités pratiques de soin, majoritairement prodiguées par les femmes. Au fil des écrits, ce concept nourrit les réflexions éthiques sur les relations, l'attention aux autres et la responsabilité affective comme activités sociales et politiques essentielles au bien-être sociétal (Tronto, 1993 ; Laugier, 2010 ; Molinier, 2016). Il est également enrichi par les perspectives féministes décoloniales et intersectionnelles, mettant en avant la négligence institutionnelle et instrumentalisée des personnes marginalisées par la colonisation et la traite négrière transatlantique (Hill Collins, 1990, 2020 ; James, 1999). La définition de l'éthique du *care* décoloniale de la chercheuse Maria Grace Salamanca Gonzalez (2021) prend en compte ces dimensions sociohistoriques. En ce sens, l'éthique du *care* peut être définie comme l'ensemble de valeurs, postures, dispositions et aménagements encourageant le souci de l'autre (en particulier l'autre

marginalisé et vulnérable), suscitant une affinité pour la sollicitude et la compassion au niveau sociétal. Cette affinité décrit une disposition alliant raison et sens, considérant le corps et ses représentations individuelles en rapport au corps collectif formé en société (Salamanca Gonzalez, 2021).

Mobiliser une éthique du *care* décoloniale implique de prendre en compte la diversité des réalités d'un territoire donné, et d'identifier leur impact en relation avec son contexte socioculturel exact sur la vie sociale. Même si les premières formes de théories décoloniales dans la sphère académique voient le jour depuis les années 2010, elles s'établissent historiquement à partir des mouvements sociaux, de la réclamation, et de la réappropriation des savoirs et des pratiques transformatrices qui se font depuis les années 1990, en particulier dans les pays du Sud (Colin & Quiroz, 2023). Dans sa théorisation par Quijano et Ennis (2000), la recherche décoloniale se base sur le contexte présent, témoignant des formes de colonisation qui ont commencé en 1492 et qui sont toujours en cours. Dans le cas de la Martinique, la théorie décoloniale est apparente dans les écrits des penseurs de la négritude, tels que Jane et Paulette Nardal (1929) et Aimé Césaire (1935-1956). Ainsi, nous considérons ici la décolonialité comme une lunette d'analyse prenant en compte le contexte colonial dans lequel s'est institué l'accompagnement institutionnel du trouble psychique, et l'éthique du *care* décoloniale, comme les valeurs et pratiques soutenant et entourant le soin curatif et permettant le rétablissement des personnes affectées par la violence épistémique de la colonisation.

Pour la question de l'accompagnement de la santé mentale en Martinique, c'est un renversement de paradigme qui s'impose. En 1838, l'admission à l'unique asile psychiatrique de l'île est réservée aux personnes blanches et le soin est prodigué par des médecins blancs, portant l'idée que la servitude protège les personnes noires de la folie sur les plantations. Après l'abolition de l'esclavage en 1848, l'étiologie se sert des représentations racistes et les causes de la maladie mentale sont attribuées à l'hérédité, la consommation d'alcool, ou encore « les ravages de l'onanisme et du plaisir », touchant particulièrement les femmes (Eynaud, 2015, p.70). Le désir de liberté des anciens esclaves est également pathologisé sous le terme de « drapétomanie » dans les classifications de

l'époque. L'attribution des troubles psychiques est donc fondamentalement biaisée, et appliquée selon des codes promouvant l'hégémonie coloniale, raciste et patriarcale de l'époque. Adopter une lunette décoloniale nécessite, dans ce contexte, de questionner la hiérarchie corps soignant-patientèle, voire institution-individu, et la prépondérance des explications erronées de la maladie dans l'approche de soin. C'est notamment ce qui est entendu dans notre question de recherche : dans quelle mesure peut-on changer de cadre de référence pour l'accompagnement de la santé mentale en Martinique ?

Pour comprendre davantage comment la domination moderne opère, l'éthique du *care* décoloniale forge également le concept de « dés-attention ». Celui-ci analyse non pas une simple négligence, mais un mécanisme politique actif qui produit l'ignorance et structure l'indifférence, générant ainsi des dommages évitables. La dés-attention est « un mécanisme par lequel sujets, familles, communautés et collectivités sont éliminés du panorama, absentes, disqualifiés et devenus jetables » (Salamanca Gonzalez, 2021, p.122). Ce concept permet ainsi de critiquer la bioéthique et la santé publique hégémoniques comme étant profondément colonisées, car elles structurent leur action sur la base de ce qui est rendu visible et de ce qui est délibérément ignoré, reproduisant ainsi les hiérarchies entre les vies qui comptent et celles jugées superflues. En Martinique, cette dés-attention se manifeste, de l'asile en 1838 au centre hospitalier aujourd'hui, par le recours à l'enfermement des personnes porteuses de troubles psychiques, comme les cellules d'isolement en cas de crises, renforçant la stigmatisation et le recours à des techniques de gestion de crise désuètes, datant de l'époque esclavagiste et coloniale. Sur ce point, notre question de recherche interroge également cette idée de dés-attention envers la patientèle, dans la mesure où il entretient l'indifférence dans laquelle la violence se reproduit. On demande ainsi, comment re-porter attention aux personnes montrant des comportements jugés indésirables et dysfonctionnels mais finalement symboliques du traumatisme causé par la colonialité ?

Les principes de l'éthique du *care* décoloniale proposent donc une approche complémentaire et intégrative pour une relation de soin fondée sur la reconnaissance des savoirs expérientiels des personnes accompagnées et la co-construction des parcours

thérapeutiques. Elle remet en question les cadres biomédicaux hégémoniques en favorisant des pratiques ancrées dans les communautés, respectueuses des identités multiples et des histoires de vie marquées par l'oppression systémique. L'éthique du *care* décoloniale encourage ainsi une posture d'humilité et de responsabilité relationnelle de la part du corps soignant, où le soin devient un acte politique autant qu'affectif, centré sur la réparation, la justice sociale et la reconnaissance des subjectivités marginalisées.

En somme, la perspective d'éthique du *care* décoloniale, enracinée dans la résistance et la critique des structures de pouvoir, fournit les outils nécessaires pour réinterpréter fondamentalement le concept même d'innovation sociale. La mobilisation des concepts de *care* et de décolonialité dans les travaux de Salamanca Gonzalez signale un changement de cadre de référence, une forme de rupture épistémologique. En effet, l'éthique du *care* décoloniale impose qu'on sorte du carcan colonial et que l'on s'intéresse aux changements collectifs nécessaires à un meilleur soin de la santé mentale, qui touche et concerne l'humanité de chaque personne. Nous devons prendre soin des autres pour que nos sociétés et nos écosystèmes puissent prospérer ; notre propre santé dépend de celle des autres êtres humains et de l'état des écosystèmes proches et lointains. Comme l'exprime Salamanca Gonzalez, une éthique du *care* décoloniale impose que l'on se pose la question de l'anormalité, de l'indésirable, de l'incapacité causée par la maladie (Salamanca Gonzalez, 2021, p.126). Les crises que connaît le milieu sanitaire engendrent inévitablement des failles dans la prise en charge. Face à ce manque d'accompagnement professionnel de la santé mentale, le trouble psychique devient l'affaire de tous.tes et produit des représentations socio-culturelles de la maladie, souvent stigmatisantes. En posant la question « Dans quelle mesure une éthique du *care* décoloniale peut-elle s'intégrer à l'accompagnement de la santé mentale en Martinique ? », on se demande donc quelles sont les options et postures d'accompagnement qui visent à déconstruire cet imaginaire déshumanisant. En pratique, cela consiste également à interroger sa possibilité et ses moyens techniques et organisationnels de mise en œuvre. Pour compléter ce cadre théorique, j'ai choisi de mobiliser l'approche de la *tecnologia social* définie par Pozzebon et Fontenelle (2018), puis opérationnalisée par Pozzebon, Tello-Rozas et Heck (2021), qui

présente une façon de concevoir et de soutenir les processus humains sociotechniques prenant forme en contextes postcoloniaux.

3.4. Le concept de *tecnologia social* pour co-construire pratiques et savoirs socio-culturels

3.4.1. Un positionnement décolonial face aux approches occidentales de l'innovation sociale

La notion de *tecnologia social* se distingue fondamentalement des approches d'innovation sociale issues du Nord global. Tandis que la littérature anglo-saxonne utilise le terme *social technology* pour désigner des domaines souvent liés à l'ingénierie sociale ou aux médias sociaux, la *tecnologia social* latino-américaine est théorisée comme une alternative décoloniale aux courants dominants de l'innovation sociale (Saldanha, 2021, p.99). Ce positionnement critique découle de l'argument selon lequel le chemin historique du développement technologique, axé sur l'Occident, est une source majeure de l'appauvrissement humain, des inégalités sociales et de la dépendance économique (Pozzebon et al., 2018). La *tecnologia social* remet donc en question des conceptions hégémoniques comme le progrès, l'efficacité et le développement, en offrant une alternative *au* développement (plutôt qu'une alternative *de* développement) (Pozzebon et al., 2025). Elle évite les vues instrumentales qui ne chercheraient qu'à soulager les symptômes de la privation et s'engage dans un processus politique visant à remettre en cause les politiques publiques et à transformer les relations de pouvoir asymétriques qui maintiennent le *status quo* néolibéral.

Pozzebon et al (2021) soulignent trois caractéristiques majeures de la *tecnologia social* : (1) l'inscription du concept dans une trajectoire historique de contestation de l'hégémonie occidentale, (2) la mise en protagonisme des communautés locales, dont les savoirs populaires et les ressources territoriales sont valorisés, et (3) la présence d'un « noyau technologique », prenant la forme d'une méthode, d'un dispositif ou d'un ensemble d'outils, susceptible d'être reconfiguré sociotechniquement et réapproprié par d'autres

contextes. Par cette triple orientation, l'approche se positionne en rupture avec les approches technocratiques, entrepreneuriales ou néolibérales de l'innovation sociale, et rejoint les perspectives transformatives et critiques qui visent inclusion, participation et justice sociale. Ainsi, la notion de *tecnologia social* s'inscrit dans une perspective critique, qui remet en question l'hégémonie des modèles technologiques et institutionnels occidentaux dans les manières de concevoir le développement, l'innovation sociale et la possibilité de transformation sociale.

3.4.2. Un outil de valorisation des savoirs locaux et de la justice épistémique

Les travaux de Pozzebon et Fontenelle (2018) et Pozzebon et al. (2025) ancrent la *tecnologia social* dans une démarche explicite de décolonisation de la production de connaissances et de développement de la justice épistémique. L'engagement des auteur.trices est manifeste dans la défense d'une ontologie relationnelle, qui remplace le développement basé sur la croissance et le progrès par le concept du « bien vivre » (*buen vivir*), valorisant ainsi l'« inefficace » et l'« improductif » comme étant nécessaires (Pozzebon & Fontenelle, 2018, p.1760). Ces considérations sont importantes pour le sujet de la santé mentale, car la maladie est une activité non-productive et inefficace par définition : le corps malade est inutile au capitalisme. Cette posture épistémologique impose que le « local » devienne le protagoniste du processus, transformant les personnes concernées, considérées par l'institution comme bénéficiaires, en agent.es émancipé.es. Cela implique l'adoption d'une « écologie des savoirs » (*ecologia dos saberes*) (Santos & Meneses, 2010, cité.es par Pozzebon et al., 2021), un concept qui combine les connaissances indigènes, populaires ou contextuelles avec le savoir technique ou académique, sans pour autant accorder la primauté à ce dernier. Selon Pozzebon et al. (2021), cette intégration des savoirs est un élément constitutif de la *tecnologia social*, permettant aux communautés de devenir autonomes face aux institutions et aux agences externes.

3.4.3. Opérationnalisation de la *tecnologia social*

Pozzebon, Tello-Rozas et Heck (2021) opérationnalisent la *tecnologia social* en proposant un cadre analytique en cinq éléments, construit à partir de la tradition critique sud-américaine de la technologie sociale et des études sociotechniques (Pozzebon & Fontenelle, 2018). Ce cadre constitue la première tentative explicite de systématiser le fonctionnement processuel d'une *tecnologia social* dans la littérature, répondant à l'absence, jusque-là, d'un outil permettant d'en analyser concrètement les mécanismes. Dans cet article, il est appliqué au cas de Paroles d'ExcluEs, articulant les interactions entre principes, acteur.trices et processus de justice épistémique. Le tableau suivant présente les étapes de l'opérationnalisation de la *tecnologia social*, telles que modélisées par les autrices.

Tableau 2 – Opérationnalisation de la *tecnologia social*

Source : Pozzebon, Tello-Rozas et Heck, 2021, reformulé par l'autrice

Étapes du processus d'opérationnalisation	Description des actions liées au processus
(1) Identification et caractérisation des acteur.trices sociaux.les	L'opérationnalisation commence par l'identification des acteur.trices locaux.ales et non-locaux.ales impliqués.es. Les autrices placent les acteur.trices locaux.ales (les participant.es) au centre du processus, (Freire, 2005 ; Herrera et al., 1970), c'est-à-dire comme protagonistes et non comme bénéficiaires passifs.
(2) Analyse des cadres d'interprétation (« interpretive frames »)	Ces acteur.trices sont étudiés.es à partir de leurs cadres d'interprétation, ou « <i>patterns of thought</i> » (Stephan et al., 2016), qui orientent leur manière de comprendre le monde et d'agir. L'analyse vise à saisir comment ces cadres se transforment dans le processus, à travers la construction d'une conscience critique inspirée de Freire.
(3) Identification des activités sociomatérielles clés (« key activities »)	L'équipe cartographie ensuite les activités sociomatérielles qui constituent le <i>modus operandi</i> de la <i>tecnologia social</i> : actions, interactions, artefacts, ressources matérielles et immatérielles mobilisées par les acteur.trices. Ces activités correspondent aux mécanismes de transformation sociale (Pozzebon, 2015 ; Souza & Pozzebon, 2020).

(4) Extraction des principes-clés (« core principles »)	Les principes-clés sont déduits des activités récurrentes. Ce sont les piliers indispensables qui permettent à la <i>tecnologia social</i> de produire des transformations. Ils synthétisent l'articulation entre acteur.trices, ressources et cadres d'interprétation.
(5) Analyse de l'imbrication des principes-clés : le cœur de l'opérationnalisation	Le dernier élément (et le plus important) est l'imbrication des principes-clés. Les autrices insistent sur le fait qu'aucun principe ne produit seul une transformation. C'est leur interaction cumulative, dans un mouvement de va-et-vient de reconfiguration sociotechnique (Dagnino et al., 2004), qui génère un changement des cadres d'interprétation, désigné comme un « <i>cognitive shift</i> » (Ospina & Foldy, 2010 ; Stephan et al., 2016). Cette imbrication constitue le véritable mécanisme de transformation sociale : elle permet le passage des participant.es du statut de bénéficiaires à celui de protagonistes, ce qui reflète l'idéal de conscientisation freirienne.

Tello-Rozas, Manon et Autin (2025) montrent par la suite comment l'opérationnalisation de la *tecnologia social* permet de mettre en pratique les principes de justice épistémique et ainsi d'agir dans une perspective de transformation sociale. Dans le cas de *Parole d'excluEs*, cinq pratiques-clés ont été identifiées, constituant des piliers pour comprendre le modèle d'action de l'organisme.

L'opérationnalisation de la *tecnologia social* fournit ainsi un cadre pratique pour comprendre ce qui se fait au Village du Rétablissement avec un souci de justice épistémique. Il s'agit d'articuler une combinaison de pratiques sociales, de routines, de savoirs et de discours autour de la santé mentale, mettant les personnes concernées au premier plan. La possibilité d'un accompagnement innovant repose ainsi sur la valorisation des savoirs locaux et populaires autant que le savoir scientifique. En somme, le concept de *tecnologia social* représente une lentille théorique pour comprendre comment des initiatives et des projets concernant des populations vulnérables fonctionnent, se développent, se diffusent, se transfèrent et génèrent des transformations sociales en contexte néocolonial. En chapitre 6, nous analyserons le cas du Village du Rétablissement à la lumière des étapes proposées par Pozzebon et al. (2021), afin d'explicitier ses pratiques-clés qui permettent l'intégration d'une éthique du *care* décoloniale à l'accompagnement de la santé mentale.

3.5. Regards croisés sur l'innovation sociale et les approches décoloniales

Repenser l'innovation sociale à travers les théories décoloniales exige donc de la considérer non pas comme une discipline scientifique isolée, mais comme un mouvement transversal et un processus continu et multidimensionnel visant à déconstruire les structures de pouvoir et les récits qui soutiennent les idéologies coloniales. La décolonisation, selon Frantz Fanon, c'est la demande d'une remise en question totale de la situation coloniale (Fanon, 1961/2002) qui doit être comprise comme un « processus, une pratique et un projet de semer, cultiver, nourrir et grandir » (Walsh, 2021, p.11).

La mise en dialogue des approches de l'innovation sociale avec l'éthique du *care* décoloniale implique une refondation de ce qui constitue une innovation sociale. L'objectif est de démontrer que l'innovation sociale la plus pertinente aujourd'hui est celle qui s'inscrit consciemment dans un projet de décolonisation, c'est-à-dire dans une lutte pour la reconnaissance et le soutien de la pluralité des mondes et des savoirs. Selon Harvey et ses co-autrices (2025), il est essentiel de repenser l'innovation sociale par le prisme de la décolonisation pour garantir un changement plus équitable et durable, la décolonisation étant comprise comme un processus complexe et multidimensionnel qui vise à transformer les relations de pouvoir issues du colonialisme.

En ce sens, le cadre de l'éthique du *care* décoloniale et de la *tecnologia social* permet d'évaluer de manière critique les approches dominantes de l'innovation sociale. Les visions managériale et entrepreneuriale de l'innovation sociale (Schmidpeter, 2013 ; Durand-Folco, 2019), tant qu'elles ignorent la colonialité du pouvoir, sont des instruments de perpétuation des logiques de domination. Leur « solutionnisme technique », qui prétend offrir des réponses universelles, participe à « l'hybris du point zéro » (Castro Gómez, 2005) : cette prétention coloniale à un savoir objectif qui efface les épistémologies locales et impose des modèles exogènes, reproduisant alors des schémas d'exclusion et de dépossession (Salamanca Gonzalez, 2021, p.101). En se focalisant sur des réponses techniques sans questionner les structures, elles participent aux mécanismes

de dés-attention et rendent invisibles les causes profondes des injustices qu'elles prétendent combattre.

Les approches transformatives de l'innovation sociale se trouvent considérablement approfondies et enrichies par leur articulation avec les théories décoloniales. L'originalité et la substance d'une innovation sociale décoloniale résident précisément dans la mise en œuvre de méthodologies horizontales et de dialogues des savoirs, reposant sur la réciprocité (Harvey et al., 2025). Ces pratiques sont plus que de simples outils : elles s'établissent comme des postures éthiques et politiques. Elles impliquent de reconnaître que la recherche n'est pas une activité neutre et extractive, mais qu'elle doit être comprise comme action sociale, voire comme action politique. L'innovation sociale s'ancre ainsi dans un processus de co-création de savoirs et de renforcement des capacités collectives (Harvey et al., 2025).

En somme, l'innovation sociale repensée par les approches décoloniales est une opportunité de revoir les trajectoires de développement, de transformer sa dimension politique et de travailler dans une logique relationnelle et de co-construction. Une approche décoloniale, fondée sur une éthique du *care* qui prend au sérieux la vulnérabilité et l'interdépendance inhérente à la condition humaine, est essentielle pour concevoir une innovation sociale qui ne se contente pas simplement de gérer les marges du système existant. Elle doit plutôt œuvrer activement à démanteler les structures d'oppression en répondant à la demande des subalternes et en luttant contre la tendance à la dés-attention systémique. En santé collective, c'est par un dialogue des savoirs que se construisent les conditions matérielles et symboliques d'un monde où toutes les vies puissent se dérouler de façon juste et digne.

3.6. Présentation des catégories analytiques

Le Village du Rétablissement est aménagé sur l'un des lieux de l'hôpital psychiatrique. Cette disposition l'imbrique dans le contexte organisationnel de l'institution : il constitue un dispositif de soins qui sert de pont entre « l'en-dedans » et « l'en-dehors » de l'hôpital.

Analyser son développement à travers ces dimensions nous permet de saisir l'émergence, les acteur.trices et le processus de sa mise en œuvre, ainsi que son inscription dans le contexte de l'hôpital, les tensions et changements qui en découlent, et les résultats et impacts que son existence produit pour les sphères qu'elle concerne, *intra* et *extra-muros*.

Dans cette optique de dialogue des savoirs, nous avons construit des catégories analytiques basées sur les cinq dimensions de l'innovation sociale identifiées par Besançon et Chochoy (2015). Les questions émergentes qui accompagnent les catégories analytiques ont été créées en croisant les données récoltées en entrevue avec les caractéristiques présentées en tableau 1. Nous avons ajouté une dimension concernant les acteur.trices, d'une part car les thèmes relatifs à l'engagement personnel dans la relation d'accompagnement, à savoir « qui soigne et qui se fait soigner » étaient prépondérantes dans toutes les entrevues. D'autre part, Bilodeau et Durand-Folco (2025) nomment la question des acteur.trices comme « épineuse » dans la classification des caractéristiques de l'innovation sociale : leur agentivité, la contrainte des structures sociales ou encore les types d'acteur.trices est soulevée, mais peu étudiée dans la recherche. Toutefois, les types d'acteur.trices, leurs cadres d'interprétation et leurs activités font partie intégrante des approches de la *tecnologia social* (Pozzebon, 2021 ; Tello-Rozas et al., 2025). Les personnes prenant part aux projets sont ainsi centrales au processus d'innovation sociale. Ces approches ont donc servi d'appui pour inclure la seconde dimension des acteur.trices à nos catégories analytiques. Additionnellement, nous avons rassemblé les dimensions des résultats et des impacts pour former une dernière catégorie, car les éléments de réponse qui y sont liés se sont également recoupés sur de nombreux points en entrevue semi-dirigée.

Tableau 3 – Cadre d'analyse
Source : produit par l'autrice

Dimensions de l'innovation sociale	Sous-questions de recherche émergentes pour l'analyse thématique
Contexte d'émergence – <i>Pourquoi et quoi ?</i>	Quels besoins non-satisfaits à l'hôpital font émerger d'autres formes d'accompagnement ? Sur quelles formes de rupture contextualisée des pratiques s'établissent-elles ?

Acteur.trices – <i>Par qui et avec qui ?</i>	Qui parle, qui échange et qui relationne dans la construction de cet accompagnement ? Comment les relations entre acteur.trices s’articulent et s’entretiennent ? Quelles formes d’inclusion et de participation prennent place ?
Processus – <i>Comment ?</i>	Comment s’organisent les relations, les actions et les interactions qui permettent cet accompagnement ? Comment les principes du rétablissement sont traduits en pratique ?
Éléments d’interactions et de changements – <i>Avec quelles tensions et quelles contraintes ?</i>	Quelles tensions et quelles contestations font émerger l’existence de dispositifs alternatifs d’accompagnement ? Qu’est-ce que leur mise en œuvre au sein de l’institution permet et ne permet pas ? Comment les acteur.trices naviguent l’interaction avec l’institution psychiatrique ?
Résultats et impacts – <i>Quelles limites rencontrées et quelles ouvertures possibles ?</i>	Quels impacts ont ces pratiques d’accompagnement sur les acteur.trices, sur les services de l’hôpital, sur l’organisation de l’institution ? Quels sont les éléments de rupture, les pistes d’amélioration et les réflexions amenées ?

Ce cadre d’analyse cristallise donc l’articulation de nos concepts théoriques. Chaque dimension est reliée à des sous-questions de recherche permettant de comprendre la mise en œuvre de principes et pratiques d’accompagnements porteurs d’innovation sociale, et ainsi d’apporter une réponse à la question : « Dans quelle mesure une éthique du *care* décoloniale peut-elle s’intégrer à l’accompagnement de la santé mentale en Martinique ? ». Dans le chapitre suivant, nous explicitons les caractéristiques de ce cadre d’analyse dans son application au Village du Rétablissement.

Chapitre 4 – Méthodologie

La revue de littérature effectuée plus tôt montre l'absence de recherches sur l'approche du rétablissement et sur les approches du *care* et de la décolonialité dans le domaine psychiatrique en Martinique. L'objectif de ce mémoire est donc d'approfondir les écrits disponibles sur les pratiques permettant un meilleur accompagnement de la patientèle. Après avoir parcouru la littérature grise, nous avons constaté que des initiatives prennent vie sur le terrain, sans pour autant être documentées dans la littérature scientifique. Le visionnage du documentaire « *Mantjé Tonbé Sé Viv (Danser la Chute)* » (2023) a suscité mon intérêt pour l'approche du rétablissement, qui prend de l'ampleur dans l'organisation stratégique des soins en Martinique. Il porte sur la mise en place d'un dispositif alternatif au sein de l'Hôpital de Jour (HDJ), proposant des ateliers socio-culturels promouvant l'auto-détermination des participant.es en voie de rétablissement. Nos recherches dans la littérature grise nous ont ensuite guidé vers le projet du Village du Rétablissement, fondé en 2019 par deux médecins travaillant à l'Hôpital de Jour sur le site du Centre Hospitalier Maurice-Despinoy (CHMD), présents dans le documentaire. Pour ce mémoire, nous avons choisi d'explorer les valeurs et les pratiques qui ont façonné, motivé et nourri le travail des praticien.nes en santé mentale dans le cadre du projet spécifique du Village du Rétablissement, géré par l'association Tombolo de 2019 à 2023. D'après deux entrevues médiatiques⁸, l'organisation de ce projet repose sur des moyens innovants d'accompagner les personnes atteintes de troubles psychiques considérés comme sévères, sans perspectives de réhabilitation. Cette étude de cas rassemble donc des récits, perspectives et expériences qui permettraient de répondre à notre question de recherche : *Dans quelle mesure une éthique du care décoloniale peut-elle s'intégrer à l'accompagnement de la santé mentale en Martinique ?* Comme exposé dans le chapitre précédent, les concepts d'éthique du *care* décoloniale et de *tecnologia social* permettent de rendre compte des réalités de pays anciennement colonisés et ainsi de comprendre les procédés d'identification et d'organisation de certaines formes d'innovations sociales dans ces

⁸ <https://rci.fm/martinique/infos/Sante/Sante-mentale-une-psychiatrie-ouverte-sur-la-cite> ; <https://www.youtube.com/watch?v=T-rMzGJ7jks>

contextes. Ce chapitre explique les choix méthodologiques qui ont guidé l'analyse thématique descriptive lui succédant en chapitre 5.

4.1. Étude de cas

Choix de l'étude de cas unique

Afin d'appréhender la complexité des pratiques, des discours et des rapports sociaux qui traversent les dispositifs de soin dans le contexte néocolonial martiniquais, le choix d'une approche méthodologique qualitative s'est rapidement imposé. Le peu de données disponibles et accessibles sur le sujet nous a également guidé vers l'importance de mener une recherche qualitative pour ce travail. Nous avons opté pour l'étude de cas, car elle propose une investigation empirique permettant d'examiner un phénomène contemporain dans son contexte réel, particulièrement lorsque les frontières entre le phénomène et ce contexte ne sont pas clairement établies (Yin 1994, 2009).

Selon Prévost et Roy (2012), l'étude de cas unique est particulièrement indiquée pour explorer un phénomène rare, singulier ou inédit, peu documenté. Il permet aussi de tester ou d'enrichir une théorie émergente. En ce sens, le projet du Village du Rétablissement représente un terrain d'étude particulièrement pertinent. Il s'agit en effet d'un dispositif original d'accompagnement en santé mentale, ancré dans un contexte néocolonial spécifique et porteur d'une conception relationnelle et communautaire du soin. L'étude de ce cas « pour lui-même » (Stake, 1995) nous permettra ainsi de comprendre les modalités concrètes par lesquelles les principes du *care* décolonial se traduisent dans les pratiques, les interactions et les structures institutionnelles.

L'approche retenue vise moins à produire une généralisation statistique qu'à développer une compréhension approfondie et contextualisée du phénomène (Prévost & Roy, 2012). Nous avons ainsi choisi de faire dialoguer le terrain et la théorie pour faire émerger des conceptualisations ancrées dans l'expérience vécue des acteur.trices, plutôt que d'appliquer un cadre théorique préétabli. Cette approche est particulièrement adaptée à l'étude de phénomènes complexes et situés, où les interactions entre les dimensions

sociales, culturelles et institutionnelles jouent un rôle central. Dans une logique abductive, cette étude vise donc à faire émerger, à partir de l’articulation des données du terrain et des approches théoriques, une compréhension contextualisée des pratiques et des représentations qui structurent le projet du Village du Rétablissement.

Cette approche méthodologique nous conduit à effectuer une présentation détaillée du terrain retenu et des acteurs qui y participent, afin de situer le Village du Rétablissement dans son contexte institutionnel, social et culturel, et de préciser par la suite les modalités concrètes de la collecte et de l’analyse des données. Les données de cette brève présentation proviennent du portrait que je peux en dresser à partir des informations disponibles dans la littérature grise disponible en ligne sur le projet.

L’association Tombolo

L’association Tombolo voit le jour en 2017, de la force et de la volonté de plusieurs personnes concernées par la question de la santé mentale en Martinique. Elle est composée de personnel de soins de santé, mais aussi de personnes dites « concernées », qui ont eu un parcours personnel dans leur vie autour de la santé mentale. Avec l’appui des familles, un groupe de personnes s’est formé pour promouvoir le rétablissement en santé mentale, défini comme un processus dynamique où la personne chemine vers une vie satisfaisante et épanouissante pour elle, malgré la maladie mentale, sa sévérité, et la présence de symptômes. L’association Tombolo est à but non lucratif, selon la loi française du 1^{er} juillet 1901. Elle offre également des formations de Premiers Secours pour la Santé Mentale (PSSM), avec un module standard, ouvert à tous.tes les citoyen.nes, et un module jeune, qui s’adresse aux parents, aux enseignants ou aux professionnels en contact avec des jeunes de 11 à 25 ans.

L’association Tombolo tient son nom du phénomène géologique rare du même nom : c’est une étroite bande de terre sableuse entre deux mers qui réunit deux grandes étendues de terre. Pendant une certaine période de l’année au Tombolo de Sainte-Marie en Martinique, la mer s’ouvre et crée un pont de terre sur l’eau, permettant de se rendre à pied sec sur l’île

à l'autre bout. Le Tombolo représente donc la voie ouverte vers le rétablissement, et symbolise l'espoir de l'épanouissement des personnes concernées par la maladie mentale.

En octobre 2019, l'association Tombolo a été sélectionnée pour lancer le Village du Rétablissement, à la suite d'un appel à projets pour un nouveau fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP), d'un montant d'un million d'euros. Il est piloté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et alloué aux Agences Régionales de Santé (ARS) pour 3 ans.

Le Village du Rétablissement

Le Village du Rétablissement (VDR) est un lieu de transition, d'expérimentation et de vie collective, conçu pour favoriser la réinsertion sociale des personnes hospitalisées en psychiatrie. Situé sur les hauteurs du site de l'hôpital psychiatrique Colson, à Balata (Fort-de-France), il constitue un pont entre l'institution psychiatrique et le retour à la vie sociale des patient.es. La mission principale du VDR est la rééducation par le lien social, souvent fragilisé ou rompu à cause de longues hospitalisations, parfois commencées dès l'adolescence. Dans ce village, toutes les personnes sont appelées « villageois.es », qu'il s'agisse de médecins, de salarié.es, de bénévoles ou de patient.es. Cette absence de hiérarchie favorise des relations différentes entre patient.es et praticien.nes en santé mentale. Le VDR se déploie dans un environnement dédié au rétablissement, où des activités sont proposées pour encourager l'autonomie, la mise en valeur des forces personnelles et l'autodétermination des participant.es. Il s'agit d'une structure inédite en Martinique, et plus largement dans l'accompagnement psychiatrique en France. Elle est mise en place par un collectif composé de soignant.es du Centre Hospitalier Maurice Despinoy, de l'ancien hôpital Colson partiellement actif, et par des éducateur.trices, des bénévoles. La majorité de ces personnes intervenantes sont également membres de l'association Tombolo dans le cadre de leur activité au VDR.

4.2. Méthode et modalités d'enquête

Méthode de collecte des données

Pour répondre à la question de recherche, il a fallu identifier les données qui permettaient d'avoir directement accès aux réflexions sur l'accompagnement dans le cadre du VDR. Pour cette étude de cas, j'ai donc choisi d'interviewer les membres de l'association à la genèse et à la fermeture du projet, d'une part pour avoir une vue d'ensemble et complète du projet. D'autre part, ce sont ces membres qui ont porté le caractère inédit de cette expérience à son émergence. Étant donné que je cherchais à comprendre quelles étaient les initiatives socialement innovantes en Martinique sur le plan de la santé mentale, celle du VDR donnait à voir un grand potentiel d'innovation sociale porteuse de transformation sociale, dans une perspective décoloniale.

Les données analysées proviennent du documentaire « *Mantjé Tonbé Sé Viv* (Danser La Chute) » de Wally Fall (2023), du bilan d'activité du Village du Rétablissement (2023), et d'entrevues retranscrites disponibles en ligne (2) et semi-dirigées des membres aidant.es impliqué.es dans le projet du VDR (7). Un guide d'entrevue semi-directif a été construit au préalable, afin d'établir les différents thèmes et questions à aborder (voir Annexe 4). Après avoir contacté quelques personnes fondatrices du VDR en mai 2025, j'ai eu l'occasion de visiter le site du Village du Rétablissement lors de ma collecte de données à l'été 2025. Étant donné que le projet a dû ralentir depuis la perte du financement en 2023, et que la majorité des résident.es ont dû quitter les lieux depuis, il n'était pas entretenu comme auparavant lors de ma visite. Toutefois, cette visite constituait également ma première rencontre en personne avec des membres aidants du Village du Rétablissement. Cela m'a permis de discuter de manière informelle avec eux et d'observer l'organisation spatiale du village sur le site de l'hôpital psychiatrique Colson. Ces échanges m'ont permis de mieux comprendre le contexte institutionnel dans lequel le Village du Rétablissement s'est organisé.

Source des données

Les données proviennent ainsi de plusieurs sources. J'ai d'abord appris l'existence du VDR en visionnant le documentaire « *Mantjé Tonbé Sé Viv* (Danser la chute) » (2023), en mai 2023. Le Village du Rétablissement est un projet qui n'a pas beaucoup été documenté dans la littérature scientifique. Pour la littérature grise écrite, il existe deux courts articles de presse France-Antilles⁹ au sujet de sa fermeture. Le projet est également mentionné très brièvement dans le dernier Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) (2020). Néanmoins, j'ai trouvé de nombreuses publications sur LinkedIn où les membres du VDR le mentionnent de façon très animée et nostalgique.

Dans un premier temps, l'analyse de contenu du film documentaire « *Mantjé Tonbé Sé Viv* (Danser la chute) » (2023) a été réalisée après l'avoir visionné une dizaine de fois. J'ai d'abord délimité quatre catégories d'analyse selon les thèmes qui revenaient le plus souvent (espace de vie, lien social, moyens employés, limites et ouvertures possibles). Ensuite, j'ai pu rassembler des données descriptives sur le Village du Rétablissement et l'association Tombolo grâce à une entrevue de deux membres du VDR, disponibles en ligne. L'une provient de Radio-Caraïbes-International (RCI), et l'autre de l'émission « Quoi de 9 » de la chaîne télévision Zouk TV. Ces deux entrevues ont été retranscrites manuellement et font donc partie intégrante de mon analyse thématique. À l'issue d'un des entretiens que j'ai eu avec l'un des membres, j'ai pu avoir accès au bilan d'activité du Village du Rétablissement pour la période de mars à décembre 2023. J'ai donc également étudié ce bilan. Dans un dernier temps, j'ai complété mon analyse grâce à des données issues de 7 entrevues semi-dirigées réalisées par visioconférence. Ces entrevues ont été enregistrées (audio et parfois vidéo), puis retranscrites manuellement par mes soins au fil de l'été 2025.

⁹ <https://www.martinique.franceantilles.fr/actualite/vielocale/pris-dans-un-imbroglio-judiciaire-le-village-du-retablissement-agonise-950073.php> ; <https://www.martinique.franceantilles.fr/actualite/vielocale/le-village-du-retablissement-contraint-de-fermer-ses-portes-958742.php>

Tableau 4 – Données recueillies par types et informations identifiées
Source : produit par l'autrice

Type de données	Entretiens semi-dirigés (7) & entrevues disponibles en ligne (2)	Analyse documentaire	
		Film documentaire « <i>Mantjé Tonbé Sé Viv (Danser la chute)</i> » (2023)	Bilan d'activité du VDR – Mars-Décembre 2023
Informations recherchées et identifiées	Motivations, aspirations et finalités visées – Approche des soignant.es – Dynamiques relationnelles – Formations suivies – Processus de mise en œuvre - Organisation dans le temps – Limites rencontrées – Impacts du dispositif	Contexte socioculturel – Développement de la relation d'accompagnement entre acteur.trices – Dynamiques relationnelles – Participation des résident.es – Processus de dialogue des savoirs – Questionnements et transformations que suscitent l'innovation au sein de l'institution	Contexte et historique du projet – Fonctionnement interne – Données démographiques (nombre de résident.es, motivations et intérêts) – Activités organisées – Implication des bénévoles et salarié.es

Sélection des participant.es aux entretiens

Les critères d'inclusion des personnes approchées pour participer à cette recherche étaient leur implication à n'importe quel moment entre 2019 et 2024 au Village du Rétablissement, et leur intérêt à participer à cette recherche. Les personnes exclues de cette étude de cas sont les personnes ne connaissant pas le VDR. Les participant.es rencontré.es sont des bénévoles, des artistes, des éducateur.trices, des agent.es des services hospitaliers, des psychologues et des psychiatres. J'ai choisi de recueillir les récits de sept personnes en raison de leur proximité au cas et de leur relation directe au projet, aux résident.es et au contexte institutionnel hospitalier. Les trois premières personnes ont été contactées par courriel ou sur LinkedIn. Les quatre autres personnes m'ont été référées sur recommandation des premières, puis contactées par message WhatsApp.

Je n'ai volontairement pas eu d'entrevues avec les patient.es ayant résidé au Village du Rétablissement, par respect pour leur vie privée. Étant donné l'échelle assez petite du

Village du Rétablissement et le contexte insulaire et démographique de la Martinique (qui compte 355 500 habitant.es), il y aurait aussi eu beaucoup de chances que certain.es soient identifiables par leurs récits. Aussi, étant donné que pour beaucoup, l'arrêt du VDR a compliqué voire interrompu leur processus de réinsertion sociale, j'ai jugé plus sage de ne pas « remuer le couteau dans la plaie » de personnes déjà vulnérabilisées, et j'ai fait le choix de seulement m'entretenir avec les personnes aidant.es, salarié.es et bénévoles du Village du Rétablissement. Leurs récits contiennent tout de même des expériences où ils nomment certain.es résident.es. J'ai pris soin d'anonymiser ces récits, et de citer en majorité les expériences qui ne permettent pas d'identifier les résident.es.

Déroulement des entrevues

En juin 2025, j'ai rencontré deux des principaux membres du Village du Rétablissement, qui ont accepté d'avoir un pré-entretien avec moi, permettant de briser la glace en ayant un premier contact de vive voix. Cela m'a permis d'avoir une meilleure compréhension du Village du Rétablissement en tant que chercheuse. Les informations partagées lors de ces pré-entretiens n'ont pas été codées aux fins de l'analyse thématique en chapitre 5, car je tenais à établir une relation de confiance avant la collecte de données.

Toutes les entrevues se sont déroulées à distance. Certain.es participant.es étaient plus à l'aise avec la visioconférence Zoom, d'autres par appel vocal ou vidéo WhatsApp. Les rencontres ont duré entre quarante-cinq minutes et une heure trente chacune. Pour les personnes qui m'ont donné leur consentement, les entretiens ont été enregistrés sur téléphone ou bien sur enregistrement vidéo ou audio Zoom, puis retranscrites manuellement par mes soins, sur Microsoft Word. Pour celles qui souhaitaient que je n'enregistre pas nos échanges, j'ai simplement pris des notes lors de l'entrevue, avec leur consentement. Certain.es participant.es étaient intéressées à ce que je leur envoie l'enregistrement et la transcription de leur propre entrevue pour leur usage personnel, ce que j'ai fait par la suite.

Durant les entrevues, il est arrivé que je ne pose que deux questions pour chaque catégorie. De question en question, la plupart des participant.es étaient portés par leur propre élan et

les souvenirs leur revenaient au fur et à mesure. Parfois, certaines réponses évoquaient des questions auxquelles je n'avais pas pensé avant, mais qui me paraissaient finalement très pertinentes pour mon analyse. Par ailleurs, le guide d'entretien a été révisé entre chaque entretien, afin d'affiner la pertinence des questions.

Démarche éthique de la recherche

Afin d'assurer le respect des personnes, de leur bien-être et de la justice, cette recherche suit les règles et les préceptes stipulés par le Comité Éthique à la Recherche (CER) de HEC Montréal. Avant chaque entrevue, j'ai fait parvenir un formulaire de consentement à chaque personne répondante par courriel. Lorsqu'elles n'avaient pas la capacité de le remplir et de me le retourner pour quelque raison que ce soit, le consentement a été obtenu oralement au début de l'entrevue. Je me suis donc assurée d'obtenir le consentement éclairé de chaque répondant par rapport à l'enregistrement ou non de leur entrevue, l'analyse de celle-ci et la divulgation des résultats d'analyse à l'issue de la publication du mémoire.

Les risques liés à cette étude sont relativement faibles, étant donné que les récits sont anonymisés et leurs fonctions respectives au sein du Village du Rétablissement n'apparaissent pas dans ce mémoire. Tout de même, les participant.es sont au courant que, considérant le petit nombre de personnes interviewé.es, il est possible d'être identifié.e par des lecteur.trices ayant travaillé de près ou de loin avec le Village du Rétablissement. Il a été validé avec les personnes qu'elles étaient bien au courant de cela et à l'aise avec cette situation. Les participant.es n'avaient aucune obligation de participer à la recherche. Toute participation a été totalement volontaire.

4.3. Analyse des données

L'analyse des données s'est faite suivant une démarche itérative. Une fois toutes les entrevues retranscrites, je les ai analysées à l'aide du logiciel LibreQDA. J'ai effectué une première lecture complète, afin d'établir les grandes tendances, ressemblances et différences dans les discours. La première tendance identifiée était celle de la chronologie

dans chaque entrevue. Après les deux premières question (*Présentez-vous en quelques mots* et *Quelle a été la nature de votre travail au Village du Rétablissement ?*), la majorité des personnes brossaient un portrait du Village du Rétablissement qui partait de son contexte d'émergence et de création, abordait les tenants de la relation d'accompagnement, décrivait les formes d'organisation de la vie en son sein et exprimait les conflits rencontrés avec l'institution. En dernier lieu, mes questions d'entrevue sur les limites rencontrées et les apprentissages tirées de cette expérimentation ont reçu des réponses diverses. Durant les entrevues, les notions les plus récurrentes étaient celles de rupture avec l'existant, de lien social, de milieu de vie alternatif, d'autonomie/d'autodétermination, d'ancrage culturel, de décolonisation, de résistance, de bureaucratie, et d'impasse du système traditionnel/institutionnel. J'ai donc d'abord organisé les extraits en cinq grandes thématiques hétérogènes à partir de ces notions : (1) Le contexte du VDR, (2) Les acteur.trices du VDR, (3) La mise en œuvre du VDR, (4) Le VDR par rapport à l'hôpital psychiatrique, (5) Limites et ouvertures possibles. Cela m'a permis de maintenir la richesse des données sans les encastrier de façon rigide. Au fil de mes allers-retours avec les entretiens, j'ai pu construire une grille d'analyse en croisant ces thématiques aux dimensions de l'innovation sociale institutionnaliste exposées par Besançon et Chochoy (2015).

Tableau 5 – Grille des catégories analytiques pour l'analyse thématique
Source : produit par l'autrice

Dimensions	Questions émergentes pour l'analyse thématique du Village du Rétablissement (VDR)
Contexte d'émergence – <i>Pourquoi et quoi ?</i>	Quels besoins et aspirations sociales non-satisfaits à l'hôpital font émerger le VDR ? Sur quelles formes de rupture contextualisée des pratiques s'établit le VDR ?
Acteur.trices – <i>Par qui et avec qui ?</i>	Qui parle, qui échange et qui relationne ? Comment les relations entre acteur.ices s'articulent et s'entretiennent ? Quelles formes d'inclusion et de participation prennent place au VDR ?
Processus – <i>Comment ?</i>	Quelles sont les relations, actions et interactions qui permettent sa mise en œuvre ? Comment le VDR mobilise l'espace qu'il occupe ? Comment les principes du rétablissement sont traduits en pratique ?

Éléments d'interactions et de changements – <i>Avec quelles tensions et quelles contraintes ?</i>	Quelles tensions et quelles contestations font émerger l'existence du VDR ? Qu'est-ce que sa mise en œuvre au sein de l'institution permet et ne permet pas ? Comment les acteur.trices du VDR naviguent l'interaction avec l'institution psychiatrique ?
Résultats et impacts – <i>Quelles limites rencontrées et quelles ouvertures possibles ?</i>	Quel impact a eu le VDR sur les individus, les services de l'hôpital, l'organisation de l'institution ? Quels sont les éléments de rupture, les pistes d'amélioration et les réflexions qu'ont amené le VDR ?

Suivant ces dimensions, chaque entrevue a ensuite été analysée à l'aide d'un codage multithématique et plurinominal (Ayach et Dumez, 2011). J'ai ainsi spécifié des sous-thèmes en codant plus précisément les extraits d'entretiens dans une ou plusieurs thématiques, afin de les comparer, d'analyser leurs ressemblances et leurs différences. Les expériences des personnes interviewées différaient par exemple en fonction de leur ancienneté et proximité à l'hôpital psychiatrique, de leur formation (psychiatres, psychologues, éducateur.trices, infirmier.ères, bénévoles) et de leur présence et investissement dans le projet. Finalement, ce sont 40 unités de sens qui m'ont permis de faire ressortir les mécanismes, les typologies et les relations entre les récits des personnes accompagnatrices.

Tableau 6 – Codage par unités de sens

Source : produit par l'autrice

Dimensions	Unités de sens
Contexte d'émergence	Inspirations/Constats/Missions
Acteur.trices	Professions/Formations/Parcours/Relations/Familles/Engagement/ Présence/Attention
Processus	Objectifs/Lien social/Organisation espace-temps/Vie commune/Besoins et forces des résident.es/Rééducation/Autonomisation/Autodétermination/ Rééducation/Déstigmatisation/Culture/Activités
Éléments d'interactions et de changements	Pharmacologie-traitement médicamenteux/Colonialité/Décolonisation/ Déconstruire schémas de pensée/Impasse système traditionnel/Relations institution/Relations personnel hôpital

Résultats et impacts	Moyens financiers/Moyens humains/Évaluation du parcours/Bureaucratie institution de santé/Sensibilisation/Stigmatisation/Responsabilité politique/Innovation sociale/Espoirs/Continuité
----------------------	---

En somme, cette méthode d'analyse m'a permis de conserver une multiplicité de perspectives, sous forme de séries permettant un quadrillage des données (Ayach et Dumez, 2011). L'objectif était donc moins d'analyser de manière rigide et systématique toutes les unités de sens, mais plutôt de pouvoir trier les données afin d'appréhender le Village du Rétablissement dans sa chronologie, de son contexte d'émergence à son impact sur le contexte institutionnel dans lequel il s'inscrit.

4.4. Choix de l'analyse thématique descriptive

Étant donné que le cas du Village du Rétablissement est inédit en Martinique et face à la richesse des données récoltées, il a fallu trouver une méthode de présentation des résultats qui accorde de la valeur aux détails, aux pratiques ordinaires, aux tensions silencieuses et aux formes de savoir non institutionnalisées. Pour consolider la structure de mon étude de cas, l'analyse thématique descriptive s'est ainsi présentée comme un choix méthodologique central. Selon Besbris et Khan (2017), la description représente un moment essentiel du travail scientifique : elle donne accès à des phénomènes dans leur densité empirique, sans les enfermer prématurément dans des catégories théoriques préétablies. Cette posture est particulièrement importante dans un contexte marqué par une histoire coloniale profonde, où les concepts élaborés dans d'autres espaces risquent d'imposer des grilles de lecture inadaptées ou réductrices. L'analyse thématique descriptive permet au contraire de saisir comment les acteur.trices (professionnel.les, patient.es, familles, éducateur.trices et médiateur.trices culturel.les) se représentent le *care*, le soin et la santé mentale, et comment ces représentations évoluent dans les interactions concrètes d'accompagnement.

La démarche descriptive prend également toute sa pertinence à la lumière des réflexions de Marcus et al. (2016), qui montrent que la description n'est jamais une opération neutre ni secondaire. Décrire, c'est rendre visible : c'est prêter attention à des gestes, à des

atmosphères relationnelles, à des incohérences, à des tensions, à des silences, à des zones de friction entre modèles de soin. Dans le contexte martiniquais, cela signifie documenter finement les façons dont les professionnel.les naviguent leur mission, entre dispositifs institutionnels hérités, savoirs locaux du soin, pratiques communautaires, spiritualités, héritages de violences historiques, ou encore formes vernaculaires de résistance au stigmat. Une analyse thématique descriptive permet alors de mettre en lumière des éléments qui seraient autrement occultés, comme les micro-ajustements relationnels, les pratiques de contournement, la gestion de crises et de conflits, les négociations d'autorité, ou encore les tensions entre cadres biomédicaux et attentes culturelles locales.

En procédant de manière rigoureuse mais ouverte, la description offre ainsi un espace où peut émerger la pluralité des expériences et des significations. Elle constitue une condition importante pour examiner l'intégration d'une éthique du *care* décolonial, laquelle repose précisément sur la reconnaissance des voix marginalisées, des savoirs situés et des rapports de pouvoir à l'œuvre dans les pratiques de soin. Décrire thématiquement ces dynamiques, c'est aussi reconnaître que le *care* décolonial ne se décrète pas : il se manifeste de façon située, souvent sensible et subtile, dans des pratiques quotidiennes qui méritent d'être observées attentivement avant d'être interprétées. Par cette démarche, l'analyse thématique descriptive fournit une base empirique solide permettant d'interroger la cohérence entre les principes du *care* décolonial (attention, compassion, responsabilité, inter-relationnalité, justice épistémique) et les formes concrètes d'accompagnement en santé mentale observées dans le cadre du VDR. Elle devient ainsi un outil méthodologique indispensable pour comprendre comment se reconfigurent, localement et relationnellement, les pratiques de soin dans une société néocoloniale.

4.5. Posture de la chercheuse

En tant que chercheuse martiniquaise, écrire sur la santé mentale en Martinique, c'est écrire depuis un lieu qui m'habite profondément. Ce sujet ne m'est pas étranger : il touche à des expériences communautaires, à des symptômes observés dans l'espace public, à des histoires de famille enfouies. Il soulève des tabous et stigmates qu'il n'est pas toujours

aisé d'aborder et fait référence à des traumatismes intergénérationnels qui nous touchent tous.tes, car il ressasse une histoire commune. Cela m'oblige donc à réfléchir à la manière dont je me situe dans ma propre recherche. Le concept d'objectivation participante de Bourdieu (2003) m'a éclairée dans ce travail nuancé. Plutôt que de prétendre à une distance impossible, il m'invite à me regarder moi-même dans le processus de recherche : à interroger ce que ma trajectoire socioculturelle, mes apprentissages en psychosociologie, mon rapport à la Martinique et à la souffrance psychique dans ses hôpitaux et en dehors produisent dans ma manière de penser, d'écouter et d'analyser. Cette démarche consiste à reconnaître que ma position fait partie du savoir que je construis. Elle me permet d'assumer ma proximité tout en la rendant visible, de transformer une implication affective en outil de compréhension plutôt qu'en obstacle. L'objectivation participante devient ainsi pour moi une forme d'éthique : celle d'une recherche se voulant non-extractive, qui ne parle pas sur la Martinique, mais depuis la Martinique, avec le souci constant de ne pas réduire les personnes à des objets d'étude, mais de les rencontrer dans une relation de réciprocité et de respect.

Concrètement, cette posture se traduit dans ma manière d'entrer en relation avec le terrain. En entrevue, je ne me suis pas présentée comme une observatrice extérieure, mais comme une participante à une réalité collective qui me traverse aussi. Cela demande une attention constante à mes propres émotions, à mes résonances intérieures, aux moments où l'échange avec la personne en face et la réponse donnée à ma question font écho à des vécus familiers. Plutôt que de les effacer, je les interroge : que me disent-ils de mon rapport aux personnes concernées, de mes cadres de perception depuis sept ans aussi modelés par l'Amérique du Nord, de mes valeurs, de mes attentes vis-à-vis des institutions prenant en charge la santé mentale ? Ce travail réflexif devient une ressource pour comprendre plus finement les réalités d'un système hospitalier que je réalise ne connaître qu'en partie. Il me conduit aussi à penser ma recherche dans une logique de réciprocité : partager mes analyses, restituer la parole de manière entière et fidèle, raviver l'espoir chez des soignant.es qui l'ont souvent perdu face à un système désinvesti mais démesurément surchargé. Cette posture a appuyé une approche décoloniale dans un souci de justice épistémique, en revalorisant des récits souvent minorisés et effacés dans l'urgence de la

prise en charge de la patientèle. Dans un contexte où la recherche peut parfois reproduire des dynamiques d'extraction ou d'appropriation, cette vigilance m'a donc permis de rester alignée avec une éthique de la relation. L'objectivation participante, pour moi, n'est donc pas seulement une méthode : c'est une manière d'habiter la recherche avec lucidité, humilité et soin à chaque étape. C'est un engagement envers la rigueur méthodologique de cette étude de cas, mais surtout envers les personnes et les lieux qui me font chercheuse.

Il est aussi important de préciser que l'étude de cas suivante a été réalisée grâce à une analyse qualitative de contenu manifeste et latent. L'analyse de contenu manifeste consiste à décrire systématiquement les éléments visibles, explicites et directement observables dans le discours ou les données, tandis que l'analyse de contenu latent vise à interpréter les significations sous-jacentes, implicites ou symboliques qui traversent le discours au-delà de ce qui est explicitement formulé (Niang, 2021). Cela m'a permis de prendre en compte à la fois les données plus descriptives et brutes, telles que rapportées par les personnes accompagnatrices, mais aussi d'avoir une approche davantage interprétative pour construire la réalité de mon analyse. Les récits contiennent de nombreuses références symboliques, codées, des non-dits, et parfois un langage qui a un sens bien particulier en Martinique. Cette approche me permet donc de transmettre une « réalité subjective » (Niang, 2021) qui est propre au contexte dans lequel le Village du Rétablissement a été créé et entretenu.

4.6. Limites de la méthodologie

Malgré les précautions prises pour construire une démarche rigoureuse et adaptée au contexte martiniquais, cette recherche comporte plusieurs limites méthodologiques qu'il convient d'explicitier. Premièrement, l'enquête repose principalement sur des entretiens et des données qualitatives, ce qui implique une forte dépendance à la subjectivité des participant.es et à leur disponibilité. Dans le domaine de la psychiatrie, certains récits ont été difficilement accessibles, car filtrés par des dynamiques institutionnelles hiérarchiques qui contraignent la parole. Lorsque les premières personnes interviewées me référaient d'autres potentielles personnes qui pourraient participer à mon étude, elles m'expliquaient

que certain.es acteur.trices du VDR ont préféré se retirer complètement du projet et de couper tout lien avec ses membres après l'arrêt du financement, en raison des tensions rencontrées avec l'institution psychiatrique. Cette dépendance introduit donc un biais de sélection qui limite la représentativité des expériences recueillies. Deuxièmement, le contexte néocolonial martiniquais pose des défis spécifiques liés à la confiance, à la circulation des savoirs, et à la relation enquêteur.trice - enquêté.e. Les recherches menées sur les questions sensibles, voire taboues, de la santé mentale ou des héritages coloniaux nécessitent du temps pour instaurer une relation suffisamment sécurisante. Or, la durée limitée de ce terrain réduit la possibilité d'observer des situations variées, d'assister à des interactions récurrentes ou de nouer des relations profondes permettant d'accéder à des récits plus intimes. De plus, dans un contexte où la mémoire coloniale structure encore les relations sociales, ma présence en tant que chercheuse pourrait avoir été reçue comme institutionnelle ou symboliquement marquée, ce qui a pu influencer sur la manière dont les acteur.trices se sont livré.es ou sur les détails qui m'ont été confiés. Aussi, l'accès partiel aux institutions constitue une autre limite. Les contraintes administratives, la charge de travail des professionnel.les et les règles de confidentialité limitent la présence prolongée en situation de soin. Certaines scènes cruciales pour comprendre l'intégration du *care* décolonial, telles que des discussions informelles ou des ajustements relationnels, peuvent donc ne pas avoir été observées directement. Dans l'ensemble, ces limites n'invalident pas les résultats, mais elles invitent à les considérer comme des éclairages situés, partiels et contextualisés, qui contribuent à la compréhension de l'intégration d'une éthique du *care* décoloniale en santé mentale, sans prétendre à l'exhaustivité ni à la généralisation.

Dans le chapitre suivant, nous plongerons dans l'environnement du Village du Rétablissement, qui nous permettra de mieux saisir les dispositions qui l'ont rendu possible. À travers l'analyse thématique descriptive de ce cas, nous exposerons les modalités d'organisation d'un espace mis en place pour l'accompagnement innovant au sein de l'institution, dans une optique de rétablissement des résident.es. À la suite de cette analyse, nous discuterons dans le chapitre 6 des limites et ouvertures possibles qu'offre cet espace aux moyens d'accompagnement des troubles psychiques en Martinique.

Chapitre 5 – Analyse thématique descriptive : étude de cas du Village du Rétablissement

Cette analyse thématique descriptive vise à comprendre la mise en œuvre d'un dispositif d'accompagnement de personnes porteuses de troubles psychiques sévères dans un environnement propice à leur rétablissement. Elle permet d'exposer le contexte d'émergence, les relations humaines, les pratiques d'accompagnement, les confrontations et les espaces de négociation qui soutiennent l'existence d'une psychiatrie se voulant socialement innovante. Dans le cas présent du Village du Rétablissement, cela passe par l'aménagement d'un lieu où les usager.ères sont en mesure de co-crée un espace de vie communautaire, où leurs forces et leur autonomie sont soutenus par plusieurs accompagnateur.ices. Ce cinquième chapitre apporte donc des éléments de réponse à la question de recherche, puisque nous dresserons un portrait de ce dispositif, qui prend place sur les lieux de l'hôpital psychiatrique, et qui doit donc composer avec de multiples dynamiques humaines, des ressources matérielles et des normes institutionnelles imposées. Ainsi, en posant la question – dans quelle mesure une éthique du *care* décoloniale peut-elle s'intégrer à l'accompagnement de la santé mentale en Martinique – en exposant dans cette partie ce qui a été nécessaire à la création et à l'organisation de ce dispositif, avec quelle orientation politique, quels moyens humains et matériels, et quelles dispositions thérapeutiques.

Précisions contextuelles sur le VDR et sur le documentaire

Fondé en 2019, Le Village du Rétablissement (VDR) est un espace de transition, d'expérimentation et de vie en communauté pour la réinsertion sociale des personnes hospitalisées. Aménagé sur les hauteurs du site de l'hôpital psychiatrique Colson à Balata (Fort-de-France), il fait le pont entre l'institution psychiatrique et la réinsertion sociale des patient.es. La mission principale du VDR est la rééducation par le lien social, souvent brisé par l'hospitalisation longue durée, qui a commencé depuis très jeune pour certain.es. Au VDR, tous.tes sont « villageois.es », que l'on soit médecin, salarié.e, membre, bénévole ou patient.e (environ 30 personnes au total). Faire tomber la hiérarchie permet

des rapports différents entre patient.es et praticien.nes en santé mentale. Le VDR s'organise donc dans un environnement dédié au rétablissement, grâce à des activités motivant l'autonomie, les forces et l'autodétermination des patient.es. C'est une structure inédite en Martinique et dans l'accompagnement psychiatrique en France.

Sur le site du ministère de la Santé, le Village du Rétablissement figure toujours en 2025 comme l'un des « projets innovants financés puis pérennisés dans le cadre du FIOP ». Il est décrit comme un « Lieu résidentiel foisonnant d'activités afin de stimuler la reprise d'un rythme actif, en faisant le lien avec la cité par des interactions sociales et culturelles » et est qualifié d'« alternative positive à l'hôpital psychiatrique ». Au bout de 3 ans (donc en décembre 2022), le financement du projet a été pérennisé après l'évaluation déterminant que les objectifs initiaux ont été atteints. Cependant, comme me l'ont fréquemment mentionné les membres du VDR, la dotation a été subitement coupée par l'ARS Martinique en février 2023. Malgré tout, les personnes aidant.es salarié.es ont continué à y travailler, mais le VDR a dû fermer ses portes en fin d'année 2023, faute de moyens humains et financiers.¹⁰

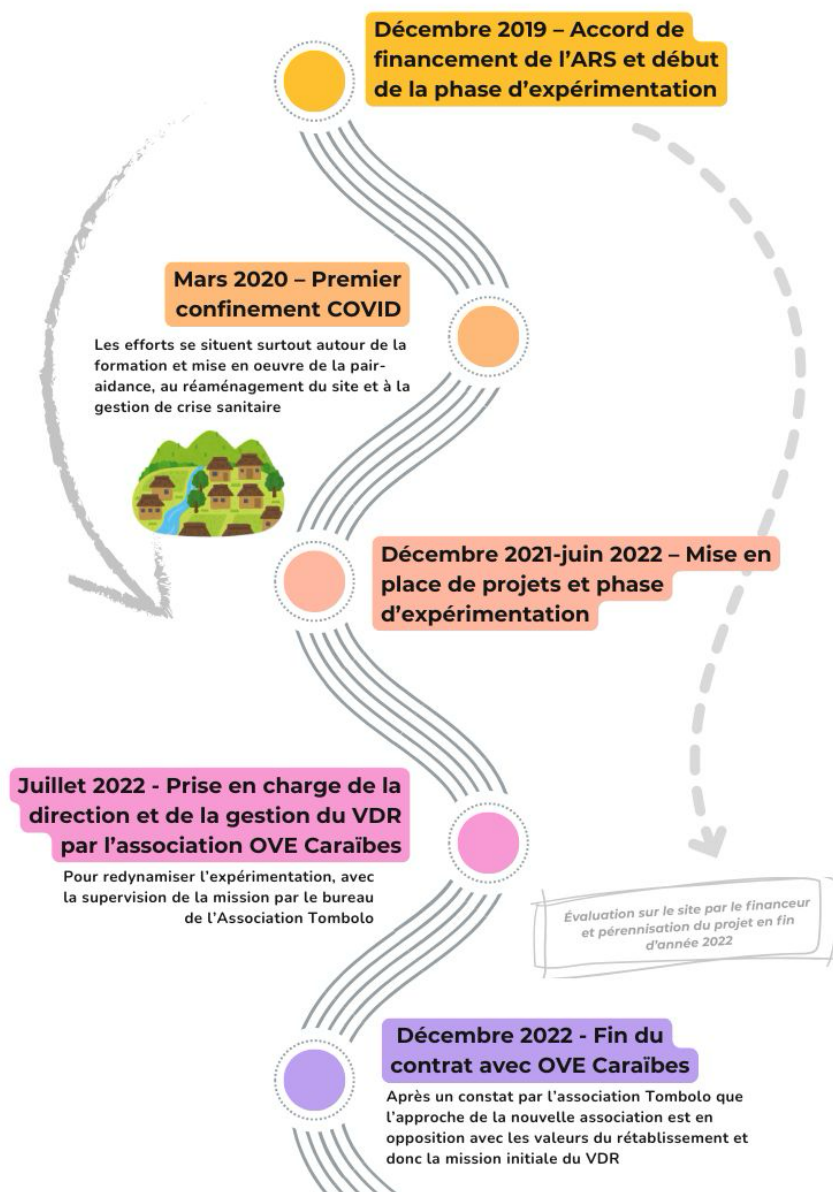
Nous porterons donc un regard particulier sur les pratiques du Village du Rétablissement qui l'ont rendu possible de ses débuts en décembre 2019 à sa fermeture en décembre 2023. Le contexte d'émergence du Village du Rétablissement, fondé sur la rupture avec les normes hospitalières et l'ouverture à des pratiques culturelles et participatives, offre un cadre idéal pour interroger comment une éthique du *care* décoloniale peut s'incarner dans l'accompagnement de la santé mentale en Martinique. Il révèle les tensions et les aspirations qui sous-tendent la transformation des pratiques psychiatriques, posant ainsi la question des dispositions et aménagements permettant de refaçonner l'accompagnement en santé mentale. L'analyse thématique suivante présente ainsi des éléments de réponse aux sous-questions de recherche suivantes : qu'est-ce que le Village du Rétablissement nous apprend sur l'organisation d'un projet alternatif à l'asile

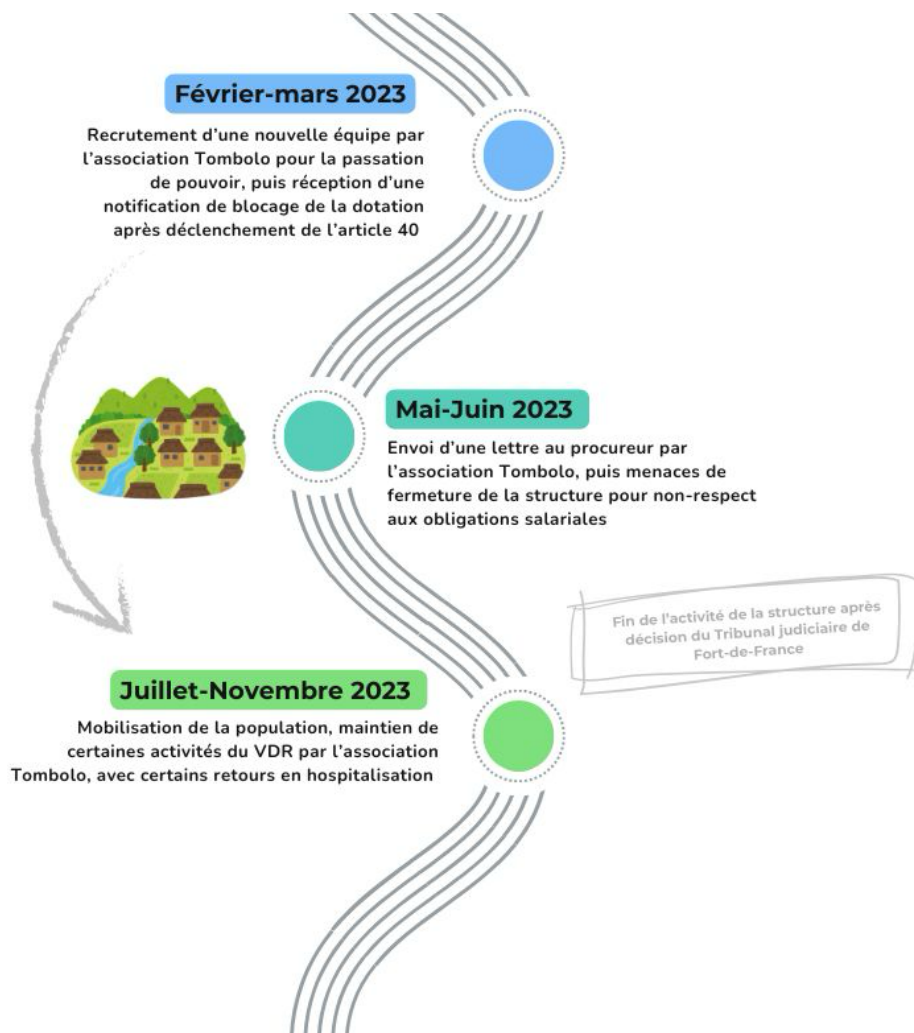
¹⁰ Nous avons également passé en revue le bilan d'activité du Village du Rétablissement. Les informations tirées de celui-ci seront citées comme ceci : (Association Tombolo, Bilan d'activité VDR, 2023, p.X). Les récits tirés d'entrevues figureront sous la forme de citations, parfois en italique lorsqu'elles font partie du texte. Lorsque les exemples proviennent du documentaire, cela sera explicitement énoncé.

psychiatrique en Martinique ? Comment s'articule et se transforme la relation d'accompagnement à travers ce dispositif ? Quels sont les principes, les méthodes et les pratiques permettant la mise en œuvre de ce projet en parallèle de l'hôpital ? Quelles sont les répercussions sur l'organisation et les représentations du soin en institution psychiatrique ?

Figure 1 – Frise historique du Village du Rétablissement

Source : produit par l'autrice d'après les récits collectés en entrevue





Nous pouvons voir qu'il y a eu plusieurs phases au projet, dont le commencement a grandement été interrompu et compliqué par l'arrivée soudaine de la pandémie de COVID-19. De juillet à décembre 2022, le projet a été transféré à l'association OVE Caraïbes, tandis que le bureau de l'association Tombolo veillait sur la « philosophie du Village du Rétablissement », comme me l'a rapporté un.e des membres. Cette passation a pris fin en décembre 2022, après que l'association Tombolo ait observé et signalé que l'association OVE Caraïbes menait le projet de façon très bureaucratique, peu humaine et en totale opposition avec les valeurs du rétablissement. L'analyse présentée dans ce chapitre concerne donc la période de décembre 2019 à juin 2022, puis de février à novembre 2023, signalée par l'icône « village » et les flèches à gauche de la frise chronologique.

Le film documentaire « *Mantjé Tonbé Sé Viv* (Danser la chute) » est réalisé par Wally Fall en 2023 et produit par Sanosi Productions et France Télévision. Il aborde le regard porté sur les questions de santé mentale en donnant la voix à des personnes portant divers diagnostics de maladies mentales. Ce documentaire a été tourné à l'Hôpital de Jour de Mangot-Vulcin, où les patient.es peuvent prendre part à des ateliers mis en place par l'équipe médicosociale du site. L'objet principal de ce film est la documentation d'un dispositif psychosocial mis en place par la chercheuse et artiste Siméline Jean-Baptiste, dans le contexte de l'Hôpital de Jour (HDJ comme le nomment les personnes qui le fréquentent). Le documentaire présente donc des scènes de déroulement de cet atelier, les témoignages des personnes diagnostiquées, mais aussi les échanges entre médecins de l'HDJ, thérapeutes de différentes pôles et médiateur.ices culturel.les externes. Cet atelier a eu lieu en juin 2023, alors que le projet du Village du Rétablissement (VDR) était également actif, encadré par deux des médecins qui font partie du documentaire. Celui-ci contient donc de nombreux points de résonance avec les projets, ateliers et expérimentations qui ont été menés entre 2021 et 2023 au VDR. En toile de fond du documentaire, la voix narrative du réalisateur représente également l'entourage familial des personnes touchées, en tant que proche de personnes diagnostiquées.

Dans un effort de préserver la dignité de chacune des personnes présentes dans le film, le réalisateur s'engage à ne présenter aucune des personnes apparaissant à l'écran comme porteuse d'une maladie mentale. Il fait lui-même partie du film afin de créer cette confusion entre qui est soignant.e et qui est soigné.e. Cette même approche est adoptée par les thérapeutes tout au long du film, mais aussi dans le cadre du Village du Rétablissement.

Dans l'analyse thématique suivante, nous faisons également abstraction des noms, des fonctions et des activités qui pourraient permettre d'identifier les personnes ayant partagé leurs récits. Les personnes dont les récits figurent dans cette analyse thématique ont toutes travaillé sur le Village du Rétablissement, entre 2019 et 2023.

5.1. Le contexte d'émergence du Village du Rétablissement

Cette section présente le thème **Contexte d'émergence du VDR** et répond aux questions « Pourquoi et quoi ? ». Il s'intéresse au contexte, aux inspirations et à la mission qui ont permis au Village du Rétablissement de prendre racine.



Figure 2 – Entrée du Village du Rétablissement, sur le site de l'hôpital Colson. Juin 2025. © Léa Lagier.

Le projet du Village du Rétablissement prend forme dans les imaginaires d'un psychiatre et d'une psychologue, qui à partir de 2016, introduisent la notion de rétablissement au sein de leur unité de soins psychiatriques à l'hôpital Mangot-Vulcin (Lamentin, Martinique) :

« La mission du Village, c'est d'abord toute cette question-là du rétablissement, qui venait en fait avec un nouveau champ paradigmatique, qui bousculait complètement la psychiatrie. C'est vraiment une révolution. Et en France depuis on va dire une dizaine d'années, cette notion-là du rétablissement, on commençait à voir, à travers des jeunes psychiatres, faire des thèses aux États-Unis, revenir avec des concepts assez novateurs. Et aussi au niveau des usagers qui eux aussi ont développé des approches. »

À partir de cette notion, ces personnes créent une structure prenant la forme d'un Hôpital de Jour (HDJ) sur le site du Centre Hospitalier Mangot-Vulcin. Les activités ayant lieu à l'HDJ en 2022 sont relatées à travers les soignant.es dans le documentaire « *Mantjé Tonbé Sé Viv* (Danser la chute) », par Wally Fall. Le cheminement vers cette approche est motivé à la fois par la détresse vécue par les familles, ainsi que par le constat du personnel médical constatant que les multiples approches mobilisées se sont avérées inefficaces jusqu'alors :

« Parce que les familles te disent ça se passe mal, peut-être que c'est vrai, le médicosocial te dit que ça se passe mal, peut-être que c'est vrai. Nous on va penser un endroit où, comme à l'HDJ, ça se passe bien. Pourquoi ça se passerait pas bien dans un lieu encore plus grand et qui couvrirait 24h et non pas simplement les heures où les gens viennent à l'hôpital ? »

Le Village du Rétablissement a donc tout d'abord été pensé comme une expérimentation alignée sur les principes du rétablissement, qui répondrait mieux aux besoins complexes des usager.ères. Elle prend la forme d'une communauté ouverte sur l'extérieur, où la patientèle peut se rendre librement :

« De fil en aiguille, on s'est dit, tiens ça serait peut-être un lieu qui ne serait pas hospitalier, qui ne serait pas conçu avec les normes hospitalières médicosociales, donc très libre, une sorte de tiers-lieu, mais on l'a pas nommé comme ça, où les gens de la cité pourraient venir, et où les gens puissent survivre en vendant des produits locaux, en accueillant des artistes. C'était un lieu comme ça, assez vivant. Dans l'idée c'était une sorte de terrain d'expérimentation des principes du rétablissement. Toute cette histoire de liberté, d'empowerment. »

Ce terrain d'expérimentation est décrit par ses initiateur.ices comme un processus qui a été mis en place au fur et à mesure de l'évolution de l'institution elle-même. L'un d'entre elleux dit : « *c'était tout un cheminement, au début on se disait, tout simplement en rêvant, de créer un lieu, où accueillir des gens, où des gens pourraient se rétablir au quotidien.* » Ainsi, le Village du Rétablissement voit le jour en 2019, après avoir été sélectionnée pour un financement sur trois ans du « Fonds d'innovation organisationnel en psychiatrie (FIOP) », alloué par le Ministère de la Santé via l'Agence Régionale de Santé Martinique.

Il est également important de nommer les deux structures expérimentales qui ont inspiré le Village du Rétablissement : l'hôpital de St-Alban en France, et l'hôpital de Blida-Joinville, en Algérie :

« Quand je venais au VDR, avec cette idée de prendre l'état d'esprit de St Alban, où les personnes vivaient ensemble avec leurs différences. Je me suis inspiré aussi de ce que les Italiens ont fait, avec la loi 180, qui permet de désinstitutionnaliser la psychiatrie, de se dire c'est pas uniquement un problème des sachants, mais de tous, qui permet d'avoir une approche beaucoup plus humaine. »

Le premier, situé en Lozère, s'est distingué pendant et après la Seconde Guerre mondiale par une rupture avec le modèle asilaire traditionnel. Sous l'impulsion de psychiatres comme François Tosquelles, Paul Balvet et Lucien Bonnafé, l'hôpital visait à améliorer les conditions de vie par l'instauration d'une communauté soignant.es-soigné.es. Malgré le recours aux techniques invasives de l'époque comme la lobotomie, Saint-Alban représentait le premier club hospitalier associatif, permettant aux patient.es de participer activement à l'organisation de leur quotidien, centré sur leur valorisation. Il a ainsi introduit une dimension démocratique et sociale dans les soins, qui inspirera la multiplication des clubs thérapeutiques dans d'autres hôpitaux français. François Tosquelle a également collaboré avec Frantz Fanon sur l'hôpital de Blida-Joinville pendant la guerre d'Algérie. La psychiatrie de l'époque était marquée par la ségrégation liée à la situation coloniale, où la patientèle était souvent enfermée, attachée, camisolée et soumise à des méthodes brutales. Le psychiatre a donc mis en place un programme révolutionnaire axé sur la libération des corps, la libre circulation des malades et la socialisation par le sport et la culture. L'objectif était d'y créer un environnement thérapeutique qui favorisait la réintégration sociale et citoyenne, transformant l'hôpital en une sorte de « village », plutôt qu'un lieu d'enfermement, comme c'était la coutume à l'époque (Bencharif et Ridouh, 2006, pp.31-34).

En Martinique toutefois, les idées fanoniennes sont souvent méconnues et victimes d'une récupération politique, dans le sens où sa popularité à l'international est utilisée tout en effaçant la visée révolutionnaire de ses idées. L'une des intervenantes l'explique : « *Mais*

c'est vrai que très vite, je me suis rendue compte que Fanon n'existait pas dans le paysage structurel. Il existe dans un paysage folklorique et assimilationniste, et de récupération surtout maintenant ».

En somme, les personnes aidant.es du Village du Rétablissement adoptent donc une posture ascendante, qui guide leur praxis et leur relation aux patient.es : *« Tout en respectant le cadre qu'ils avaient, parce que c'était une vie communautaire au sein du VDR, mais aussi au-delà de ça, ils pouvaient avoir des loisirs. Et ça a apporté un regard vraiment nouveau. »*

Il y a donc une dimension politique inhérente à la mission du Village du Rétablissement, qui façonne grandement ses activités, ses modes d'action et son organisation. Comme l'ont expliqué plusieurs personnes aidantes, la réhabilitation psychosociale est un moyen de soutenir le parcours de rétablissement. Elle fournit les outils, les stratégies et les accompagnements nécessaires pour que la personne puisse construire une vie qui lui corresponde et lui apporte satisfaction malgré la maladie. Le processus de rétablissement est donc engagé volontairement par la personne porteuse de troubles mentaux, dont le parcours peut être encadré par un suivi de soins en réhabilitation psychosociale, qui nécessite ainsi un changement de posture du corps soignant. Dans les principes du rétablissement, on parle de déprofessionnalisation et de désanitarisation du soin, c'est-à-dire que les soignant.es doivent se défaire de leur statut professionnel, et approcher les patient.es comme des êtres humains dans toutes leurs dimensions (Hostein, 2022). Ces principes de déprofessionnalisation et de désanitarisation sont des termes que les personnes aidantes du VDR ont souvent utilisé lors des entretiens.

Le thème suivant porte sur l'approche relationnelle du Village du Rétablissement, qui repose sur la création d'un tissu relationnel basé sur la collaboration, la formation et l'engagement des personnes aidantes, des personnes aidées et de leur entourage.

5.2. Les acteur.trices du Village du Rétablissement

Cette section contient des éléments concernant l'équipe du Village du Rétablissement, et répond aux questions « Par qui et avec qui ? ». En début d'entrevue, chaque membre s'est présenté en expliquant son expérience de vie personnelle ou professionnelle, ses formations, ses qualifications ainsi que son rôle et son travail au sein du VDR. Leurs récits rapportent également leurs expériences avec les personnes résidentes et aident ainsi à comprendre l'articulation des relations sociales au VDR.

Tous.tes villageois.es

L'un des thèmes premiers du documentaire *Mantjé Tonbé Sé Viv* concerne la hiérarchisation sociale en milieu hospitalier. Autour d'une table, les thérapeutes discutent de la sacralisation de la profession médicale, et témoignent de leur expérience en tant que médecins considérés comme tout-sachants. Ils s'accordent sur le fait que le diplôme ne crée pas le lien, ni la relation accompagnant-patient et garantit encore moins un bon soin. Plus tard dans le documentaire, les différents ateliers font en sorte que les parcours soient entremêlés : patients et accompagnants y prennent part ensemble, sans blouse blanche, brouillant ainsi les limites entre personne soignée et soignante. Comme au début du documentaire, la question des relations sociales au sein du Village du Rétablissement s'est donc posée assez tôt en entrevue. À la question « Comment est établie la relation entre participant.es et professionnels de santé ? », tous.tes les personnes interviewées ont souligné l'absence de hiérarchie et de séparation entre personnes aidées et personnes aidantes : « *on s'appelait tous 'les villageois', et du coup tu as du mal à faire la différence entre le villageois comme salarié ou le villageois bénévole, ou le villageois 'bénéficiaire', comme l'État le qualifiait.* » L'une des personnes intervenantes qualifie l'approche du Village du Rétablissement de socioconstructiviste, dans le sens où ce sont les interactions et les relations interpersonnelles entre toutes les personnes présentes qui ont permis de construire le mode d'organisation du village :

« Nous on a vraiment travaillé avec des humains, pas avec des malades, même pas avec des patients, juste avec des êtres humains tout simplement. Et y avait pas de hiérarchisation, de «

je suis le professionnel, tu es le patient ou le bénéficiaire », non vraiment tout le monde était sur le même pied d'égalité. C'était juste des personnes, certaines qui avaient certaines capacités, d'autres moins sur certains points, mais on s'apportait quelque chose les uns les autres et on apprenait de chacun. »

Dans le documentaire, l'un des psychiatres souligne l'importance du langage employé pour désigner les personnes aidées. Il fait une différenciation claire entre l'appellation de « patient », qui est associée à un diagnostic au sein de l'hôpital, et celle de « participant », qui, dans le cadre du Village, désigne plutôt une personne engagée dans son rétablissement et qui entreprend un cheminement thérapeutique. En règle générale, les relations sociales au VDR s'appuient sur la philosophie du « tout Moun sé Moun » (tout le monde est quelqu'un), qui engage à prendre en considération la personne et non la maladie : « au VDR, nous parlons de participant.es et non de patient.es, de facilitateur.trices, d'encadrant.es, et non de salarié.es ou bénévoles » (Association Tombolo, Bilan d'activité VDR, 2023, p.7). En entrevue, une autre personne soignante a préféré l'appellation « séjournant.e », compte tenu du fait que le Village du Rétablissement représente un espace de transition temporaire, permettant aux personnes de recréer une vie en société et ainsi de combattre l'enfermement : *« il faut que les séjournants se voient dans les soignants. Parce qu'on est tous au même pied d'égalité, en fait. [...] on a tous un petit grain de folie dans la tête. Est-ce que tu vas l'arroser ou ne pas l'arroser? Il suffit juste de lui donner un petit peu plus d'eau ou moins d'eau. »*

Cette identification aux personnes aidées rappelle cette idée de la sensibilité sur laquelle Salamanca Gonzalez s'appuie dans sa thèse. Elle explique que le recours à la sensibilité en milieu médical s'impose au-delà des exigences éthiques et déontologiques, parce que nos vies, et notre perception même de ce qu'est la santé, sont affectives. Elle rappelle l'étymologie de « pathologie », qui est « le discours ou le traité sur ce qu'on éprouve, ce qu'on ressent, ce qu'on subit, c'est-à-dire ce même « pathos » qui affecte fondamentalement le vivre humain » (Salamanca Gonzalez, 2021, p.287). Dans le contexte du Village du Rétablissement, le développement de cette sensibilité est central, puisqu'il constitue un vecteur de transformation sur ce que représente la santé mentale dans l'imaginaire collectif. L'une des personnes aidantes affirme :

« Quand on parle de santé mentale, on dit que c'est une catégorie de personnes qui peuvent se retrouver là. Alors que c'est faux. Tu vois on est en train de parler, mais on peut se retrouver dans cette posture-là. Alors qu'on n'a pas d'antécédents, c'est juste un stress ou un truc comme ça. Ça peut arriver à n'importe qui de se retrouver là. [...] ça nous a sensibilisé énormément de pouvoir être là avec notre casquette, une casquette plus humaine, plus sensible. »

Plusieurs volets de formation et de formateur.ices

Les personnes aidantes au Village du Rétablissement ont toutes suivi une formation de Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM). C'est un programme australien, créé il y a une trentaine d'années sur le modèle des premiers secours en santé physique, afin de doter les citoyens de compétences pour réagir face à une personne en détresse psychique en l'absence de structures adaptées. Diffusé internationalement, il est arrivé en France en 2019. L'association PSSM France, basée à Lyon, détient le monopole de la formation et de l'accréditation des formateur.ices. Le dispositif comprend différents modules, dont un spécifique pour les adultes en contact avec des jeunes de 11 à 25 ans, et repose sur des principes fondamentaux tels que le respect de la dignité, le non-jugement et la bienveillance. Il vise ainsi à renforcer la capacité des citoyens et des citoyennes à établir un lien d'aide, à apporter un premier soutien et à orienter vers les ressources professionnelles, tout en développant une culture de prévention en santé mentale. Additionnellement, plusieurs personnes aidantes expliquent qu'il y avait également des formations continues, sous forme de réunions sur des thématiques particulières, où iels travaillaient surtout les postures, la question du rétablissement, l'empowerment et l'espoir, en équipe.

Au-delà de la formation PSSM, les personnes aidantes du Village du Rétablissement ont beaucoup insisté sur l'apprentissage par échange avec les personnes accompagnées. En entrevue, cette modalité de formation était fréquemment décrite comme un processus interactif et dialectique, visant à renverser la dynamique hiérarchisante entre patient.e et soignant.e. Les formations étaient donc grandement basées sur le savoir expérientiel des personnes aidées :

« Ce sont des personnes qui viennent avec une expérience, et qui viennent nourrir notre pratique, avec les erreurs et tout le reste. Les traitements on sait qu'ils ont des effets secondaires, nous on les a jamais vécus, mais eux ils les ont vécus, eux ils ont subi. Donc leurs retours étaient très éclairants pour nous. [...] Donc se former au gré des circonstances, au gré du terrain, et amener vers cette idée majeure qu'il n'y a pas une psychiatrie absolue, pas de vérité psychiatrique, y'a simplement des humains qui essaient de s'en sortir, et nous on est là pour éclairer un terrain et pas pour le tracer pour eux, ou même pour nous. »

Ainsi, la pluralité des formations est un élément fondamental dans l'approche d'accompagnement au Village du Rétablissement : elle s'effectue en continu et en relation directe avec les personnes en voie de rétablissement. Le fait de déposer la blouse blanche permet d'adopter des postures très différentes, qui viennent changer la hiérarchie du savoir et invitent les personnes aidées à contribuer directement à leur parcours thérapeutique. Comme aperçu dans le documentaire et également rapporté en entrevue, les professionnel.les de santé ne sont plus interpellés par leurs titres et noms de famille, mais simplement par leurs prénoms dans leurs échanges quotidiens avec les personnes accompagnées.

La pluralité des profils de personnes aidantes permet également une approche moins régie par les protocoles et les procédés strictement médicaux. L'une des personnes aidantes l'explique :

« Peu importe ta casquette, il y avait des soignants, il y avait un jardinier, il y avait des membres de l'association, ce qui faisait que chaque personne avait une posture différente et donc on pouvait capter par la posture, plusieurs catégories de personnes. Parce que quand on donne un soin, on a une posture de soignant. On a des protocoles, on a des trucs comme ça. Et dans le Village du Rétablissement, tu as une posture d'aidant.e, tu as une autre vision des choses. Quand tu as le protocole, il y a beaucoup de choses que tu ne peux pas faire avec un patient. Donc, amener ce patient dans un autre cadre, on réussit à mieux les comprendre parce qu'ils se lâchent en fait. Et des fois, il faisaient un séjour au VDR, après il revenaient. Donc là, on pouvait effectivement les évaluer par rapport à certaines choses qu'on ne pouvait pas évaluer dans l'enceinte de l'hôpital. Parce que c'est deux personnes différentes. Les gens sont pas pareils quand ils sont dans l'hôpital, et au VDR, c'est pas pareil du tout. »

En plus d'avoir un impact positif sur les personnes aidées, ce changement de contexte que permet le Village du Rétablissement a également un impact sur la façon de relater entre soignant.es. Se défaire de l'étiquette « soignant.e » et « patient.e » permet de se voir dans l'autre, de se découvrir mutuellement en tant qu'êtres humains, dénués de titres, de statuts, et de diagnostics. Dans la continuité de cette philosophie, l'hôpital a tenté d'intégrer des personnes médiatrices de santé paires (aussi appelées personnes pair-aidantes) au Village de Rétablissement au début du projet :

« Il y avait une proximité qui fait que tout le monde développe une sensibilité aux problèmes des uns et des autres aussi. Parce que même là, on avait des pensionnaires, on les appelait des « parents ». Ils sont passés effectivement par la phase de crise, hospitalisation et tout, et ils reviennent témoigner, puis dire « oui j'y suis arrivé, tu peux aussi arriver, on va te prendre par la main, on va t'aider, ça ira mieux ». Donc il y avait aussi cette approche de pairs-aidants, et tous ces gens-là, c'étaient des volontaires, des anciennes personnes de Colson qui venaient faire des actions concrètes, mais qui n'avaient pas l'étiquette de soignants. »

Cette expérimentation a toutefois été de courte durée, en raison de manque de moyens humains et financiers. Nous aborderons ces aspects en 5.5.

Un accompagnement basé sur les réalités de la patientèle

Initialement, le Village du Rétablissement a été créé pour la patientèle internée de longue date, présentant des diagnostics sévères et des symptômes qui nécessitent, selon les protocoles de l'hôpital, qu'elle soit prise en charge complète dans l'institution. Les personnes interviewées ont décrit les profils rencontrés qu'ils devaient accompagner :

« Parce que souvent la maladie mentale touche les individus encore jeunes, en pleine maturation, construction. Et boum ils sont hospitalisés, on leur donne des traitements, et plus rien derrière. On se focalise sur les traitements et il ne lit plus, il ne sort plus, il n'a plus d'acquisition nouvelle. Et tu veux qu'il vive tout seul dans un appartement. Et les gars qu'on faisait sortir, ceux de l'hôpital qui sont venus vivre au village, c'est des gars, la majorité d'entre eux, qui ont un niveau d'instruction bas, qui n'ont jamais vécu seuls, n'ont jamais

voyagé non plus, même à St Lucie ou en Guadeloupe. Certains d'entre eux n'ont jamais pris la pétrolette¹¹, le TCSP¹², le bus. »

« Et c'est un challenge, parce que les résidents étaient uniquement les cas les plus graves, les plus « désespérés », dont les diagnostics médicaux disaient qu'ils ne pouvaient pas adhérer à un projet, qu'ils étaient foutus pour toute leur vie, qu'ils devaient vivre au sein de l'hôpital, parce qu'il n'y avait rien d'autre pour eux en dehors de l'hôpital, ils sont en situation de rupture familiale, etc. En connaissant ça, ça a été un challenge, mais on a voulu expérimenter avec ce public-là. »

En pratique et au quotidien donc, le projet du Village du Rétablissement a dû s'adapter aux divers parcours des personnes aidées, ce qui nécessitait souvent de l'adaptation soudaine au niveau de la posture adoptée, des moyens mobilisés et de la sensibilité de chaque personne accompagnatrice :

« J'ai dû lui dire des choses que j'ai été puiser au fond de moi, parce qu'en fait cette réalité de l'expérience humaine, c'est aussi aller chercher les choses en soi, des vérités, des réalités. Comment j'accepte que quelqu'un ait fait ces types de choses ? Comment je peux vivre sereinement avec cette personne, sachant qu'elle peut être potentiellement dangereuse, où je dois lui projeter de l'amour et rien d'autre ? Et quand je dis rien d'autre, c'est vraiment rien d'autre. Donc il faut que la personne se sente en confiance. »

Ce dernier témoignage montre bien toute la sensibilité requise pour appréhender la question de l'accompagnement de la santé mentale en Martinique. Les personnes accompagnatrices doivent fréquemment remettre en question les explications stigmatisantes qui sont inculquées socialement au sujet de la folie, du trouble psychique, et de sa gestion. Pour assurer un soin qui se veut innovant et qui vise à la réinsertion sociale, les personnes accompagnatrices s'engagent elles-mêmes dans un processus de transformation personnelle, qui nécessite d'interroger ses propres idées préconçues.

¹¹ Navette maritime permettant de se rendre de Fort-de-France aux Trois-Ilets, une commune côtière au sud de l'île.

¹² Transport Collectif en Site Propre, système de transport public qui circule, en totalité ou en partie sur une voie qui lui est réservée.

L'engagement de l'entourage familial dans le processus de rétablissement

Malgré les efforts de composer avec tout l'écosystème de chaque patient.e, toutes les personnes aidantes ont nommé un obstacle récurrent au processus de rétablissement : la perception de la maladie mentale, et plus largement de l'hôpital Colson dans la société, où le Village du Rétablissement se situe. Les familles des personnes accompagnées sont profondément imprégnées de cet imaginaire socio-culturel :

« Là tout avait une étiquette du fou car c'est Colson. Donc en fait c'était la poubelle des familles qui avaient tout fait pour essayer de guider leur enfant. Quand ça arrivait, ils connaissaient pas la psychiatrie. Ils se disaient : on lui a jeté un sort. C'est la culture hein. La plupart de ceux qui sont là ils ont subi ce cheminement. Alors ce qu'ils allaient faire en premier lieu, ben ils allaient voir un gadézafe (un voyant). Bon des fois ça fonctionnait pas, mais des fois c'était bien. Mais du coup la honte parce que la famille avait ce genre de personnage-là qui te faisait n'importe quoi, ils allaient dans les boutiques, ils jetaient des poubelles, c'est le fils de madame un tel qui a fait ça tu vois et madame un tel qui ne voulait pas qu'on la juge ou qu'on lui mette une étiquette. Donc on les a abandonnés là. »

« Des fois la famille a du mal à comprendre la pathologie. Ou même si elle l'entend, mais c'est compliqué je pense pour les familles, elles sont pas suffisamment accompagnées. Tu as ton fils qui a des troubles, ta mère ou ton frère, tu sais pas trop comment faire avec eux. On va leur donner des médicaments, mais les réactions qu'ils peuvent avoir vont te traumatiser aussi. Donc je comprends les familles, parfois elles ont aidé, fait ce qu'elles ont pu, mais elles n'avaient pas les armes qu'il fallait pour aider. Et elles ont abandonné. Et eux-mêmes ça les faisait souffrir aussi. Quand tu vois que tu aimes, et que tu essaies de le ramener à la réalité, et qu'il te raconte des choses...toi-même tu vas souffrir et tu seras pas apte à pouvoir l'aider. Et y'en a qui préfèrent mettre loin des yeux et voilà, il est à l'hôpital, je le vois pas donc je ne souffre pas de sa maladie. Je me protège comme ça. »

En réponse à ces idées préconçues de longue date, l'un des axes de la mission du Village du Rétablissement a été d'amener les familles à se réintégrer au parcours thérapeutique des personnes aidées. Les personnes aidantes appelaient régulièrement les membres de la famille à maintenir un lien avec leur proche. Celles-ci étaient encouragées à venir visiter leurs proches sur leur lieu de vie au VDR, voire à communiquer directement avec elleux sans passer par le corps médical, chose qui n'était pas possible à l'hôpital. Les personnes

accompagnatrices ont toutefois été heurtées à beaucoup de réticence de la part des familles, que ce soit au niveau des visites ou autour du concept même de rétablissement :

« Il y a beaucoup de choses qui sont cachées mais pourquoi cacher les difficultés humaines ? Il faut y aller main dans la main pour pouvoir aider nos frères, il faut qu'on arrive à nous aider. Je suis sûre qu'il y a beaucoup de gens qui sont touchés par ça, parce qu'on connaît ça dans toutes les familles. Dans toutes les familles, c'est juste qu'il y a beaucoup de stigmatisation et beaucoup de tabous. Et comme ils sont loin, ils sont moins là, ils sont cachés, on les oublie. Colson c'est loin, donc pour venir jusque-là, il faut que déjà mentalement tu le veuilles, monter à Balata, pour voir quelqu'un qui t'a fait du tord, il faut être fort mentalement pour monter là. Et si on te dit effectivement, tu sais, il y a le village du rétablissement, X il est là depuis une semaine, on voit des améliorations et tu viens le voir dans un cadre qui est plus agréable. Tu te dis, ah, c'est autre chose. C'est un lieu de la nation¹³ où tu peux parler à ton frère, ta famille. »

En somme, les personnes encadrantes interviewées soutiennent qu'il y a tout un travail d'éducation, d'accompagnement et de suivi à faire autour de l'idée carcérale de la gestion du trouble psychique en Martinique, afin d'atteindre une forme de collaboration avec les familles :

« Je me rappelle un gars, la famille ne voulait absolument pas, on faisait tout pour le faire sortir, même s'il était difficile, il voulait sortir, mais nous on continuait à trouver des lieux d'accueil. Et la famille tout le temps, refusait de le faire sortir, avec des menaces hein 's'il arrive quoi que ce soit, bref '. [...] Il ne comprenait pas. Je leur disais à la famille, venez lui dire par vous-même, pour qu'il l'entende, et qu'il ne pense pas que c'est nous qui faisons obstacle. il me répondait 'Mais pourquoi on ne me donne pas ma chance', comme s'il était en prison. »

« Sauf que celui qui est enfermé à l'hôpital, c'est ce qui le rend encore plus malade, ce manque de lien. Parce que même quand il est avec toi, quand il a fini sa crise, une fois qu'elle est passée, il a ce lien là avec toi, il peut revenir. Donc pour lui, il n'a pas vécu les conséquences de la crise. Y'a beaucoup de personnes, en crise, elles vont tout écraser autour d'elles. Toi en tant que famille ou proche, tu vas te rappeler qu'il a tout écrasé dans ta maison. Lui il va pas s'en rappeler forcément, ni se rendre compte de l'impact que ça a eu sur toi.

¹³ Un lieu public, où tout le monde peut se rendre.

Donc peut-être qu'il va revenir en disant « ma sœur, etc », mais non toi tu vas te rappeler « j'ai souffert de ci, de ça, j'ai pas envie de revivre ça. » Et on se ferme, on les met de côté, et c'est pas de leur faute. Mais j'entends aussi, que ta télé a été écrasée, que ce que tu avais travaillé pour, et que tu en souffres aussi. »

Pour tenter de maintenir ces liens, l'association Tombolo travaille avec l'Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) Martinique, une association qui accompagne et soutient les proches de personnes atteintes de troubles psychiques sévères, et propose des volets d'éducation, d'ateliers pour la déstigmatisation de la maladie mentale. Cette collaboration permet de créer un pont entre familles et patient.es, de changer les mentalités autour de la maladie mentale, et ainsi d'opérer un changement sur plusieurs plans. Ces préjugés ont souligné un besoin essentiel pour les personnes aidées : la nécessité d'être entouré par des personnes qui leur sont familières. La notion de proximité avec la famille est identifiée par plusieurs personnes aidantes du VDR comme étant un besoin vital des personnes aidées, peu importe la sévérité des troubles ou la durée de l'enfermement :

« C'est important la famille, d'être traité comme un humain. Ils ont vraiment besoin de ça, c'est quelque chose qui leur manque. [...] c'est ce qu'ils appréciaient, d'être avec quelqu'un qui les traite comme un membre de la famille. »

« La première chose à faire quand on est effectivement des apprenants du village, c'est mettre autour la famille et faire comprendre qu'il y a le village [...] mais nous avons besoin d'eux aussi. Parce que c'est aussi la famille qui connaît le mieux les personnes. C'est aussi eux qui les ont vu grandir. Chacun a sa pierre à mettre. »

En somme, le Village du Rétablissement mobilise plusieurs corps encadrants dans l'accompagnement du parcours de rétablissement des patient.es. Malgré le faible engagement des familles, le besoin d'un entourage familial a été identifié très tôt et a constitué l'un des premiers pans de l'organisation du Village. Les savoirs multiples des personnes soignantes, éducatrices, formatrices alliées à ceux des personnes accompagnées ont donc constitué l'un des piliers du VDR. Cela montre aussi que la mobilisation des acteur.trices est un élément prépondérant pour l'accompagnement. C'est par la création

d'un écosystème de personnes bienveillantes, engagées et attentives aux besoins de la patientèle que les mécanismes de dés-attention entretenus dans l'institution psychiatrique sont déconstruits. L'accompagnement de la santé mentale prend ainsi un chemin visant à changer les mentalités prises dans les schémas coloniaux de ce que « prendre soin » veut dire.

5.3. Le processus d'accompagnement au sein du Village du Rétablissement

Cette section aborde le processus relationnel d'accompagnement qui prend forme au sein du Village du Rétablissement, répondant à la question « Comment ? ». Cela passe à la fois par la création du lien social, l'identification des besoins des personnes accompagnées et l'aménagement d'un espace de vie communautaire permettant un regain d'autonomie et d'auto-détermination. Nous exposons dans cette partie l'organisation du Village du Rétablissement, à travers cinq sous-thèmes : « *Recréer du lien social tout au long du parcours thérapeutique* », « *Briser la stigmatisation* », « *Organiser l'espace-temps de vie* », « *Conceptualiser l'autonomie et l'auto-détermination dans la vie quotidienne du village* », « *Rééduquer par le biais d'un accompagnement pas à pas* » et « *Retour à la culture partagée et ré-ancrage dans le patrimoine culturel* ». Ce déroulement dessine l'approche sensible, patiente et réflexive qui caractérise l'accompagnement au Village du Rétablissement, et qui vise à renverser les schémas coloniaux d'emprisonnement et de dissimulation des personnes porteuses de troubles psychiques.

Recréer du lien social tout au long du parcours thérapeutique

Dans le documentaire « *Mantjé Tonbé Sé Viv (Danser la chute)* », la question du lien est omniprésente, que ce soit entre familles et patient.es, entre patient.es et personnel soignant, ou entre patient.es même. Le terme « lien » est souvent utilisé au sens de ce qui rassemble les personnes concernées, par opposition à la distance créée par le stigmate de la maladie mentale, par les crises que traversent les personnes aidées, ou par la honte de porter un trouble psychique, symptôme d'anormalité et de non-conformité. Ainsi, le premier champ d'action des membres du Village du Rétablissement consistait à raviver

ce lien, souvent brisé par l'isolement systématique des patient.es en unité de soins psychiatriques. L'une des personnes aidantes témoigne :

« Ce qui était vraiment important au VDR, c'est le lien. C'est vraiment la différence...Quand on est en psychiatrie, souvent les gens sont entravés. Y'a du lien mais dans le côté négatif, au VDR y'a du lien humain. Je veux vraiment faire le parallèle entre ces deux-là, le lien où tu es lié à quelque chose, à un lit, tu es entravé, et à l'extérieur, tu as un lien social, avec l'être humain. »

À la question « Dans le cadre du VDR, comment vous établissez et entretenez le lien social ? », plusieurs membres répondent que ce travail de lien se tisse sur le temps long, durant lequel il s'agit de ne pas imposer un soin, d'apprendre à connaître la personne aidée, et de s'adapter à ses réalités multiples lorsqu'elles surviennent. De nombreuses expériences en cuisine ont été rapportées, puisque c'est une activité qui mobilise tout le monde en même temps, deux à trois fois par jour. Lorsque certain.es résident.es ne voulaient pas participer à la préparation des repas, les autres le faisaient, manifestant une certaine de bienveillance et de solidarité qui prenait forme dans le groupe. Aussi, à la demande des séjournant.es, des rassemblements, ateliers et fêtes étaient souvent organisées afin de maintenir ce lien social et cette ouverture sur la cité :

« Il y avait de la vie autour de lui et ça lui rappelait sa famille [...] qu'il ne voyait plus. Mais le fait qu'il y ait des fêtes et qu'il y ait du monde autour de lui, ça lui rappelait les fêtes quand il était plus jeune dans sa famille. Il aimait qu'il y ait du bruit autour de lui, même quand les enfants font des bêtises et couraient partout. Il était content tu vois. [...] les résidents avaient vraiment besoin de voir des enfants, de cette fraîcheur. [...] la base de tout, c'est le lien, la solidarité, le non-jugement. »

Briser la stigmatisation

En parallèle du maintien de ce lien social, il y avait également tout un travail de déstigmatisation à opérer en continu. Cela passait par la normalisation de certaines actions des résident.es, qui, en dehors du village, seraient considérées comme totalement anormales, voire contribueraient à leur mise en isolement :

« On avait un résident par exemple, qui avait des hallucinations olfactives. [...] il sentait qu'il y avait le feu quelque part, que quelqu'un brûlait quelque chose. [...] on entendait ce qu'il disait, il cherchait partout le feu, on allait avec lui. On lui demandait, tu penses que le feu est où ? On allait avec lui, on l'accompagne, on peut descendre, on peut regarder, j'entends que tu sens cette odeur-là, moi je ne la sens pas, je vais pas faire comme si. Il se peut qu'il y ait pas le feu, et que tu sentes cette odeur-là, et c'est ok, y'a pas de problème. Mais on va pas appeler les pompiers. Le résident a pris le siphon et il arrosait, et on l'a laissé faire. Parce que s'il en a besoin, si ça peut calmer son anxiété, le rassurer, si y'a un feu et le fait de mettre de l'eau ça le rassure, nous ça nous empêche pas de vivre en fait. [...] On n'était pas dans le jugement. »

« [les ateliers socioculturels] c'était de donner aussi l'espace pour crier, pour sauter, pour utiliser le corps d'un « fou ». Parce que cet atelier, c'est quand même de dire aux gens de crier, de sauter, de rouler au sol et de leur dire, on est en train d'apprendre à faire du *bèlè*. Si je ne dis pas que c'est dans le cadre d'un atelier, et que je vais au service et que je fais ça, on va me prendre pour une folle. Donc finalement la question de la folie venait aussi changer de visage pour eux. Et pour nous, de voir aussi que j'ai le droit de crier, ça ne veut pas dire que si je crie, j'ai forcément un problème. »

Dans les récits des soignant.es, la notion de don d'un espace-temps compréhensif, réflexif et patientèle revient souvent. Dans sa théorisation d'une perspective socioculturelle de la santé collective, Salamanca Gonzalez examine cet aspect du temps entrelacé au sens donné aux actions et aux interactions avec la patientèle. Prendre le temps de comprendre la personne en face de soi implique une perte de temps pour l'institution, mais représente un gain de sens à la fois sur le contexte de la personne accompagnée, et pour la construction de l'accompagnateur.trice en tant que personne (Salamanca Gonzalez, 2021, p.277). Comme le témoigne la dernière citation, accorder de l'espace-temps aux comportements inhabituels, anormaux, déviants permet de redonner de la valeur aux symbolismes culturels qui façonnent le tissu de la relation soignant.e-soigné.e. Néanmoins, cela nécessite et provoque à la fois un changement de logique dans l'approche accompagnatrice. C'est rejeter l'idée d'un « bon médecin », lorsque les bons médecins prescrivent des médicaments, performent des actes chirurgicaux, remplissent tel qu'attendu des formulaires d'évaluation et atteignent des objectifs annuels (ibid). Ce changement de paradigme s'établit grâce à un espace et un temps qu'il faut organiser en

tenant compte des rapports de pouvoir, des cadres institutionnels et des marges laissées aux expérimentations.

Auto-organisation de l'espace-temps de vie

Les conditions d'intégration du Village du Rétablissement se résumaient à trois grandes règles, que l'une des personnes soignantes explique dans le documentaire : « toute personne qui a une maladie mentale, qui soit d'accord avec le fait de travailler en groupe, et qui s'il fume, soit ok avec le fait de ne fumer qu'en dehors des lieux ». Les patient.es s'y rendaient sur une base totalement volontaire. Il s'agissait de partager un espace de vie commune, situé dans les hauteurs de l'hôpital Colson. Des anciens bureaux de médecins laissés à l'abandon ont été réhabilités en lieux d'habitation comprenant cuisines, toilettes, chambres, salons et espaces verts.



Figures 3 et 4 – Lieux d'habitation des résident.es au VDR. Juin 2025. © Léa Lagier.

Ma visite au Village du Rétablissement en juin 2025 a permis de visualiser l'espace de vie des résident.es. À la gauche du portail d'entrée se situait un espace recréant une forme de « jardin créole », symbole culturel important dans la société martiniquaise, dont de nombreux foyers disposent sur leur terrain d'habitation :

« On avait des moutons, on avait des cabris, on avait des lapins. C'était recouvert. C'était habitable. On a eu un âne. Là, il n'y a que de l'herbe. On avait des aubergines ; on avait des piments végétariens. Le truc était magnifique. Les gens passaient, ils me disaient, « ah ouais ça pousse et tout ». Il y avait de la vie, autant dans le jardin que dans la maison. Partout il y avait de la vie. »



Figure 5 – Jardin partagé entretenu par les résident.es du VDR. Août 2023. © Jean-Michel Hauteville, France-Antilles Martinique.

L'objectif premier de ce lieu de vie était de motiver les résident.es et donc de régénérer de l'activité au quotidien :

« On a fait ce poulailler-là, parce qu'il faut que tu te lèves le matin, ouvrir la porte pour que les poules puissent sortir. Changer l'eau, donner à manger. Au moins 2 fois par jour. Et une fois par semaine tu nettoies le poulailler. Ça t'engage. Et tous les jours, même lorsqu'il y a un cyclone, tu le fais. Donc si tu veux stimuler quelqu'un, même si c'est une tâche ardue, faut le faire. Faut que quelqu'un se coltine ça. Les moutons même chose, même s'il faut que tu les sortes de leur enclos, c'est encore plus simple. Tu les sors, tu les mets dans un endroit, et l'après-midi, tu les fais retourner à l'enclos. »

Quelques exemples d'activités organisées ont été nommés en entrevue, mais sont aussi visibles tout au long du documentaire : « *on faisait de la cuisine, de l'artisanat, du jardinage* » / « *des actions socio-culturelles, notamment sur la musique, le cinéma, la vidéo* » / « *des sorties de balade, comment prendre les transports* ». Les activités organisées tantôt par les personnes accompagnatrices du VDR, tantôt par des intervenant.es extérieur.es, ont permis de créer un dynamisme et un vivre-ensemble où tous.tes les villageois.e, soignant.es et soigné.es confondu.es, étaient en mesure de se rencontrer, d'échanger des jeux et activités, d'intégrer de nouvelles idées ou d'apprendre de nouvelles choses qui devenaient des valeurs communes.

Additionnellement, le village était complètement ouvert aux autres services de l'hôpital, notamment le service rétablissement qui proposait régulièrement à ses patient.es de se rendre au VDR. Cela permettait de susciter un intérêt pour des activités hors de l'hôpital, dans un cadre familial mais tout de même nouveau :

« Il y en avait qui allaient dans le jardin, qui parlaient, qui se remémoraient leur passé parce qu'ils avaient vu une poule et hop, ils sont montés dans leur enfance, ils ont vu un cabri, ils disaient, ah oui mais quand j'étais petit je faisais ça comme ça avec mon père. Et on pouvait effectivement, par rapport à cette déformation-là, les emmener à faire des choses. Parce qu'en fait c'était ça le but, de pouvoir les emmener sur un chemin de sortie, un nouveau départ. C'était vraiment un lieu où l'environnement était très apaisant, les personnes y étaient chez elles, tout simplement. Elles sortaient de l'hôpital, elles devaient se reprendre en main entre guillemets, mais elles avaient leurs petits cocons, leurs chambres, c'était chez eux. »

Le bilan d'activité rapporte également une perspective plutôt satisfaisante par rapport à la vie commune. Plusieurs projets d'autonomisation se mettent en place et montrent l'ouverture vers un mieux-être, ponctuée par une reprise de vie sociale. Certaines expériences rapportées montrent les défis dans cette réadaptation au vivre-ensemble. Il s'agissait alors de raviver leur intérêt pour la solidarité et la vie en communauté :

« Pour les courses, y'en a un qui faisait la liste, qui a décidé lui-même parce que quand l'autre écrivait on comprenait pas. Et en fait ils ont fait leur petite cuisine interne, au bout d'un moment ils ont appris à se connaître, à repérer les points forts et faibles des autres, pour

pouvoir mieux vivre ensemble. Et c'est génial, quand on te dit que c'est des gens qu'on infantilise, on dit « ils sont pas capables de faire ci ou ça », ça demande quand même beaucoup de s'organiser de la sorte. C'était déjà une grande avancée, quand on te dit que c'est des gens avec qui on pouvait rien faire. [...] Quand ils étaient hospitalisés, c'était chacun pour soi, dans son coin. Si on fait pas de toute façon y'a quelqu'un qui amènera le repas donc on va manger. Si on n'a pas débarrassé y'a forcément quelqu'un qui n'a pas débarrassé, si tu vas aux toilettes tu n'as pas tiré la chasse, y'a des gens qui passent pour nettoyer. Donc ils étaient dans une sorte d'infantilisation. C'était juste vraiment leur dire, [...] 'laissez-nous tranquille, embêtez-nous le moins possible', c'est cette sensation. C'est comme ça qu'ils l'ont vécu, qu'ils ont pu nous l'exprimer. Alors que là, ils avaient leur lieu d'habitation, on avait mis en place un planning, chacun fait le repas à tour de rôle, pour que chacun y mette du sien, vraiment faire en sorte qu'ils comprennent que la solidarité était importante entre eux. »

Cela montre toute la difficulté que représente l'autogestion, de soi-même et de la vie en communauté. Après avoir été hospitalisés et enfermés, les résident.es doivent assumer et entretenir la responsabilité de leur liberté. La tâche des personnes accompagnatrices consistait à construire des espaces de négociation et de discussion permettant aux résident.es de pleinement habiter leur parcours thérapeutique. L'une des personnes accompagnatrices l'image comme un dilemme philosophique que certains patient.es traversaient lorsqu'ils exprimaient le désir de retourner en hospitalisation : « (...) *parce que tu as des droits mais des devoirs aussi qui vont contrebalancer la toute liberté. Et ça tu peux pas le régir de manière très technique, mais c'est au quotidien : comment on y arrive, sans fâcher l'individu...et tu trouves des compromis.* » Il est tout de même important de relever que certain.es patient.es préféraient rester dans le cadre de l'hôpital, car perçu comme familier et donc plus sécuritaire. Il existait donc des réticences, comme l'ont souligné ponctuellement quelques accompagnateur.ices.

En somme, l'organisation de la vie au Village du Rétablissement reposait sur un environnement spatial différent de celui de l'hôpital, avec la présence active d'accompagnateur.ices adoptant une approche bienveillante et motivante dans le but de raviver des formes d'initiative et de solidarité entre séjournant.es. Au fur et à mesure, cette démarche d'accompagnement a permis aux personnes qui étaient pendant longtemps

hospitalisées et qualifiées d'incapables de voir qu'elles avaient la capacité de faire les choses d'elles-mêmes, sans attendre tuteur.ices ou éducateur.ices.

Raviver l'autonomie et l'auto-détermination dans la vie quotidienne du village

Dans cette optique de regain d'autonomie, le travail des accompagnateur.ices consistait à faire en sorte que celle-ci soit progressivement acquise chez chaque résident.e, jusqu'à ce qu'elle soit intégrée, plutôt qu'inculquée par quelqu'un d'extérieur. Il s'agissait de faire naître en elleux cette envie de faire les choses, de se mettre en action après avoir été enfermés. Dès le début du documentaire, la question centrale que nomment les soignant.es concerne la reprise du contrôle de sa propre vie, ce qui amène à utiliser davantage le terme de rétablissement plutôt que de guérison. La philosophie de l'accompagnement suivait donc les principes du rétablissement : cela se traduit notamment par le fait d'avoir la liberté d'accéder à ses cigarettes, à son téléphone, à garder les portes ouvertes, à avoir des réunions communautaires avec tout le monde, à ne pas censurer les récits et les paroles. Par exemple, insulter un.e soignant.e n'était pas un signe de maladie mentale, ni considéré comme un symptôme susceptible de se faire enfermer, mais comme l'expression d'un état émotionnel qui peut être passager ou qui mérite une attention particulière.

En pratique, il s'agissait également d'équiper les personnes avec des connaissances tangibles en psychiatrie, et donc de renverser l'asymétrie de pouvoir entre la personne soignante « toute-sachante » et la personne soignée, porteuse d'un symptôme et qui se voit assignée un diagnostic et un traitement. Le documentaire montre par exemple une discussion où les soignant.es remettent en cause l'étiquette de « schizophrène », qu'ils retrouvent systématiquement sur les dossiers de patient.es en Martinique. Ils interrogent l'assignation rapide d'une étiquette de malade, qui encastre la patientèle dans un diagnostic et un traitement inadapté. Les personnes accompagnatrices du VDR ont remarqué un manque profond d'éducation sur la variété des troubles, qui a un impact sur la façon dont les patient.es sont traité.es, mais aussi sur la façon dont ils et elles se reflètent

leur individualité. Dans le cadre du VDR, une série d'ateliers était donc consacrée à de l'éducation psychiatrique :

« Ils étaient assez méconnaissant de ce qu'on faisait, comme l'atelier de préparation avec le psychiatre...Les gars te disaient « je comprends pas, il me pose des questions indiscretes ». Or...comment on pose un diagnostic en fait en psychiatrie ? D'abord on a commencé avec la différence entre santé physique et santé mentale, donc il te donne hein voilà, j'ai eu de l'épilepsie, diabète [...] Ensuite, comment on diagnostique ça ? Oui l'épilepsie, on fait électroencéphalogramme, le diabète on fait une prise de sang. Et en psychiatrie comment on fait un diagnostic ? Ils te disent une radio. [...] on discute, et ensuite on dit c'est quoi la santé mentale ? C'est un état d'équilibre, de bien-être, en toi, dans ta tête, dans ton corps et dans ton cœur. Mais aussi dans ton environnement, mais aussi avec les personnes. Tu peux être très bien dans ta tête, ou le dire, mais dans ton environnement direct, c'est le bazar. Et ceux avec qui tu es en lien ils disent que ça va pas. Donc y'a un problème. Et le psychiatre, il peut voir ça. Donc c'est pour ça qu'il te pose ce genre de question. Et il pose aussi des questions à ta famille, à tes proches et tout le reste. »

Ces ateliers se faisaient dans l'idée qu'en cas de désaccord avec les traitements ou les diagnostics, la personne puisse avoir des outils à disposition, et notamment des outils engagés, pour qu'elle puisse ensuite discuter avec le médecin. En somme, l'autonomie se développe en maintenant une porte ouverte afin de paver un chemin, ponctué d'enseignements. Selon les personnes accompagnatrices, il est impératif de sensibiliser et de former les patient.es à ces dimensions du soin. L'une d'entre elles affirme que ce dispositif constituait un lieu inédit et complémentaire à l'institution déjà présente, venant donner des outils d'autonomisation :

« Quand on revient le matin, c'est pas pour aller dans le cabinet du médecin, qu'il nous écoute, qu'il nous fasse une ordonnance et puis qu'on est là, on prend les cachets avec les infirmières et puis on attend qu'on vienne nous récupérer. C'est des formations sur tout ce qui est en lien avec les administrations médicamenteuses, les effets de chaque médicament, pour qu'ils soient en conscience, lorsqu'ils sont face à une équipe médicale autre que celle-ci, de pouvoir dire, moi je n'ai pas de difficulté pour m'endormir, donc ce médicament je ne le prendrai pas parce qu'il agit sur la somnolence. Pour vraiment ramener l'individu à être au cœur même de son rétablissement, de son soin, de lui-même. »

En somme, le regain d'autonomie est un processus qui s'effectue sur le temps long et qui est rythmé par de nombreux apprentissages. Pour accompagner ce processus, il y a tout un volet rééducation qui a été mis en place par l'équipe du VDR, et qui prenait forme à travers la posture adoptée, la proximité de l'accompagnement et l'observation des forces et des besoins des résident.es.

Réduquer par le biais d'un accompagnement pas à pas

En entrevue, l'une des questions posées sur le thème de l'autodétermination était : « Quelle est la place de l'*empowerment* dans le parcours de soins des participant.es du VDR et comment sont déterminés les besoins des participant.es ? ». Les réponses étaient plutôt similaires, et ont permis de comprendre la nécessité, dans un premier temps, d'individualiser le processus de rééducation. La prise en charge en institution psychiatrique consistait à isoler les patient.es, sans pour autant porter une attention particulière à chacun. Le Village du Rétablissement était pensé pour les personnes hospitalisées de longue date, dont les perspectives de sortie sont faibles voire inexistantes. L'une des personnes soignantes décrit leur prise en charge comme équivalente à celle de prisonniers, puisque leurs capacités d'agir sont grandement réduites. Cet isolement, souvent traumatique, ajoute plusieurs étapes au processus d'accompagnement. Très fréquemment, le travail de rééducation portait sur la réadaptation aux tâches quotidiennes auxquelles les résident.es ont été déshabitué.es du fait de leur hospitalisation. Beaucoup de récits des personnes interviewées rapportent des exemples de ces choses qui, hors de l'hôpital, paraissent simples, mais qui constituaient le cœur du travail au sein du village :

« Par exemple y avait un problème avec la télé, on va pas simplement rester là et elle va s'allumer, non, faut que tu te poses la question, que tu réfléchisses, qu'est-ce qu'on peut faire. Faut peut-être appeler le technicien. Des petites choses qui nous semblent simples à nous, mais qui pour eux n'étaient plus dans leur quotidien. [...] on a essayé de les retravailler tous ensemble. »

« Y'avait des fois, certains ne voulaient pas forcément faire à manger quand c'était leur tour, pas vraiment parce qu'ils avaient pas envie, mais parce qu'ils ne savaient pas faire le repas. Donc y avait ce truc de, bon lui il fait mieux, donc je vais le laisser faire. Alors que si c'est

moi qui fait ce sera pas aussi bon. Donc il a fallu expliquer, une, deux, trois fois, ça peut pas être tout le temps lui. Si c'est lui qui fait toujours le repas, dans ce cas l'autre tâche attribuée ce sera toi qui va la faire. Il faut que tout le monde y mette du sien, en roulement, pour que les choses puissent fonctionner. Et du coup ils ont compris, ils ont pris le rythme, et y mettaient du sien chacun et ça fonctionnait super bien. Et puis autour de ça tu travailles beaucoup de choses, parce qu'après avoir fait la tarte, faut te laver les mains, ses ongles étaient plein de tarte. Ça permet de travailler sur l'hygiène [...] ils ont vraiment appris à vivre ensemble, à se connaître, ils étaient bien. »

D'autres personnes comparent l'accompagnement au VDR aux services d'hospitalisation classique où elles travaillaient également, et soulignent une différence notable au niveau de l'adoption d'un rythme de vie différent. Le Village du Rétablissement représentait une opportunité pour les patient.es d'apprendre la cuisine en groupe, le respect du planning des repas, des courses et de s'entraîner à la prise de rendez-vous médicaux, de façon autonome.



Figure 6 – Espace cuisine des résident.es au VDR. Octobre 2021. © Hanna Roseau, RCI Martinique.

Travailler cet aspect du regain d'autonomie requiert donc de procéder au cas par cas, et pas à pas. Un.e résident.e qui veut faire une sortie au centre-ville, c'est décortiquer tout un processus et élaborer un plan d'action détaillé : prendre un bus, acheter le billet, repérer l'itinéraire, réfléchir au retour...et bien sûr, prévoir des solutions en cas d'imprévus, qui ont souvent des chances de survenir. Dans ce contexte, il est donc nécessaire d'avoir des personnes en mesure de développer une relation de confiance avec les personnes aidées et d'évaluer les possibilités qu'offre leur situation à chaque étape du processus. La présence continue d'éducateur.ices a été nommée comme un impératif pour un suivi correct :

« Il faut vraiment qu'il y ait du monde qui soit là, qu'il y ait une prise en charge éducative, mais humaine. L'éducateur ne doit pas atteindre son but à lui, tu pars de la personne, ses besoins, ses capacités, ce qu'il peut faire. S'il sait pas marcher tu vas pas lui demander de courir. Et chacun a son niveau. Y'en a un, le simple fait qu'il ait rangé sa chambre c'est déjà beaucoup. Un autre, je sais qu'il est pas capable de faire plus de choses donc on va pas lui demander. C'est en fonction de la personne, c'est du collectif mais c'est pas un truc où tout le monde est obligé de faire les mêmes choses, parce qu'on a pas les mêmes capacités et difficultés, et on doit respecter chacun. »

De pair avec l'individuation des parcours, les personnes accompagnatrices ont également insisté sur le fait d'identifier les forces des personnes aidées. Au fur et à mesure, la responsabilisation des patient.es permet de renverser l'infantilisation vécue durant l'hospitalisation. Parfois, le simple fait de croire en un.e patient.e et de le manifester suffit à l'encourager dans son parcours. Les encadrant.es devaient donc prendre en compte la dimension de susceptibilité que représente le fait d'être adulte en situation de vulnérabilité. Cela requiert une posture réfléchie, attentive et sensible aux réalités changeantes des personnes aidées, mais aussi une reconnaissance de leurs capacités et de leur inhérente humanité :

« Il y en a qui ont perdu confiance, il y en a qui ont peur. Et donc, travailler sur ce genre de choses-là sans la posture de soignant, parce que là on avait une posture quand même d'un ami, on rigolait. Dans l'enceinte de l'hôpital, dans ta tête, tu es condamnée, tu es condamnée à prendre des médicaments, alors que là on te disait, non tu es une personne à part entière,

même si tu as fait des choses, même si tu as des difficultés, mais tu es une personne à part entière. C'est ça, valoriser, parce qu'ils en ont besoin. »

Pour accompagner cette idée de rééducation par la valorisation des forces, des expériences et des vécus des usager.ères, de nombreuses activités culturelles ont été mises en place dans le cadre du Village du Rétablissement. Les encadrant.es rappellent leur importance pour la réintégration des résident.es à la société, après avoir passé autant de temps en isolement.

Retour à la culture partagée et ré-ancrage dans le patrimoine culturel

Les activités culturelles au Village du Rétablissement mobilisaient danse, chant, radio, jeux, sorties dans l'environnement naturel. Dans le documentaire par exemple, le bélé est utilisé comme « dispositif thérapeutique de bien-être ancestral », et réintroduit les participant.es à une façon de vivre, de faire groupe, de faire ensemble. Cette démarche s'inspire des pratiques ancestrales des anciennes personnes colonisées et esclavagisées de l'île, et constitue donc une rétention d'un moyen de faire soin. L'un.e des encadrant.es explique ce processus de réclamation :

« Il y avait des pratiques endogènes bien avant, dans chaque île de la Caraïbe il y a un langage différent, donc en Guadeloupe c'est le Gwoka, en Martinique c'est le Bélé à Trinidad et Tobago alors j'ai découvert tout récemment c'est le Congo Bélé, en Haïti c'est le Vodou, en Jamaïque c'est le Kumina. Donc on voit bien quand même qu'il y a une question de construction, de création qui s'est mobilisée. Et ce n'était pas pour simplement s'amuser, mais vraiment pour réparer, une forme de rétablissement finalement, en combat face à un système mortifère qui est toujours celui de la colonisation et de l'esclavagisation. »

« Dans les sociétés ancestrales africaines, il y a toujours une personne qui a la charge de s'occuper d'individus qui, à un moment dans leur vie, seraient dépossédés de certaines facultés, ou peut-être aussi seront possédés par des facultés, parce que souvent, on positionne la folie, ou la santé mentale comme quelque chose où la personne a perdu quelque chose. Mais des fois, on ne s'interroge pas sur ce que la personne a gagné en elle qui fait qu'aujourd'hui, elle agit comme ça. On revient sur la question du monde invisible, notamment quand on est chevauché par le lwa, dans le vaudou, on pourrait se dire, mais elle est folle,

cette personne, ou bien, mais quelle comédienne, cette personne? Elle t'invente quelque chose. On pourrait interpréter ça comme ça. Or, il se passe vraiment quelque chose de chimique dans le corps de cette personne. Et il y a des personnes qui n'ont pas, des fois, des outils pour se connecter avec la question de l'invisible et apprendre à gérer ça, apprendre à comprendre ce que ça signifie pour eux. »

« Nos sociétés sont ancrées dans le magico-religieux, tu peux pas soigner sans prendre ça en compte en fait tu vas pas venir avec ton truc de la France, tu sais pas de quoi le gars parle, il te parle de kenbwa, tu dis mais non, genre c'est des hallucinations. C'est pas des hallucinations le gars il est persuadé, il sait que y a quelqu'un qui veut lui faire du mal, toi tu comprends pas, pour lui il est dans son truc magico. Et on n'a rien inventé. C'est parti de la pensée de Fanon. Mais Fanon, il s'est appuyé de ce qu'il avait connu de ses grands-parents et de tout ça, de la société comme elle était avant, tu vois, de ce truc de solidarité, ce truc d'être ancré dans ce qu'on est vraiment. Tu peux pas soigner quelqu'un en le retirant de ce qu'il est. Tu ne peux le soigner que si tu acceptes qui il est, que si tu acceptes de le prendre dans sa globalité. »

Ce processus de réclamation permet donc de se relier avec la part de l'invisible, la part du trouble psychique qui est propre à la psyché de chacun et sa perception du monde. Replonger dans les explications culturelles et spirituelles de la santé mentale offre un outil de réappropriation des corps, puisqu'il permet à la personne concernée de se refaire confiance, mais aussi d'instiller la confiance des accompagnant.es, qui valorisent sa perception.

Ces idées rappellent également l'importance de la compétence culturelle dans l'accompagnement de la santé mentale. Pour de nombreux.es accompagnant.es, il est primordial d'avoir une relation intime avec le contexte culturel de la personne accompagnée, afin de communiquer avec elle selon les références culturelles de sa langue et donc de la rejoindre dans sa compréhension du monde :

« C'est essentiel, la culture, la posture. Parce que le martiniquais n'a pas la même posture que le français ou métro ou autre. La posture, la façon de parler. Parce que des fois, il faut avoir un timbre de voix, faire dresser les poils, même si c'est avec beaucoup de gentillesse, mais la fermeté, il faut ça. Parce que dans notre éducation antillaise, nous avons été éduqués d'une certaine façon et les séjournants qui sont là, ils ont plus de 20 ans et en fait les parents ont

éduqué les enfants comme ça, donc venir avec une petite voix petit machin ça passera pas. Donc, la posture la tradition c'est important. Ils ont besoin de repères. Mais quand les médecins et les infirmiers de la psychiatrie viennent d'ailleurs, on a perdu quelque chose. [...]
Mais je pense qu'il y a un truc que la tradition apporte, c'est un peu plus de vie. »

Dans cette optique, plusieurs encadrant.es organisaient des ateliers divers avec les participant.es : des activités autour du jardinage, du poulailler, de la bergerie, des plantes médicinales, en s'appuyant sur les connaissances de toustes. De temps en temps, des journées culturelles étaient organisées, avec des repas, danses, musiques et vêtements traditionnels. Ces activités étaient très appréciées des résident.es, qui y participaient avec beaucoup d'engouement. Le domino était considéré comme le jeu officiel du VDR, qu'une des encadrant.es nomme comme « *jeu nationalement syndiqué* » et qui servait un peu d'initiation pour les visiteur.ices et nouvelles personnes résidentes. Toutes ces références culturelles ont permis de préserver un climat bienveillant, familial et accueillant pour les personnes aidées. L'une des accompagnant.es le résume bien : « *Tout est culturel en fait, il faut connaître la culture martiniquaise. Tu peux faire du soin avec juste ton repas. Tu dis, bon, ben, haricots rouges, dachines et ti nain morue, mais tout de suite, tu vas faire ce repas-là, tu vas faire du soin, tu vois?* »

Au-delà des ateliers, le Village du Rétablissement reposait sur cette idée fondamentale d'autodétermination et d'autonomie non seulement dans son approche, mais dans son fonctionnement même. Chaque accompagnant.e s'inspirait des réminiscences des enseignements de sa propre famille, de son propre bagage culturel pour transmettre un espoir aux résident.es. Les techniques de survie que les personnes âgées inculquent dans leurs récits sont portés dans la mémoire collective et servent de pilier pour organiser le Village du Rétablissement :

« Quand on a repris le VDR, n'ayant pas beaucoup de moyens, on s'est inspirés de ce que les anciens ont fait dans le temps de l'amiral Robert¹⁴, c'est la solidarité martiniquaise. C'est le

¹⁴ Plus souvent exprimé en créole martiniquais (« an tan l'Amiral Robert »), cela fait référence à l'époque de la Seconde Guerre mondiale en Martinique, plus précisément à la période où l'Amiral Georges Robert exerçait un pouvoir autoritaire sous le régime français de Vichy, dans un contexte de rationnement et de répression.

fait d'être dans une situation d'autodétermination et d'auto-alimentation, on plantait des choses qu'on pouvait consommer tout de suite. On a développé des choses avec des poules, et les gens venaient acheter les œufs après des personnes concernées, qui travaillaient le budget. En fait on a trouvé une résilience face aux problèmes qu'on vivait. Et ça s'est transformé en truc beaucoup plus fort, qui a fédéré énormément de personnes. C'est ce qui fait qu'on a résisté pendant longtemps, vu qu'on était tout le temps ensemble, on faisait des sorties ensemble, on nous a même surnommés 'le village des rastas', mais avec une connotation pour dire qu'on était des gens perchés. »

« Je pense que les sociétés africaines et la société martiniquaise ont bénéficié de cet héritage, forcément. L'entraide, quand tu arrives chez quelqu'un, la première chose qu'on te propose, même si elle n'a rien, à boire à manger. Cette hospitalité fait partie de l'approche humaine, de se dire 'l'autre, vaut mieux que je le traite comme si c'était moi-même'. »

En somme, c'est cette approche qui façonne la posture des accompagnant.es du Village du Rétablissement. La mise en place d'ateliers culturels engage les résident.es et facilite des savoirs-vivre et savoirs-faire communs au groupe, mais faisant aussi référence aux repères culturels connus de tous.tes, permettant de faire le pont avec un imaginaire collectif enfoui, mais loin d'être perdu.

En conclusion de cette partie sur le processus d'accompagnement, on comprend que celui-ci repose sur la valorisation de l'autonomie, de l'auto-gestion et de l'autodétermination de la patientèle. Ces principes se traduisent par des pratiques quotidiennes de proximité, de confiance et de bienveillance envers la progression de la patientèle dans son parcours de réappropriation de ses moyens, de son corps et de sa psyché. L'adoption de méthodes innovantes, de postures éducatives et de références culturelles rassurantes permet un accompagnement qui répare les expériences d'isolement, de violence et d'injustice vécues par la patientèle en institution psychiatrique. L'accompagnement de la santé mentale prend ici tout son sens relationnel : il s'agit de guider le processus par lequel des personnes invisibilisées se réhumanisent, sur le lieu même des violences qu'elles ont subies. Cette disposition nécessite beaucoup de moyens humains : la présence de personnes qui sont capables de se réajuster, de se questionner et de faire preuve de compassion. Ainsi, l'intégration d'une éthique du *care* décoloniale se mesure à cette capacité d'entretenir un

rapport subtil et habile avec l'humanité récupérée de la patientèle. Elle fait également appel à tout un bagage culturel référençant les coutumes et habitus locaux, que les personnes accompagnatrices incorporent au quotidien afin de renforcer la confiance et l'appartenance en soi, mais aussi à l'idée de se faire accompagner.

5.4. Le Village du Rétablissement comme un pont, une brèche, un interstice

Cette section montre la position du Village du Rétablissement dans son environnement direct, à savoir l'institution psychiatrique, son personnel et son administration. À travers les récits recueillis en entrevue et les témoignages du documentaire, nous retracerons ici les aspects du Village du Rétablissement qui en font une expérimentation inédite. Cette dernière partie répond à la question « *Avec quelles tensions et quelles contraintes ?* ». Nous verrons que le Village du Rétablissement peut être considéré comme un pont entre l'hôpital psychiatrique et la vie en société au-delà de ses murs. Nous examinerons dans cette partie les récits recueillis montrant les limites du système de soins actuel, énoncées dans les sous-thèmes « *L'administration d'une pharmacologie lourde et souvent inefficace* », « *Créer un chemin dans l'impasse du système traditionnel* », « *Coexister avec les schémas de pensée traditionnels de l'institution* », « *Relation avec le personnel hospitalier* » et « *Désigner, déconstruire la colonialité et adopter une approche décoloniale* ». Cette section permettra donc d'établir les caractéristiques qui font du VDR une brèche pour les patient.es, un interstice qui donne vie aux perspectives de rétablissement.

Comme mentionné dans le documentaire, le travail des accompagnateur.ices consistait donc à oser aller à contre-courant, en proposant des idées qui n'ont pas été expérimentées auparavant pour soutenir les patient.es. L'une des questions d'entrevue portait sur cette différence entre l'accompagnement des patient.es en hôpital et au Village du Rétablissement. En même temps, les encadrant.es du VDR ont exposé tout au long des entrevues les zones d'impasse créées par le système hospitalier en psychiatrie.



Figures 7 et 8 – Bâtiments de l'hôpital psychiatrique Colson, vus du VDR. Juin 2025. © Léa Lagier.

L'administration d'une pharmacologie lourde et souvent inefficace

Le premier constat des lacunes de l'hôpital psychiatrique est celui de l'administration des médicaments, systématique en psychiatrie. Plusieurs personnes accompagnatrices notent que les traitements médicamenteux ne sont pas efficaces, créent une dépendance psychologique et contribuent à une dégradation de l'état de santé des personnes :

« On leur donne des médicaments [...] c'est des consommateurs qui se renouvellent, de plus en plus de jeunes qui vont consommer [...]. Tu vois, l'argent vaut mieux le mettre dans des médicaments, ça va dans des lobbys pharmaceutiques [...] ils gagnent beaucoup d'argent, les gens consomment de plus en plus de médicaments, ils deviennent accros, au bout d'un moment ça n'a plus d'effet, donc tu marches à la dose, tu augmentes la dose, ça crée d'autres problèmes chez eux, donc tu donnes d'autres médicaments. »

« Et non seulement ça, les médicaments aussi, ils ne les aiment pas. Certains, les médicaments rongent leur cerveau, les rendent plus fatigués. Et puis, il y en a beaucoup aussi à l'extérieur qui ne prennent plus leurs médicaments. Donc, ils se retrouvent dans la rue à demander de l'argent à tout un chacun, à fumer et donc, c'est un échec. »

Certain.es accompagnant.es nomment également le fait qu'au sein de l'hôpital, les psychiatres se reposent exclusivement sur des catégorisations préétablies afin de traiter les patient.es :

« Au VDR, on maîtrise un peu la psychopharmacologie. Mais je peux te dire qu'il n'y a pas un médicament qui est plus efficace qu'un autre pour traiter les symptômes. Néanmoins la psychiatrie de manière générale était orientée médicaments, et de plus en plus. D'ailleurs l'aspect culturel ne concorde absolument pas avec tous les symptômes qui rentrent dans les nomenclatures classiques. »

« On efface tout ce qui est défaillant, qui a amené la personne à être dans cet état. Ça aurait pu être évité, si la personne était dans un environnement bienveillant, si elle était accompagnée, si les personnes qui sont censées protéger cet adulte l'ont réellement fait. Et honnêtement je ne peux que critiquer notre système, je pense qu'il y a beaucoup de failles sur ça, on préfère enfermer des personnes au lieu de faire face à tout ça. »

Ce qui est mis en cause ici, c'est l'assignation rapide de diagnostics sans considération pour l'environnement social de la patientèle, ainsi que l'industrie pharmaceutique qui repose sur les intérêts du système capitaliste néolibéral. En somme, tous.tes les personnes accompagnatrices observent l'inefficacité des médicaments pour traiter la maladie mentale. Elles dénoncent un système de soins basé sur le profit et non sur un accompagnement compréhensif des réalités des patient.es. Au-delà de la prise des médicaments, l'institution hospitalière n'a aucun dispositif en place autour de la consommation de substances psychoactives, qui concerne la majorité des patient.es. Beaucoup de témoignages décrivent une patientèle laissée à l'abandon :

« Mais il y a rien qui est fait par rapport à ça. Un patient qui a fumé, une fois qu'on a fait l'analyse et qu'on a vu, le gars, il est mis en isolement. Ça sert à quoi ? Vous punissez le gars, vous le mettez en isolement. D'accord, il va pas fumer pendant x temps. Mais une fois qu'il va être de nouveau dans la situation, il va tôt ou tard recommencer. Et il faut agir sur le fond.

[...] c'est permettre au gars de se désintoxiquer de la cigarette, de la drogue. C'est par exemple trouver des plantes qui permettent de désintoxiquer l'organisme. Et donc, l'organisme ne va plus rechercher la nicotine, parce qu'il n'y a plus, ça a été évacué. Mais il faut trouver des activités, il faut trouver des choses, parce qu'il faut remplacer. Parce que toutes ces choses-là, tous ces vices, tout ce que vous voulez, ça vient parce qu'ils n'ont rien à faire. Et si on leur donne des occupations, le gars, il tourne pas en rond dans une cour, il n'est pas en train de crier, en train de faire des trucs pour emmerder le personnel parce qu'il ne sait pas quoi faire. »

Pour les personnes accompagnatrices au VDR, ce recours systématique aux médicaments et la négligence générale envers la consommation de substances constitue donc l'une des aberrations du système dans le cadre de l'hôpital psychiatrique. Cette négligence envers les patient.es relève selon elleux de la responsabilité de l'institution, qui n'est pas construite de façon à accompagner les patient.es vers un mieux-être, mais à les maintenir dans un état léthargique, à l'écart de la société.

Créer un chemin dans l'impasse du système traditionnel

Au sein de l'hôpital, il y a également une forme de paralysie qui s'installe chez les patient.es, induite par le fait que toutes les tâches de la vie quotidienne sont régies et gérées par le personnel hospitalier. Les accompagnateur.ices du VDR avaient donc ciblé ces zones d'inactivité et motivaient les personnes aidées à se reprendre en main au quotidien :

« C'était déjà une grande avancée, quand on te dit que c'est des gens avec qui on pouvait rien faire. C'est juste des gens qui boivent et mangent, ils vont aux toilettes, médicaments, au lit, et ils restent là toute la journée assis. C'était vraiment des gens qui ont eu du mal à se mettre en activité, simplement parce que ça faisait des années qu'ils n'avaient pas été mis en activité. Donc quand tu es habitué à rester assis à ne rien faire, et que tu vois que si tu ne bouges pas, rien ne bouge parce que personne ne va faire à manger pour toi. Tu vas aux toilettes, tu dis ah mais c'est sale, mais pourquoi ? Parce que quelqu'un n'a pas tiré la chasse, il faut tirer la chasse, on vit en communauté. Tu vois des petites choses qu'ils avaient complètement perdu, parce qu'il y avait toujours quelqu'un qui passait derrière, des employés qui nettoyaient. »

Le Village du Rétablissement était un espace d'accueil transitoire, permettant aux patient.es de l'hôpital psychiatrique de Colson d'avoir un lieu pour réapprendre à vivre de façon autonome après avoir été enfermé pendant de nombreuses années, sans perspective de sortie (Association Tombolo, Bilan d'activité VDR, 2023, p.2). À sa fermeture, le suivi des personnes accompagnées a été interrompu et elles ont dû retourner à l'hôpital, peu importe l'amélioration de leurs symptômes, leur regain d'autonomie, ou leurs projets de vie :

« Quand l'ARS décide de fermer le VDR, ils ont dû retourner en hospitalisation, du coup ils ont été réadmis à l'hôpital comme si c'était des patients quoi. Alors qu'il n'y avait aucune raison d'être hospitalisé, ça n'avait pas de sens en fait, on te dit genre, t'as pas de maison, tu peux plus payer ton loyer, on te met à l'hôpital psychiatrique. Ils n'ont pas de famille qui puisse les accueillir, comme ils n'ont personne, que le VDR est fermé, hôpital psychiatrique. »

La fermeture brutale de la structure du VDR a eu un effet déstabilisant pour de nombreux patient.es, qui ont eux aussi développé un regard critique sur les traitements qui leur sont réservés en hôpital psychiatrique :

« Il disait qu'il était heureux d'être avec nous, mais que ça lui fait du mal parce qu'après quand il redescend c'est une autre réalité et que c'était bizarre pour lui. Ça mettait une sorte de confusion dans sa tête de savoir exactement, mais où est sa place, que la journée il est là, il est avec nous, il est quelqu'un de « normal », et quand il redescend il redevient malade, il redevient patient, il redevient un effectif de l'hôpital, et c'était très très très compliqué pour lui. Il avait déjà évolué, et là il crise parce qu'on l'oblige à revenir à l'hôpital. Et moi des fois, je le déposais, il me dit, je peux pas, et moi je suis obligé de le déposer, je me dis waouh, c'est pas possible...je lui dis mais on a pas le choix, il faut que tu patientes jusqu'à ce qu'on te trouve une solution. »

« Quand ça a fermé, j'ai vraiment dit que c'était de la maltraitance. De renvoyer ces gars-là à l'hôpital. Que les gars fassent des crises et y retournent, on sait que la rechute fait partie du rétablissement. Donc tu peux rechuter, y'a un chagrin d'amour, si y'a un truc qui te fait montrer trop haut, c'est normal qu'il y ait une crise. Mais que ce soit l'institution qui provoque ta crise, ton retour à l'hôpital, c'est absurde, c'est méchant, pour moi c'est de la maltraitance. C'est horrible. »

En somme, le VDR a existé parfois en collaboration, parfois en opposition avec l'institution psychiatrique. Ses accompagnateur.ices se situent à la frontière entre l'hôpital, lieu d'isolement, et la vie en société à laquelle les personnes résidentes sont réintroduites. Sa fermeture entraîne l'arrêt de certaines pratiques qui permettaient l'émancipation des personnes. Immédiatement, cette rupture dans le suivi engendre des crises qui sont gérées par l'isolement des personnes et l'administration de médicaments. Elle est vécue comme une régression dans le parcours de rétablissement, aussi bien par les personnes encadrant.es que par les participant.es du VDR.

Coexister avec les schémas de pensée traditionnels de l'institution

Le sous-thème suivant aborde plus en détail les zones de friction entre le Village du Rétablissement et l'institution hospitalière.

Premièrement, les accompagnant.es du Village du Rétablissement désignent un écart entre la vision de l'accompagnement de l'hôpital et celle du VDR. Ce décalage se manifeste d'autant plus que les résident.es du Village sont également prises en charge par d'autres services de l'hôpital. Les différences de traitement sont donc tangibles et représentent une forme de répression pour certain.es patient.es :

« Il y avait quelque chose qui ne se passait pas à l'extérieur, donc on se retrouvait en porte-à-faux avec les professionnels, que ce soient les infirmiers ou les médecins, parce qu'eux ils te disaient « ouais ben voilà, vous avez créé un espace comme ça de non-droit, où ils font ce qu'ils veulent, mais lorsqu'ils sortent de là... ». Et nous même on était confrontés à cette situation, parce que lorsque les personnes se faisaient hospitaliser et qu'on les rencontrait dans un système hospitalier classique, on était en porte-à-faux des principes, puisque lorsque le gars est hospitalisé, on le dépouille de toute sa liberté, et nous on ne peut qu'acquiescer puisque tu as toute une équipe qui est derrière ça. »

D'autre part, les préjugés stigmatisants étaient ancrés dans la perspective d'accompagnement de nombreux.ses soignant.es, cadres et gestionnaires, qui tentaient constamment de réprimer les droits des résident.es du VDR :

« Elle avait peur en fait la dame, elle se basait sur de la psychiatrie pure, toujours dans les clichés, ‘si les gars sont internés depuis 10 ans c'est pas pour rien’. Du coup elle voulait qu'on dépense des folies sur les dispositifs de sécurité, des clôtures, des alarmes anti-incendie... on a essayé de faire l'éducation, mais on était souvent heurtés par rapport à ses représentations à elle, de la notion de sécurité et non plutôt de liberté. »

Dans le documentaire, l'une des soignant.es nomme également une forme de complaisance, voire de dés-attention envers la façon de diagnostiquer les patient.es. Plusieurs autres soignant.es acquiescent et dénoncent par exemple de nombreux cas de schizophrénie qui n'en sont pas. La soignante décrit cela comme « une espèce de médiocrité dans le diagnostic », auquel chaque psychiatre participe de peur d'aller à l'encontre d'un diagnostic erroné, et d'atteindre l'honneur du psychiatre considéré comme une sorte de dieu. Cette conception de l'accompagnement se projette ainsi sur les autres corps soignants, qui ne font qu'appliquer les directives données et ne questionnent jamais le sens de leurs actions :

« Je suis désolé d'utiliser cette image là, mais souvent dans le service où je bossais, je commençais la réunion en disant « quelle est la différence entre un soigneur dans un zoo, et vous ? » Un soigneur le matin, il arrive, il s'assure que l'enclos est propre, que le nourriture est là, qu'il y a pas de blessures physiques... Ben c'est exactement la même chose, un soignant, en psychiatrie, le matin, il se dit voilà, il a fait pipi, il a fait caca, il a bien dormi, il a pas de haute tension, il a pris ses médicaments...ça se limite à ça. Mais quelle est la perspective ? Dans un zoo un animal ne sortira pas, il ne retournera pas dans son milieu naturel, et ce type de patient ne retournera pas dans son milieu naturel. Même en médicosocial, ils te disent, non c'est pas possible, etc. »

En somme, l'œuvre du Village du Rétablissement a aussi consisté à faire évoluer les mentalités au sein de l'institution. Certain.es accompagnateur.ices sont d'avis qu'il est du ressort des professionnel.les de santé de questionner leurs enseignements, leurs pratiques et de se former autrement au regard des réalités spécifiques du contexte néocolonial martiniquais :

« Sur cette réalité pour moi, il y a aussi le devoir des psychologues à prendre leur responsabilité, notamment chez les associations de psychologues, et de repositionner, de

remettre en question ces formations qui sont ethnocentrées, eurocentrées et qui invisibilisent totalement le travail de femmes. On n'en est pas encore là puisque c'est les mêmes qui ne font pas l'effort de voir en leur patient autre chose que ce qu'ils ont décidé d'ailleurs. »

« En Martinique, on travaille avec la peur au ventre. On travaille avec le tout hospitalier, le tout institutionnel. On travaille avec l'enfermement, la contention. Ils disent même que la contention est thérapeutique. Enfin, il y a quand même des propos qui sont tenus, qui sont très arriérés, où les gens n'ont pas encore compris qu'on est en train de changer la représentation de la maladie mentale. »

Dans cette optique de changement des représentations, plusieurs membres du VDR s'engageaient dans la formation du personnel hospitalier en organisant des ateliers, des rencontres ou des émissions radio. Bien que ce volet n'ait pas toujours été aisé, nous verrons les possibilités que cela a entraîné et les avenues d'espoir que ces initiatives permettent d'entrevoir pour le personnel hospitalier.

Relations avec le personnel hospitalier

Entre 2019 et 2022, il y a eu de nombreux échanges de connaissances entre le Village du Rétablissement (sur le site de l'ancien hôpital Colson) et l'Hôpital de Jour (au Centre Hospitalier Maurice Despinoy). Ce dernier a été ouvert avant le premier par plusieurs membres fondateurs du VDR. Le Village du Rétablissement venait compléter le dispositif de l'Hôpital de Jour, en prenant en charge les personnes hospitalisées de longue date, pour qui les chances de sortie étaient inexistantes. L'Hôpital de Jour accueillait des personnes plus autonomes, résidant en dehors de l'hôpital mais nécessitant quand même un suivi pour leur rétablissement :

« Y'a beaucoup de stagiaires infirmiers qui sont passés à l'HDJ, qui était comme un terrain de laboratoire pour nous, et d'expérimentation pour les autres, donc beaucoup d'étudiants, psychologues, ergothérapeutes, internes. Et à l'unanimité, et c'est ça qui m'a donné le courage et l'affirmation, tout le monde trouvait que c'était un changement de paradigme total, et ils avaient appris énormément de choses et ça avait un peu bousculé leur façon de voir les choses. Et du coup on était rassurés dessus, on faisait des animations d'ateliers lors des journées santé mentale, on intervenait à la radio. Donc les équipes avaient des éléments de

langage et des connaissances qui tenaient la route. D'autres soignants venaient faire des stages d'immersion, et tout le monde était un peu subjugué. Donc on avait cette capacité-là. »

Les personnes travaillant au VDR, à l'Hôpital de Jour, à Colson et au Centre Hospitalier Maurice Despinoy trouvaient donc des terrains d'entente et d'entraide, et peu à peu, les soignant.es étaient convaincus par l'approche du rétablissement et l'impact positif du VDR sur les patient.es :

« Il y avait un collègue qui avait pris la partie de venir avec un petit groupe de patients sur des coups de main, sur des choses comme ça. Et l'hôpital se rendait bien compte que ça les apaisait quand ils étaient au VDR. Quand ils revenaient, il y avait moins de crise, il y avait moins de conflits. »

Néanmoins, la problématique de l'organisation hiérarchique du soin en psychiatrie reste prépondérante. Les personnes interviewées ont souvent soulevé la difficulté d'intégrer de nouvelles approches face aux carcans désuets auxquels s'accrochent les cadres et chefs de pôles :

« Donc les soignants n'y croyaient absolument pas au début, à la fin oui, ça c'était génial. Les politiques n'y croient toujours pas, ils s'en fichent. Et puis on avait aussi des chefs de pôles qui ne s'y intéressaient pas et qui n'avaient même pas envie que ça fonctionne, parce que du coup ça signifiait la remise en question de tout ce qu'ils avaient déjà mis en place, tout ce qu'ils avaient investi en fait. Et pour eux, ce n'était pas possible. Donc du coup, on a été vraiment très isolés, à la fois géographiquement puisqu'on était sur les hauteurs de Balata. On était aussi isolés dans notre propre communauté, puisque du coup, à l'HDJ et dans l'association, très peu de personnes avaient envie de s'y risquer. On était aussi isolés parmi les psychologues. Il y a une espèce de discours politique très lisse, très beau qui présente tous les dispositifs, mais dans le fond quand on va travailler au fond du truc, il y a très peu de personnes. »

« Les psychiatres ne veulent pas entendre parler de médiateurs en santé-pairs, les chefs de pôle ne veulent pas en entendre parler. Une personne qui a un trouble de santé mentale, qui va devenir un professionnel et qui va devenir un collègue, mais mon Dieu, ils préfèrent ne pas l'entendre. On en est là, on est très très loin. Il y a des gens qui préfèrent piquer un patient que de trouver quelque chose qui puisse le sortir de crise. Le gars il m'a dit, 'je le fous dans

une chambre d'isolement et puis, - excusez-moi, j'utilise vraiment le mot fous parce que c'est ça la réalité – il a dit, bon, aujourd'hui, j'ai pas le temps, j'ai pas envie qu'on m'emmerde, voilà.' »

En somme, les personnes accompagnatrices du Village du Rétablissement se sont retrouvées face à des schémas de pensée que les soignant.es reproduisent systématiquement. Mettre en place un projet tel que le Village du Rétablissement, c'est confronter ces idées désuètes et trouver des ouvertures pour opérer un changement dans les représentations de la santé mentale. Malgré les efforts déployés et les résonances avec plusieurs patient.es, l'hubris des personnes plus haut-placées dans la hiérarchie et l'appui institutionnel dont elles bénéficient ont rendu la tâche ardue pour les membres du VDR. Dans la prochaine section, nous analyserons les expériences des soignant.es qui nous permettent de comprendre les fondements de cette construction hiérarchique de la santé mentale en Martinique.

Désigner, déconstruire la colonialité et s'engager dans la décolonialité

Au cours des entrevues, il y a eu plusieurs moments où les répondant.es ont insisté sur la dimension coloniale du domaine de la psychiatrie en Martinique. Plus qu'une question individuelle ou relationnelle entre soignant.es, il s'agit de questionner l'impact de la traite négrière transatlantique sur les personnes descendantes de sujets esclavagisés et colonisés :

« Le peuple caribéen est un peuple issu quand même d'une violence extrême, du fait de la colonisation et l'esclavage. Donc déjà ça a un impact, ça peut vraiment faire délirer quelqu'un de se dire qu'il était chez lui et puis que d'un coup il se retrouve dans un bateau, comme des sardines, dans des conditions avec toute une violence. Réhumaniser, c'est revenir aussi sur la question de la décolonialité. Et pour entrer sur la question de la décolonialité, c'est de poser aussi qu'est-ce que la colonialité aujourd'hui et d'où sort cette colonialité-là. Il y a vraiment un rapport à la torture, il y a vraiment quelque chose où le corps n'est pas respecté, l'âme n'est pas respectée, l'esprit n'est pas respecté. Aucun de ces trois éléments ne sont respectés. »

L'une des sous-catégories du guide d'entretien portait sur la volonté de réhumanisation de la santé mentale, exprimée par plusieurs cadres dirigeant.es du Centre Hospitalier Maurice Despinoy, lors de son inauguration en mai 2023. Les personnes accompagnatrices du Village du Rétablissement dénoncent toutefois qu'il y a un fossé entre ce qui est dit et ce qui est fait sur le terrain. De nombreux conflits ont été relevés, notamment sur le fait que la question coloniale ne fait jamais partie des conversations, des plans d'action ou des rapports de l'institution :

« Moi c'est ma grande critique sur la question du soin au niveau de la psychiatrie, c'est qu'on est dans un pays où jamais la question coloniale n'est positionnée dans le cadre des interventions qu'on fait face à des patients. Il n'y a jamais la question transgénérationnelle qui se pose et plus globalement toutes les personnes qui vont faire psycho n'ont jamais étudié Fanon. On ne fait pas partie du protocole universitaire, d'intégrer Fanon comme référent comme on peut mettre, Freud et compagnie au cœur même de l'outil pédagogique et didactique. Donc c'est particulier et c'est une médecine coloniale. Et jamais il n'y a cette réflexion autour de cela. Donc, réhumaniser la psychiatrie, ça veut dire aussi admettre que la psychiatrie, telle qu'elle a été pensée, est une psychiatrie déshumanisante. »

Sur le terrain, plusieurs soignant.es rapportent un climat racial très prononcé au sein de l'hôpital, qui renforce ce déni de la question coloniale et reflète le contexte colonial dans lequel s'organise l'accompagnement de la santé mentale en Martinique :

« Ils [soignant.es blanc.hes recruté.es de France hexagonale] arrivent, mais en 6 mois, ils sont pollués par une espèce de mentalité post-esclavagiste et ils deviennent de vrais tyrans. Ce sont des personnes méprisables et méprisantes vis-à-vis des patients, mais pas que, vis-à-vis des autres professionnels, des infirmiers. Et les syndicats le savent de toutes les façons. Mais il y a une espèce d'omerta, de jeu de dupe entre eux. C'est vraiment très triste. Il y a beaucoup de racisme. [...] On a des chefs de pôle qui vont blanchir leur unité. Parce qu'ils estiment que les Antillais ne sont pas suffisamment formés, mais plutôt que d'être dans ce truc, justement, de partager, de faire monter les valeurs vers le haut, ah non, non, pas du tout, nous sommes de gros sauvages, et c'est pas possible de nous parler, donc du coup, il faut faire venir des psychologues blancs, des infirmiers blancs, des médecins blancs. »

« Je pense que le plus gros frein au VDR c'est que ça fonctionnait trop bien, et c'est une épine dans le pied justement des lobbys pharmaceutiques, dans le pied de tous ceux qui ont mis ce

système. Quand on rentre dans le truc du système colonial, on peut pas laisser les gens penser par eux-mêmes, on peut pas laisser les gens se soigner par eux-mêmes. C'est toi en tant que *béké* [mot créole pour désigner les blancs créoles, descendants des colons], grand colon, qui sais ce qui est bon pour celui qui ne sait pas, pour le petit nègre, donc c'est toi en tant que grand psychiatre, qui sait ce qui est bon pour le malade. Donc si ça fonctionne en fait tu n'as plus de crédibilité, tu n'es plus aussi grand psychiatre que ça, c'est autre chose qui fonctionne à part les médicaments que tu donnes, tu perds ta prestance, tu perds de ton aura. On peut soigner des gens avec de l'amour et du lien social voilà quoi tes médicaments on en fait quoi ? Faut qu'il y ait quelqu'un pour consommer les médicaments, faut qu'il y ait quelqu'un pour que tu puisses avoir ta place de grand manitou. »

Tous.tes les soignant.es ont exprimé un découragement face à ces problématiques, mais particulièrement face au manque de mobilisation et de résistance de leurs collègues. Plusieurs d'entre elleux ont dû quitter leurs services, ou alors en sont sortis dégoûté.es et épuisé.es :

« On est en Martinique avec des petits chefs de partout, avec des psychiatres qui se prennent pour des seigneurs de domaine, avec des antillais qui sont à leurs bottes, à leurs fesses. Je deviens grossière, mais avec des antillais qui ne sont pas dans la critique et dans la résistance pour dire non, ça suffit, arrêtez, vous faites mal. On peut proposer notre psychiatrie de qualité. [...] Pourquoi est-ce qu'on ne réagit pas? Ça, ça me dépasse. Ça ne me dépasse pas, ça m'écoeure. »

« C'est horrible, ce à quoi j'ai assisté. C'est pour ça que ça me tenait tant aussi de monter ce type de projet par des locaux, et c'est ça aussi qui a été difficile au départ. On aurait eu un projet comme ça monté par des blancs, mais ça fait depuis longtemps qu'ils investissent ou qu'il est soutenu par les hospitaliers. Mais comme ce sont des locaux, c'est avant tout la méfiance qui a prévalu, c'est très triste, mais on est toujours dans une mentalité postcoloniale, on est toujours dans cette vision là où le blanc arrive et il a raison. Tu as 'fait la France', tu as raison. »

Dans le documentaire, c'est tout ce contexte sociohistorique qui est mis en cause : il est dénoncé comme créant un environnement « mortifère, capitaliste, colonial et patriarcal » par l'un.e des intervenant.es. Selon cette même personne, accompagner la santé mentale en Martinique en 2025, c'est « remettre du vivant dans un espace mortifère ». Le

réalisateur du documentaire, Wally Fall, vise à remettre en question le schéma capitaliste de performance et de productivité qui façonne le paysage martiniquais. À cet effet, il pose la question de la surconsommation. La population martiniquaise est constamment entourée de cette injonction à la consommation : l'île est jonchée de panneaux publicitaires, traduisant l'idée que la société martiniquaise mesure l'humanité de chacun à sa capacité à acheter et à consommer. En toile de fond, la situation néocoloniale départementale persiste : certain.es patient.es dans le documentaire mettent directement en cause le gouvernement français comme source des problèmes de santé mentale en Martinique. L'un.e des participant.es déclare : « *Même la société française, elle va pas bien du tout...Est-ce qu'on peut se dire bien dans une société qui n'est pas bien ? Est-ce qu'on peut se définir bien quand on est jugé « pas bien » par des gens qui vivent et alimentent une société qui n'est pas bien ? Je suis malade de ne pas leur accorder le respect qu'eux me demandent ce que je leur accorde* ». Le diagnostic de maladie est donc souvent vécu par les patient.es comme un symptôme individualisant d'une histoire galvanisante.

C'est donc dans ce contexte que les encadrant.es du Village du Rétablissement le mettent en place. Dans le documentaire comme en entrevue, la majorité des accompagnateur.ices s'inscrivent dans ce qu'ils reconnaissent comme une forme de « révolution fannonienne », suivant l'idée qu'on ne se soigne pas qu'avec les médicaments, mais aussi avec la culture, le lien social, les relations familiales et communautaires, et la spiritualité. L'idée du Village du Rétablissement avait donc pour vocation de créer un lieu où prendre en compte ces dimensions est possible. Toutefois, certaines personnes accompagnatrices sont d'avis que l'organisation d'un tel projet devrait être dirigé par les personnes concernées directement, familles et patient.es. Le changement doit donc, selon elles, être soutenu par une approche ascendante :

« Pour moi, pour que ça bouge, il ne faut pas que ça vienne des soignants, parce que les soignants seront toujours face à leur résistance. Il faut que ça vienne des familles, il faut que ça vienne du peuple, il faut que ça vienne des personnes concernées. [...] Là, aujourd'hui, le pouvoir doit retourner au peuple. C'est très politique au final, la question de santé mentale. Encore plus dans une société postcoloniale. Oui, parce que c'est une question de dépossession

du corps, dépossession de l'esprit, de tout ce qui va avec. C'est une question de dépossession du pouvoir. En psychiatrie il y'a vraiment un problème de pouvoir. Les chefs de poste ont le pouvoir, les médecins psychiatres ont le pouvoir, ils sont tout mignons quand ils sortent de leurs facs en France, dès qu'ils arrivent en Martinique ça y est, ce sont des propriétaires d'esclaves, quoi. De plantation. Ce sont des propriétaires de plantation. C'est tout. Ils sont rois, ils sont en pays conquis. »

Les limites liées aux rapports de pouvoir sont récurrentes et représente l'obstacle majeur à la mise en place d'une pratique de la psychiatrie se voulant décoloniale.

5.5. Limites et ouvertures possibles

Dans cette dernière section, nous mettons en perspective les conclusions et apprentissages que tirent les personnes accompagnatrices du Village du Rétablissement. Nous répondons ici à la question : « Quelles limites rencontrées et quelles ouvertures possibles ? », à travers six sous-thèmes : « *Les moyens financiers* », « *Le fonctionnement bureaucratique des institutions de soins de santé* », « *L'évaluation du bien-être dans le parcours de rétablissement des patient.es* », « *Les moyens humains* », « *La stigmatisation de la maladie mentale : quelle responsabilité politique et citoyenne ?* », « *Espoirs et continuation* » et « *Le Village du Rétablissement, une innovation sociale ?* ». Nous discuterons à la fois des limites de la mise en œuvre d'un accompagnement innovant en contexte institutionnel néocolonial, puis des résultats et impacts que le VDR a tout de même pu engendrer en dépit des obstacles, et enfin des possibilités que cette expérimentation a permises pour la réalisation de projets futurs.

Les moyens financiers

Le manque de moyens financiers pour que le VDR puisse continuer a été nommée de façon récurrente. À l'origine, le projet devait bénéficier d'un million d'euros sur trois ans, soit plus de 300 000 euros par année, de 2020 à 2023. Ce montant était versé à l'Agence Régionale de Santé (ARS), qui devait ensuite l'allouer au paiement des personnes salariées, aux rénovations du lieu et au fonctionnement du Village, selon le budget établi

par les personnes porteuses du projet en 2019. Toutefois, ce financement a été interrompu en mars 2023, à la suite de conflits entre la conseillère et référente de l'ARS et les accompagnateur.ices du VDR sur les méthodes d'accompagnement. De février 2023 à décembre 2023, les personnes accompagnatrices du VDR ont continué à soutenir les personnes résidentes du village, qui ne voulaient pas retourner à l'hôpital. Organiser un projet visant à changer les mentalités coloniales avec un financement venant de l'État français a donc constitué un dilemme d'envergure tout au long du VDR :

« C'est ça le problème qu'on a eu avec l'ARS, tu me donnes l'argent et tu m'imposes des trucs. L'erreur qu'on a eu c'était de prendre l'argent. Mais en même temps, y'a un chirurgien avec qui je discutais, il me dit 'tu vois cette porte-là, elle m'appartient', je lui dis 'ah bon mais comment ?' Il me dit 'ouais, ils nous ont colonisés tout ça d'années, ils ne nous ont pas indemnisé, ben tu vois cette porte-là elle est à moi.' Et ça a un peu de sens. »

Cet échange représente bien ce dilemme : en l'absence d'indemnités ou réparations, les subalternes doivent composer avec les moyens disponibles pour faire justice et panser les maux dus à la violence de la colonisation. Quelques soignant.es dénoncent toutefois qu'en Martinique, la situation départementale néocoloniale place les citoyen.nes dans une forme d'assistanat, où l'aide financière et matérielle de l'État nourrit une forme de dépendance psychique :

« La colonisation est à ce niveau-là, les gens attendent encore que le système leur donne des trucs. Et même les élus disaient ça, la colonisation est au niveau de la pensée, c'est la pensée qui est aliénée. Non, pars de l'idée que l'État n'a plus d'argent, donc on n'a pas besoin de son argent, on s'en tape, fini. Garde ton argent pour toi, et ne viens pas m'emmerder. »

Dans cette optique, le retrait du financement de l'ARS a également donné lieu à des réflexions sur les ressources matérielles qui permettraient au VDR de continuer. Quelques possibilités de diversification du financement ont été évoquées, sans pour autant se concrétiser, faute de temps et d'épuisement des accompagnateur.ices :

« On avait un projet de faire des marchés et pouvoir vendre ce qu'on avait planté. On avait déjà même fait la démarche d'aller au marché de la ville de Fort-de-France, demander si on

ne pouvait pas avoir une étale, pour pouvoir accompagner les patients à travailler, se dire, ‘cet argent-là, c'est à la sueur de mon front’, leur permettre de mettre en place une mini entreprise, un jardin, de planter jusqu'à l'action de vente et la réalisation d'avoir un salaire, quelque chose qui pourraient lui faire acheter un pain, une bouteille d'huile, et se dire ‘voilà j'ai travaillé, j'ai eu un salaire.’ »

« Et c'est ce qu'on aimerait faire en fait, ne plus avoir à dépendre, qu'on puisse faire le VDR mais sans avoir à passer par eux, en comptant sur nos propres forces, en comptant sur les forces de notre population, de notre peuple. On voudrait faire un truc vraiment alternatif quoi, qu'on ne soit pas obligé de compter sur l'État, qu'on ne soit pas obligé de compter sur l'argent de l'État, qu'on ne soit pas obligé de compter sur les gens qui sont à la tête de l'État. »

En somme, le financement de l'État a été la pierre angulaire du Village du Rétablissement. Une fois retirée, elle a clarifié l'idée qu'un projet tel que le VDR doit s'organiser en dehors des normes de l'institution psychiatrique. L'une des personnes accompagnatrices nomme la normativité comme un obstacle majeur à l'existence du dispositif de village :

« Aujourd'hui, l'État surfe sur l'idée qu'il n'a plus d'argent, ça fait des années qu'on le dit, parce qu'il n'a plus d'économies. Avant c'était les vaches laitières des colonies, quand il avait plus d'argent il allait récupérer du blé d'Algérie, des diamants du Niger, il était riche, il extirpait les trucs. Aujourd'hui, les pays Africains coupent les trucs, même si c'est encore un peu chaotique, ça fait adolescent, mais c'est bien, ça évolue. Donc y'a plus d'argent. Par contre, c'est comme un système aristocratique, y'a des étiquettes à mettre en place, tu vas dans un endroit de bourge, y a une façon de s'asseoir, de parler, etc. Donc ils ont établi des étiquettes, ce qu'ils appellent les normes HAS (de la Haute Autorité de Santé). Aujourd'hui, tu n'as plus d'argent pour assurer tes étiquettes, donc il faut les changer. Mais ce sur quoi tu peux jouer, c'est sur les normes. C'est ça le système colonial, c'est comme un système bourgeois qui a imposé certaines normes sur les paysans que nous sommes. Mais non, j'en ai marre, je me soustrais de mes étiquettes, je fais ce que je veux. Donc des pays comme ici, où il n'y a plus de ressources financières, et on nous dit en plus ouais vous coûtez cher et tout...ok, laissez-nous tranquille alors, on utilise des normes selon nous. »

Le point suivant aborde plus en détail les zones de friction qu'engendrent ces normes pour l'organisation du VDR.

Le fonctionnement bureaucratique des institutions de soins de santé

Les normes bureaucratiques sont la deuxième limite majeure nommée en entretien par les personnes accompagnatrices. En administration des soins de santé, les décisions et les objectifs sont définis selon une logique descendante « top-down ». La vision globale est ensuite déployée à travers les différents niveaux de l'institution pour s'assurer qu'elle est appliquée de manière uniforme. La Haute Autorité de Santé, qualifiée « d'instance de bureaucrates » par l'un.e des soignant.es, est à l'origine de l'inertie dans les pratiques de soins adaptées à la diversité des besoins de la patientèle :

« Ils viennent visiter des pratiques, des lieux, pour assurer bienveillance, sécurité, performance, qualité. Donc ils ont des critères, 'quel matériau n'est pas bon, quel sol n'est pas bon, ils vont glisser, le circuit du médicament'. Y'a pas mal de critères qu'il faut respecter, la traçabilité, les chambres, la superficie, la qualité de l'hébergement, de la nourriture. Il faut par exemple qu'elle soit à telle température. [...] Et le problème des normes HAS c'est qu'elles sont uniformes. Que ce soient les urgences, le service ou tu restes minimum 6 mois, ou le service ou tu restes des années, c'est la même chose. Mais tu peux pas faire la même chose. Exemple, tu manges à 18h, tu finis à 18h, et le petit déjeuner est le lendemain à 8h30-9h. Y'a des gens qui grignotent, etc. Mais parce que normes HAS, il faut pas que tu prennes du poids. On crée des individus hors normes avec ces normes-là. »

Plus encore, cet attachement aux normes dans toutes les sphères de l'organisation du soin est perçu comme un attachement aux normes coloniales et donc comme une entrave à l'innovation sociale :

« L'idée de la colonisation elle est dans ce sens-là, on est encore englué dans un système qui nous a ankylosé, on n'arrive pas à se libérer de cette pensée normée. Y'a cette idée des normes HAS comme si c'était l'évangile. Mais peut-être que certaines normes HAS sont complètement désuètes aujourd'hui, avec une société qui a changé, avec des rapports de force qui ont changé, un monde qui a changé, peut-être qu'il faudrait revoir les normes HAS. Et des exemples y en a plein. Pourquoi les Belges arrivent à faire du médicosocial mieux qu'en France ? Parce que les normes ne sont pas les mêmes. Si tu as les sous, tant mieux, mais aujourd'hui tu n'as plus les moyens de ta politique. Admets-le que tu ne peux plus le faire ! »

Cela pose donc des questions éthiques majeures pour l'innovation sociale en santé mentale : Les personnes accompagnatrices présentes jusqu'à la fin du VDR dénoncent un système basé sur une administration bureaucratique du soin, qui s'organise autour de la surveillance des personnes plutôt que du soin :

« Aujourd'hui, la réalité de la santé mentale en Martinique, c'est que tout n'est pas fait pour la santé mentale. C'est une machine pour contrôler des gens mais pas pour les aider, pas pour les soigner mais c'est pour contrôler et on n'hésite pas à lâcher les gens quand on ne peut pas. Donc jusqu'à la fin du VDR, ça a été un peu ça, beaucoup de pression, beaucoup de déception. Il y a des gens qui sont arrivés, qui sont repartis. »

L'inefficacité de ce système repose sur la négligence institutionnelle, la perpétuation des violences systémiques et l'absence de dispositifs de suivi de la patientèle. Par ailleurs, le suivi des patient.es en institution psychiatrique est effectué en fonction de ces normes limitées et inadéquates.

L'évaluation du bien-être dans le parcours de rétablissement des patient.es

La troisième limite nommée par les personnes accompagnatrices réside dans l'absence de dispositif d'évaluation du parcours de rétablissement de la patientèle. Dans le cadre du Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie, il y a eu une évaluation du Village du Rétablissement par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), dans le but de monitorer les méthodes d'accompagnement et de pérenniser le financement :

« On a eu une première évaluation pour les premières années, pour valider le projet et le budget au niveau national. Ils l'avaient trouvé très sympa, ils avaient buggé un peu sur les échelles, parce que ça ne correspondait pas. Et on leur a dit comment on fonctionne, eux-mêmes avaient trouvé l'idée intéressante. Mais leur échelle d'évaluation, leurs repères d'évaluation, c'était 'vous avez combien de poules, vous avez vendu combien d'œufs'. Ça c'était un signe que ça fonctionne. Nous on s'était dit 'tiens, le nombre d'activités qu'on fait, le nombre de sorties qu'on fait'. Si tu as un jardin où tu récoltes des fruits et légumes, ça veut dire qu'il y a quelque chose qui se passe, y'a quelqu'un qui travaille là-dedans. Et du coup ton village fonctionne. C'est par ricochet, pas forcément 'comment vous vous sentez aujourd'hui'. Non, ça c'est pas intéressant. »

Cet extrait traduit une compréhension assez capitaliste et néolibérale du fonctionnement du dispositif de village par la DGOS. Les échelles ne sont pas axées sur l'humain, son bien-être et son parcours, mais plutôt sur sa capacité à produire et à travailler. Il y a donc un manque crucial dans la compréhension du rétablissement entre les soignant.es et l'administration. À ce jour en Martinique, il n'y a pas d'échelle d'évaluation adaptée à cette approche, qui s'intéresserait véritablement au parcours des patient.es et à leur capacité d'auto-détermination. Cette limite constitue un vrai décalage entre les méthodes d'accompagnement adoptées par les encadrant.es du VDR, et celles préconisées par l'institution psychiatrique :

« L'ARS, les gens qui font des calculs et tout ça, pour eux c'est pas palpable, c'est pas comptabilisable en fait. Que lui soit parti de là, qu'il soit monté là, c'est une personne, donc ça n'importe rien, c'est pas important. Ça n'a aucune valeur pour eux. Alors que nous on voyait les progrès tout le temps. Tous les jours on voyait des petits progrès. Et quand tu fais vraiment un truc que tu aimes, quand tu es avec des gens et que tu considères les gens, tu ne peux qu'être émerveillé des progrès, tu ne peux qu'être content que la personne évolue. Parce que pour toi, c'est simple de sortir du CHU et d'aller à un arrêt de bus, mais pour eux c'est compliqué, ils ont fait des années à l'hôpital, ils étaient entre une chambre, un réfectoire et les quelques mètres qu'on les laissait devant leur bâtiment. Donc c'est une aventure d'aller prendre le bus. Déjà d'aller à l'arrêt de bus et après de monter dans un bus, d'être avec du monde autour où tu vas te sentir jugé, et après de descendre dans la rue. Mais ils ne s'en rendent pas compte en fait, qu'ils arrivent à prendre sur eux-mêmes et à faire des choses. »

En parallèle cependant, la direction du Centre Hospitalier Maurice Despinoy (CHMD), auquel le village est rattaché, avait reconnu les changements que le VDR opérait dans le regard et l'approche du personnel soignant. Progressivement, le VDR permet de rendre visible et possible l'idée de rétablissement, au fur et à mesure que les personnes concernées reprennent possession d'elles-mêmes, de leurs corps, de leurs désirs et de leurs perspectives d'avenir :

« Il y'a des patients qui montaient, limite on ne comprenait même pas ce qu'ils disaient. Et ils ont commencé à s'investir, à faire des choses, à utiliser leurs deux mains. Et les soignants me disent, mais ce gars-là, en bas, il emmerde tout le monde. Et je dis, mais c'est normal. Il faut qu'on arrête de raisonner sur la réalité de quelqu'un dans un contexte défavorable. »

« Et on a beaucoup appris, par exemple, combien de temps il a fallu aux gars pour se désinstitutionnaliser...il leur a fallu un an et demi pour perdre un peu cette espèce de dépendance aux soignants, à l'autre, pour s'autonomiser totalement. »

Les moyens humains

La quatrième limite nommée maintes fois par les personnes accompagnatrices du VDR est celle de l'engagement et de la mobilisation des personnes sur le projet. Cette problématique a été soulevée par les personnes qui ont travaillé dessus du début (2019) à la fin (2023), et qui, à plusieurs moments, ont porté le projet parfois à deux ou trois. Elles ont reconnu qu'il aurait certainement fallu plus de temps pour que les résident.es puissent se désaliéner de leur fonctionnement, et que l'accompagnement aurait pu être plus intensif s'il y avait eu plus de personnes soignantes, éducatrices et bénévoles engagées :

« Il fallait un accompagnement plus intensif pour qu'il y ait plus de champ, beaucoup plus de bénévoles qui pouvaient animer cette vie humaine, dans ce milieu-là. Certains d'entre eux continuaient à percevoir le village comme un lieu de soins. Parce qu'ils nous voyaient nous, toujours nous, l'équipe mobile qui venait régulièrement, parfois juste pour passer du bon temps, mais eux pour eux, c'était toujours l'hôpital. »

Ainsi, avoir davantage de personnes aurait pu aider à faire plus de sorties en dehors du milieu hospitalier et à mieux soutenir le parcours de rétablissement, ponctué de crises, de rechutes et d'interventions pour lesquelles les soignant.es ne pouvaient pas toujours être présent.es. D'autre part, la gestion interne du projet au niveau de l'association a été rendue difficile par le manque de mobilisation des membres, ainsi que par le manque de connaissances administratives nécessaires pour travailler sur un projet d'une telle envergure :

« Nous au début, on n'avait aucune compétence de gestion administrative, aucune compétence de gestion financière. Et dans les membres de l'association, on avait des professionnels de santé avec qui on travaillait en journée sur un autre site qui ont très bien compris la charge de travail que ça demandait, et la responsabilité du projet. Si vous voulez, les plus naïfs sont restés, les plus fins, ils se sont barrés. Ce qui fait qu'on était deux, trois à faire fonctionner une association sur un projet d'un million d'euros. Donc ça ne tient pas la

route en fait. Ça veut dire qu'au final, j'ai géré plein de choses, j'avais quand même pas mal de responsabilités administratives. [...] c'était un monde qui me dépassait totalement. Et on a quand même mis en place tout ça, j'ai voulu déléguer, mais personne ne voulait la délégation, c'est ça le problème. Et du coup, c'est comme ça qu'on s'est retrouvés avec très peu de membres de l'association engagés vraiment à nous aider administrativement, parce qu'il fallait tout monter, il fallait tout faire. »

Par ailleurs, le manque de soutien administratif de l'Agence Régionale de Santé est également mis en cause pour son manque d'appui administratif, dont elle disposait en tant qu'instance de liaison entre le projet du VDR et les bailleurs de fond du FIOP :

« S'il y avait eu un soutien beaucoup plus massif de l'État et de la société, je pense qu'on aurait pu continuer à travailler avec ce projet-là, mais pas avec notre association. Notre association n'était pas une association suffisamment solide, en tout cas telle qu'elle a été montée au départ pour pouvoir avoir des compétences techniques, pour pouvoir administrativement supporter un projet comme ça. On avait des compétences en termes de personnes, en termes de vision, mais pas administratives. En fait, il aurait fallu un soutien, un suivi, un soutien, une mobilisation des personnes par l'ARS, en fait. Parce que oui, il y avait des personnes à l'hôpital. Si l'ARS avait joué son jeu de soutien on n'en serait pas là, on aurait été tous gagnants dans cette histoire. »

Cet extrait aborde également le soutien de la société. C'est un aspect qui est fréquemment revenu dans les limites de l'organisation d'un dispositif tel que le VDR, et que nous explorons dans la partie suivante.

La stigmatisation de la maladie mentale : quelle responsabilité politique et citoyenne ?

Une cinquième dimension abordée en entrevue est celle de la stigmatisation de la maladie mentale au niveau sociétal, et les moyens mis en place par les politiques pour la briser. Toutes les personnes accompagnatrices portent un même constat : il y a une méconnaissance générale de la capacité de rétablissement des personnes porteuses de troubles psychiques. En conséquence, la majorité des personnes confrontées à un symptôme de maladie mentale s'arrêtent à la parole des psychiatres :

« Je trouve que la Martinique ne s'est pas suffisamment mobilisée pour pouvoir nous aider. Parce qu'une fois que l'ARS a sorti l'artillerie lourde, les gens se sont dit 'mais il n'y a pas de problème et on s'en fout'. On n'a pas eu le soutien total qu'on aurait dû avoir, et c'est dommage. Mais bon c'est passé, on a quand même eu du temps pour prouver que c'est possible. Mais il faut avoir du cœur, il faut vraiment comprendre les troubles de santé mentale, il faut vraiment ne pas avoir peur de la psychiatrie. Et une fois qu'on est dans cet élan-là, vraiment poser les valeurs du rétablissement. C'est possible et c'est possible partout ailleurs. Et sur ça je me dis, mais est-ce que la Martinique est prête, vraiment, à pouvoir mettre en place un tel projet. Parce qu'au moindre frémissement, les gens, tout de suite, vont à nouveau se crispier et revenir au 'tout sécuritaire'. »

De multiples réflexions se sont construites autour des possibilités de démocratisation des savoirs liés à la santé mentale. La médiatisation, la communication, la formation et la création de programmes autour de la déstigmatisation ont été amenées comme solutions. Il y a donc un grand changement à opérer sur les représentations de la maladie mentale, qui requiert le soutien financier des instances politiques du territoire :

« Je pense qu'il y a un truc très basique à faire, au niveau d'expliquer aux gens c'est quoi la maladie mentale. Ce n'est pas un sort qu'on a jeté aux gens. Mais les gens le croient toujours. Ils n'en parlent pas, ils ne le disent pas, mais ils y croient toujours. Comment appréhender une crise, comment faire en sorte de ne pas entrer en crise... Simplement diffuser la connaissance aux gens régulièrement, c'est quoi une crise psychotique, c'est quoi un trouble bipolaire. Simplement ça, basiquement, avec la connaissance. Basique, basique, basique. Pour moi, à la base, c'est vraiment donner la parole à des personnes qui ont cette ouverture vers les notions de rétablissement. »

« Donc pour revenir au financement, je pense qu'avec une très bonne médiatisation et formation, faire comprendre aux gens ce qu'est la santé mentale, et que n'importe qui peut avoir besoin d'un séjour peut-être pour se refaire, je pense que les gens pourraient donner [financièrement] à d'autres structures, à d'autres choses. Je pense qu'ils peuvent donner, mais il faut être formé. C'est clair. Il faut casser les mauvaises connaissances. Et puis les préjugés, et puis les tabous aussi. »

En rétrospective, c'est sur ces questions de formation, de sensibilisation et de déstigmatisation que la mission du VDR s'est construite, sous la tutelle de l'association Tombolo. L'idée d'un parcours de santé mentale libérateur et porteur de pouvoir d'agir,

d'émancipation et d'auto-détermination, a été l'un des piliers de ce projet de son ouverture à sa fermeture. Cette dernière n'a toutefois pas signé la fin complète du parcours de rétablissement des usagers, ni des perspectives de programmes de réhabilitation psychosociale en Martinique.

Espoirs et continuation

Cette avant-dernière partie fait ressortir les effets que le Village du Rétablissement a eu sur son environnement, qu'il soit plus ou moins proche (du milieu hospitalier au territoire martiniquais entier). En entrevue, la question « Quel est l'impact du VDR pour les personnes accompagnées ? » a été posée afin de saisir sa portée sur le parcours des personnes concernées. Les réponses ont ouvert sur la question plus large de l'impact du VDR sur l'accompagnement de la santé mentale en Martinique :

« La question du rétablissement, on était rentrés dedans avec l'Hôpital de jour (HDJ) en 2016, aujourd'hui y'a des DU rétablissement, de la sensibilisation rétablissement, de plus en plus d'équipes font ça. Nous on le faisait au quotidien, mais d'autres professionnels de l'HDJ, qui étaient fascinés par le modèle, l'ont appliqué. Y'en a qui sont devenus cadres, IPA, formatrices de premiers secours en santé mentale. On faisait énormément de sensibilisation auprès des collectivités, de certaines associations, entreprises. Notamment, la gestion du plan de crise, ensuite on avait fait la PSSM. Donc on se sentait habilités à transmettre une expertise. On faisait toujours avec l'idée d'avoir non pas un discours sachant, plan A plan B, mais sur des expériences et des échanges d'expériences, et de traduire sur le terrain les grands principes du rétablissement. »

« En Martinique on dit souvent « ou paka planté zaboka pou rékolté mango » (on ne plante pas des avocats pour récolter des mangues). Donc en fait la semence c'est très important, et nous avons semé quelque chose, une mentalité, une façon de faire. Et on a récolté quelque chose de ces gens-là. C'est ce qu'on a semé dans notre comportement qui va faire la différence.»

Cela résume bien la mise en œuvre du VDR : une approche basée sur les savoirs-faires et savoirs-vivres expérientiels, intégrée aux pratiques d'accompagnement et de formation du personnel hospitalier. Même si le projet n'a pas continué, sa démarche a pu être adoptée

et réadaptée à de multiples échelles afin d'améliorer l'offre de soins sur l'île. L'importance de l'engagement des personnes accompagnatrices reste, dans tous les cas, primordiale. Selon les répondant.es, c'est l'élément-clé des dispositifs de réhabilitation psychosociale qui permet le rétablissement des patient.es :

« En tout cas mon point de vue, c'est que pour faire quelque chose en Martinique, il faut que chacun prenne ses responsabilités et s'engage, chacun à son niveau. Il n'y a pas besoin de prendre la place de quelqu'un d'autre. Pour moi c'est le petit colibri, chacun traite sa part. Et puis c'est un projet qui a trouvé tellement de valeur humaniste et qui a permis de faire un tri. C'est un projet qui était tellement intense qu'il a permis de dire, voilà, tu veux pas, ok, il n'y a pas de souci, mais reste pas. Et tu veux, bien, viens avec nous, mais si tu veux vraiment. Ça a vraiment permis de faire un tri et il y a que les bons qui sont restés, toutes les bonnes idées, toutes les bonnes valeurs que le village du rétablissement a apportées. »

Finalement, deux ans après sa fermeture, les conclusions sont assez plurielles pour les anciens membres du VDR. Certaines personnes œuvrent toujours à ce que le projet continue sous forme de formations et sensibilisations de la population aux principes du rétablissement. D'autres ont quitté la Martinique et portent avec elles leurs espoirs et conclusions. Dans tous les cas, les enseignements tirés sont assez positifs :

« Mais comme je l'ai dit c'est peut-être un mal pour un bien. Parce que du coup nous on était peut trop ancrés dans quelque chose et qu'il faut vraiment que ça change, et faire confiance au fait que le projet va évoluer. Le projet va être vu et modelé autrement, et ça, ça vous dépasse, et c'est là où il faut lâcher prise dessus. Et puis de toutes les façons pour moi, un projet ne doit pas être supporté ou exister par une personne. C'est que ce n'est pas bon. Pour moi, c'est un collectif. Et si nous, on a été trop en avance, c'est que ce n'était pas le bon *timing*. Et de toutes les façons, ce qu'on a fait là, je ne le vois pas comme l'arbre qui pousse. Je vois simplement que la graine est plantée. Et le reste se fera sans nous. Et c'est très bien. Parce que ça veut dire que si ça prend sans nous, c'est que c'est bon en fait. »

« Puis ça prendra d'autres formes, parce que de toutes les façons, ça a touché des gens, même si c'est 15 personnes, c'est déjà beaucoup. En tout cas, une autre psychiatrie est possible. Et si les gens peuvent comprendre qu'une autre psychiatrie est possible, on a tout dit, il faut qu'on arrête d'avoir peur. On supporte tellement le pire et on a peur des troubles de santé mentaux. Maintenant c'est à

nous de nous responsabiliser. Et ça c'est un travail personnel à faire. À la fois personnel, à la fois sociétal, donc politique aussi. »

Le Village du Rétablissement, une innovation sociale ?

Ma dernière question d'entrevue était « Avez-vous des questions, des choses à rajouter, un point que nous n'avons pas abordé ? ». Les répondants avaient fréquemment des questions au sujet de ma formation en innovation sociale, sûrement en raison de ma présentation en début d'entrevue. Je leur ai donc demandé si, selon leur compréhension du terme « innovation sociale », le VDR en constituait une :

« C'est innovant par rapport à l'ensemble du territoire français, mais pour nous Martiniquais, c'est pas innovant parce que ce qu'on a fait c'est juste recréer du lien, ce que nos anciens ils ont fait. Donc en partant de l'expérience de Frantz Fanon, ou de Maurice Despinoy, et de ce qui s'est déroulé en Martinique, ce qu'on essaie de remettre en place, c'est le fait de se dire qu'une personne qui a été hospitalisée, a la possibilité de se rétablir et de donner cet espoir. Et aussi des familles qui se retrouvent en difficulté, de se dire que nous sommes là pour les écouter, pour les accompagner, et pour les orienter vers des professionnels adaptés, parce que nous travaillons avec tout le monde sur le territoire. »

« C'est cyclique, effectivement c'est innovant, mais c'est faire du neuf avec du vieux quoi. C'est important de toujours partir de la base, et après tu rajoutes des choses. Notre temps, c'est pas celui d'il y'a 30 ans ni 40 ans donc forcément c'est innovant dans ce sens-là, parce qu'il y'a des nouvelles choses qui apparaissent, ce sont des nouvelles personnes, de nouvelles façons de voir le monde, des jeunes qui tombent malades, ils ont grandi avec internet, avec tous les réseaux sociaux, il faudra prendre ça en compte dans leur façon de les soigner. Donc moi je pense que dans ce sens-là, il y a de l'innovation, parce qu'on fait avec un nouveau public. »

Dans leur conception de l'innovation sociale, la dimension intergénérationnelle des savoirs et pratiques revient inévitablement, comme un fil conducteur. L'innovation sociale est donc comprise comme un point auquel chaque génération revient forcément pour soigner les maux de son époque. Ainsi, cette conception de l'innovation sociale s'apparente plutôt à une forme de technologie sociale, dans la mesure où elle « implique

la mise à jour des techniques locales, l'adaptation de la technologie moderne aux conditions et à l'environnement et la stimulation de la recherche scientifique et technologique pour identifier et résoudre les problèmes immédiats » (Herrera, 2010, cité et traduit par Tello-Rozas, Manon et Autin, 2025). On observe également dans ces extraits de discours une revalorisation des savoirs et pratiques mobilisés par différents pionniers de la santé mentale en Martinique. Cette posture s'aligne avec les théories de la justice épistémique évoquée par Tello-Rozas et al. (2025), qui, dans une trajectoire de technologie sociale, « invite à remettre en question la hiérarchisation des connaissances scientifiques sur les connaissances historiques, indigènes et autochtones localisées » (ibid). D'autre part, l'innovation sociale est aussi perçue comme un écosystème où les acteurs qui osent quelque chose de différent seront obligatoirement ostracisés :

« J'ai l'impression que les choses ont un peu été étouffées après que le Village du Rétablissement ait dû s'arrêter parce qu'il y a une réputation qui s'est formée, des médecins qui disaient que ça va trop loin, etc. Mais dès le début il y a toujours eu un peu des retours de collègues qui nous traitaient de fous d'ailleurs. Mais bon c'est un peu ce que Fanon aussi a connu avec le pavillon des autochtones. Donc, à partir du moment où on propose de l'innovation dans certains dispositifs, il y a toujours des acteurs qui seront dubitatifs ou contre. Donc, il y a un petit peu...une partie de l'écosystème dans lequel on vit. »

Pour les personnes impliquées aux affaires administratives du projet VDR, il y a un questionnement qui reste en suspens : qu'est-ce qui était entendu par le terme « innovation » dans le sigle « Fonds d'Innovation Organisationnelle en Psychiatrie » ? D'après la DGOS dans l'instruction pour la mise en œuvre du FIOP, « *le caractère innovant des projets proposés doit se traduire dans la transformation des organisations, l'introduction d'une pratique, d'une intervention ou d'une procédure [...] devant conduire à améliorer la performance d'un dispositif ou d'une organisation pour une meilleure réponse aux besoins des usagers et des familles en termes d'accessibilité, de continuité ou de qualité des soins et une plus grande efficacité dans la prise en charge des parcours.* » Cette description, assez générique, n'a pas été élaborée davantage auprès des personnes porteuses du projet du VDR, entraînant de la confusion sur l'objet de l'innovation :

« Et tout le malentendu est là en fait, ces projets-là FIOP ont été pensés par le législateur, pour compenser les insuffisances, les impasses du système actuel. Et mon interprétation, peut-être que c'est faux, mais aucun des dirigeants du projet FIOP au niveau national n'ont pu répondre à cette question-là, à savoir 'est-ce que nous pouvons nous soustraire totalement des recommandations de l'HAS ?'. C'est-à-dire que ce n'est ni un lieu de soins hospitalier, ni un lieu d'accueil médicosocial. Si je ne me soustrais pas aux normes HAS, c'est comme si c'était du soin en mode médicosocial, c'est assez ambigu. Si vous voulez quelque chose d'innovant, il faut sortir des clous et prendre des risques. Et dès que tu dis risques, les gens disent 'ah non, je pense pas...' ».

Vis-à-vis du contexte martiniquais toutefois, il serait impératif de démanteler les normes occidentales, dont beaucoup sont en fait coloniales, afin de vraiment s'engager dans quelque chose d'innovant. Mais dans la mesure où les projets de dispositifs innovants doivent se confiner aux attentes occidentales, il faudrait également faire preuve de persuasion pour introduire de nouvelles pratiques d'accompagnement :

« J'y crois, mais il faut déconstruire un peu les normes occidentales. Donc y'a rien d'innovant là-dedans, c'est de comment convaincre l'ARS à travers des communications bien huilées pour qu'ils puissent un peu se départir de leurs normes. »

Dans sa globalité, la conception de l'innovation sociale que portent les personnes accompagnatrices du VDR est donc basée sur la transformation des schémas de pensée vis-à-vis de la maladie mentale et des changements dans les pratiques d'accompagnement. L'innovation prend un caractère très personnel et intime, et met au centre les acteur.ices de toute la société. Elle fait appel à la compassion, à la résistance et à l'espoir qu'une réalité différente est possible :

« C'est parce qu'on est dans le jugement que la société humaine est telle qu'elle est et c'est ça qu'on doit casser, les jugements. Notre travail c'est de trouver ce qui peut changer, tout ce sur quoi on peut avoir une vision différente. Lorsqu'on est bien accompagné ça stimule. Et c'est cette stimulation qui nous permet d'aller dans des horizons où on n'aurait jamais pensé aller. Se redécouvrir en fait. Nous, on a été mis à mal et on a dû aller chercher des choses au plus profond de nous et se demander vraiment pourquoi on est là, et malgré tout ce qui s'est passé, on est encore là. »

En somme, les limites rencontrées par le Village du Rétablissement révèlent la tension entre une approche innovante et les contraintes d'un système institutionnel marqué par des normes bureaucratiques et des logiques coloniales. Le manque de financement, de moyens humains et de soutien administratif, combiné à la stigmatisation persistante de la maladie mentale à l'échelle de la société, a freiné la pérennité effective du projet. Toutefois, l'expérience du VDR a semé des graines de changement : elle a démontré la faisabilité d'un accompagnement fondé sur le rétablissement, l'autonomie et la participation des personnes usagères, tout en inspirant des pratiques et des formations qui continuent d'influencer le paysage psychiatrique martiniquais. Ces apprentissages ouvrent la voie à une réflexion sur la nécessité de repenser les normes, de renforcer la mobilisation citoyenne et de promouvoir une innovation sociale ancrée dans la culture locale et la justice épistémique. En conclusion, les limites et ouvertures identifiées montrent que l'intégration d'une éthique du *care* décoloniale dans l'accompagnement de la santé mentale en Martinique suppose de dépasser les contraintes institutionnelles (normes bureaucratiques, financement, stigmatisation de la maladie mentale) pour créer des espaces où le rétablissement repose sur l'autonomie, la participation et la reconnaissance des savoirs culturels et expérientiels, ouvrant ainsi la voie à une innovation sociale ancrée dans la justice épistémique.

5.6. Conclusion

L'expérience du Village du Rétablissement illustre donc une approche singulière qui façonne la posture des personnes accompagnatrices : il ne s'agit pas de traiter une maladie, mais de créer un espace de vie où le rétablissement peut émerger comme un cheminement personnel, social et collectif. Les ateliers culturels et les activités proposées engagent les résident.es dans un processus de réveil de leurs compétences sociales et intrinsèques, tout en réaffirmant leur autonomie et leur capacité à décider de leur propre vie, dans le cadre de conditions qui sont co-construites.

Le VDR fonctionne au carrefour de dynamiques complexes et de facteurs contextuels : il s'inscrit dans un contexte sociétal marqué par le tabou de la maladie mentale, questionne les normes et les diagnostics, et adopte une perspective structurelle sur la maladie, cherchant à comprendre les dysfonctionnements pour mieux accompagner. L'innovation sociale y réside dans le refus de se conformer strictement aux pratiques institutionnelles, et dans l'expérimentation de formes d'accompagnement qui privilégient l'entraide, l'*empowerment* et l'attention à l'être humain derrière la maladie.

Cette démarche s'inscrit dans une éthique de l'autonomie et de l'auto-détermination, qui reconnaît à chacun.e le droit de participer activement à sa propre vie et à son rétablissement, et refuse toute délégation morale. Une telle éthique, envisagée sous l'angle soucieux de la décolonialité du pouvoir, exige de considérer chaque personne comme un germe d'émancipation, de mettre en avant l'expérience vécue plutôt que l'application de procédés médicaux, et de construire le rétablissement à partir du terrain, dans le concret de la vie quotidienne.

À travers cette approche, le Village du Rétablissement devient véritablement un « arbre de vie », comme l'image une personne accompagnatrice : il offre aux résident.es la possibilité de se réancrer, de retrouver leurs racines, d'acquérir des connaissances et des repères pour se projeter dans l'avenir, et de renouer avec leurs capacités intrinsèques. Le rétablissement se traduit par une posture qui redonne espoir et qui favorise la transition vers une réinsertion sociale, en laissant place à la singularité de chaque parcours et à la richesse des interstices entre vie individuelle et projets collectifs.

Tableau 7 – Présentation des résultats de l'analyse thématique descriptive

Source : produit par l'autrice

Dimensions de l'innovation sociale	Questions émergentes pour l'analyse thématique du VDR	Éléments de réponse issus de l'analyse thématique
Contexte d'émergence – <i>Pourquoi et quoi ?</i>	Quels besoins et aspirations sociales non-satisfaits à l'hôpital font émerger le VDR ? Sur quelles formes de	- Besoin de rompre avec l'isolement et la contention en psychiatrie - Introduction du paradigme du rétablissement (<i>empowerment</i> , autonomie, lien social)

	rupture contextualisée des pratiques s'établit le VDR ?	- Rupture avec les normes hospitalières : création d'un tiers-lieu ouvert, inspiré de St-Alban et Blida-Joinville - Dimension politique : déprofessionnalisation et désanitarisation du soin
Acteur.trices – <i>Par qui et avec qui ?</i>	Qui parle, qui échange et qui relationne ? Comment les relations entre acteur.ices s'articulent et s'entretiennent ? Quelles formes d'inclusion et de participation prennent place au VDR ?	- Tous.tes « villageois.es » : absence de hiérarchie entre soignant.es et patient.es - Relations basées sur égalité, sensibilité et savoirs expérientiels - Formations PSSM + apprentissage par échanges - Inclusion des familles (malgré réticences) et tentative d'intégration de pair-aidant.es
Processus – <i>Comment ?</i>	Quelles sont les relations et interactions qui permettent sa mise en œuvre ? Comment le VDR mobilise l'espace qu'il occupe ? Comment les principes du rétablissement sont traduits en pratique ?	- Création d'un espace de vie communautaire (jardin créole, poulailler, ateliers culturels) - Organisation collective : repas, tâches, sorties, activités socio-culturelles - Valorisation de l'autonomie et de l'auto-détermination (ateliers éducatifs sur psychiatrie et médicaments) - Rééducation pas à pas : tâches quotidiennes, planification, hygiène - Ré-ancrage culturel (bèlè, jardinage, pratiques endogènes)
Éléments d'interactions et de changements – <i>Avec quelles tensions et quelles contraintes ?</i>	Quelles tensions et quelles contestations font émerger l'existence du VDR ? Qu'est-ce que sa mise en œuvre au sein de l'institution permet et ne permet pas ? Comment les acteur.trices du VDR naviguent l'interaction avec l'institution psychiatrique ?	- Opposition avec l'hôpital : normes HAS, logique sécuritaire, hiérarchie médicale - Critique de la pharmacologie lourde et des diagnostics stigmatisants - Fermeture du VDR = retour forcé à l'hôpital (perçu et vécu comme maltraitance) - Racisme et colonialité dans l'institution : rapports de pouvoir persistants - Tentatives de sensibilisation du personnel (ateliers, stages), mais résistances et désengagements forts
Résultats et impacts – <i>Quelles limites rencontrées et quelles ouvertures possibles ?</i>	Quel impact a eu le VDR sur les individus, les services de l'hôpital, l'organisation de l'institution ? Quels sont les éléments de rupture, les pistes d'amélioration et les réflexions qu'ont amené le VDR ?	- Impacts positifs : regain d'autonomie, désinstitutionnalisation progressive, réduction des crises - Limites : manque de financement (ARS), manque de moyens humains, inertie bureaucratique, stigmatisation sociale - Ouvertures : essaimage des principes du rétablissement (formations PSSM, partage et échange d'expériences), sensibilisation des collectivités - Innovation sociale = faire autrement : redonner pouvoir d'agir, ancrage culturel, justice épistémique

En conclusion, cette analyse thématique descriptive du Village du Rétablissement met en lumière une innovation sociale fondée sur la rupture avec le modèle hospitalier traditionnel et l'introduction du paradigme du rétablissement, centré sur l'autonomie, l'*empowerment* et le lien social. Cette approche s'incarne dans des relations égalitaires entre acteur.ices, où savoirs professionnels et savoirs expérientiels se rencontrent, favorisant la participation des familles. Le processus d'accompagnement repose sur une vie communautaire ouverte, des activités culturelles et éducatives, et une rééducation progressive qui valorise l'auto-détermination. Toutefois, cette expérimentation s'est heurtée à des tensions institutionnelles fortes : des normes bureaucratiques désuètes, une logique carcérale stigmatisante, une pharmacologie lourde et des rapports de pouvoir marqués par la colonialité. Malgré ces contraintes et la fermeture du dispositif en décembre 2023, le VDR a eu un impact significatif sur le regain d'autonomie et la désinstitutionnalisation des personnes, tout en semant les principes du rétablissement dans les pratiques locales d'accompagnement. Ces résultats permettent d'apporter des éléments de réponse à notre question de recherche : dans ce contexte, comment une éthique du *care* décoloniale peut-elle s'intégrer à l'accompagnement de la santé mentale ? Ils montrent que cette intégration suppose de dépasser les contraintes institutionnelles pour créer des espaces où le rétablissement repose sur la participation, la reconnaissance des savoirs culturels et expérientiels, et le développement du pouvoir d'agir de la patientèle.

En somme, ces constats soulignent que l'innovation sociale portée par le Village du Rétablissement ne se limite pas à une transformation organisationnelle ou institutionnelle. Elle engage une réflexion plus large sur la justice épistémique, les rapports de pouvoir et les contraintes institutionnelles rencontrées en contexte néocolonial. La discussion qui suit ce chapitre interroge ces dynamiques, à la lumière de notre cadre théorique, afin de comprendre comment ces pratiques réflexives et participatives redéfinissent l'accompagnement de la santé mentale en Martinique.

Chapitre 6 - Discussion

Alors qu'il y a un intérêt croissant pour de nouvelles approches d'accompagnement en psychiatrie, les fondements et pratiques basées sur le *care* et la décolonialité restent encore peu étudiés dans la littérature scientifique et académique. Notre revue de littérature a néanmoins montré un engagement de plus en plus prononcé pour des pratiques de soins psychiatriques basées sur l'approche du rétablissement en France hexagonale. Celle-ci constitue un point de départ important pour l'innovation sociale en santé mentale : le rétablissement représente « une posture adoptée par les usagers de la psychiatrie, étayée sur leur propre expérience » (Durand, 2017, p.31). En Martinique, même si les rapports des instances décisionnelles de santé publique font mention de cette approche, aucune étude ne s'est encore intéressée à ce dernier projet du Village du Rétablissement, mis en place pour soutenir le parcours de réinsertion sociale des usager.ères en hospitalisation psychiatrique dans la capitale de l'île. Ce mémoire s'inscrit donc parmi les premiers travaux de recherche sur le sujet du *care* décolonial en psychiatrie, en portant une attention particulière à sa portée comme innovation sociale, ainsi qu'à ses conditions d'existence dans un contexte néocolonial.

Étant donné la rareté des études effectuées sur l'adaptation de l'approche du rétablissement en Martinique, nous avons choisi l'analyse thématique descriptive afin de présenter l'étude de cas du Village du Rétablissement. Cette démarche met en évidence les thèmes dominants exprimés par les participants, en s'appuyant directement sur leurs propos et en les croisant avec la grille d'analyse des dimensions de l'innovation sociale proposée par Besançon et Chochoy (2015). Cela nous a permis de construire une vue d'ensemble du contexte d'émergence, des acteur.trices impliqué.es, du processus de mise en organisation, des tensions rencontrées et des impacts que ce projet a pu avoir au cours de ses trois ans d'existence. L'analyse descriptive permet ainsi d'identifier et d'organiser les thèmes majeurs présents dans les données qualitatives récoltées auprès des personnes accompagnatrices du VDR. Elle présente donc une synthèse claire des éléments récurrents et constitue une base solide pour la discussion des résultats.

Comme exposé dans notre préambule socio-historique en chapitre 1, la Martinique est un territoire où coexistent une histoire de la psychiatrie coloniale et néocoloniale forte, avec des formes de marginalisation et de domination persistantes, mais aussi des pratiques de résistance, de soin, de solidarité et de réparation qui s’enracinent dans la culture locale. Ces pratiques prennent la forme de réseaux familiaux, de pratiques communautaires, de médecines traditionnelles, de spiritualités afro-caribéennes, d’entraide informelle et d’espaces associatifs. Ainsi, les pratiques relationnelles, communautaires et culturelles qui structurent le soin de la santé mentale en Martinique peuvent être analysées comme des formes de préfiguration (Erik Olin Wright, 2010), au sens où elles incarnent déjà des manières de prendre soin qui s’écartent des normes biomédicales dominantes. Dans cet écosystème de soins pluriels, les pratiques d’accompagnement qui finissent par s’immiscer sur les lieux de l’hôpital psychiatrique par le biais du VDR résonnent avec les principes d’une éthique-esthétique du *care* décoloniale (Salamanca González, 2021). L’auteurice fait une distinction claire entre les soins (au pluriel), décrivant une tâche effectuée dans le cadre du travail en hôpital, et l’éthique du *care* (au singulier), désignant la dimension sensible et émotionnelle qui implique une affectivité, et inspire donc une forme esthétique visible, tangible et expérientielle. Dans l’accompagnement de la santé mentale au sein du VDR, l’intégration d’une éthique-esthétique du *care* décoloniale peut être comprise comme une utopie réelle au sens d’Erik Olin Wright (2010) : le besoin de rompre avec les normes et pratiques hospitalières déshumanisantes génère un modèle de transformation souhaitable et praticable, qui se construit sur le site de l’hôpital et évolue à partir de la coexistence des savoirs et la création de pratiques coconstruites. Cette approche vise à reconfigurer l’accompagnement parallèlement à l’hospitalisation, en intégrant des dimensions relationnelles, esthétiques et historiques issues de l’expérience néocoloniale martiniquaise.

Les pratiques qui soutiennent ce besoin de rupture ne font toutefois pas l’unanimité dans le contexte institutionnel de l’hôpital psychiatrique. Comme le montre l’analyse thématique, l’existence du VDR sur les lieux de l’hôpital Colson défie les pratiques d’isolement, l’administration abusive de médicaments, les rapports de pouvoir et le fonctionnement bureaucratique et hiérarchique de la prise en charge psychiatrique. Les

personnes soignantes du VDR abordent ces tensions avec une posture d'éducation et de sensibilisation, dans une optique de transformation de l'offre de services de l'institution. Comme annoncé en chapitre 1, notre question de recherche – *Dans quelle mesure une éthique du care décoloniale peut-elle s'intégrer à l'accompagnement de la santé mentale en Martinique ?* – implique ainsi un questionnement sur ce qui permet (ou pas) cette intégration dans l'accompagnement, au sein de l'institution psychiatrique, mais aussi sur ce qu'il rend possible dans son processus de construction entre personnes soignantes et personnes soignées.

Dans un premier temps, nous poserons la question suivante : **Comment le Village du Rétablissement transforme l'accompagnement de la santé mentale et les rapports de pouvoir au sein de l'institution ?** Afin d'y répondre, nous mobiliserons les étapes d'opérationnalisation de la *tecnologia social* (Pozzebon, Tello-Rozas et Heck, 2021) présentées en chapitre 3 pour déduire la cartographie des acteur.trices, leurs cadres d'interprétation, les activités socio-matérielles, les principes-clés et les pratiques-clés du Village du Rétablissement.

Dans une seconde partie, nous poserons la question : **Quelles contraintes institutionnelles pèsent sur l'innovation sociale portée par le Village du Rétablissement ?** Nous discuterons des éléments qui la freinent et qui l'empêchent, en s'appuyant sur le modèle des composantes centrales de l'innovation sociale, proposé par Durand-Folco (2025). À travers l'articulation des acteur.trices, des objectifs, du processus et des impacts de l'innovation sociale, nous nous appuyerons sur les apports de l'innovation sociale selon Richez-Battesti et al. (2012) et Besançon (2015) pour appréhender les tensions qu'a dû absorber le VDR, de son émergence à sa diffusion.

6.1. Comment le Village du Rétablissement transforme l'accompagnement de la santé mentale et les rapports de pouvoir au sein de l'institution ?

Telle que définie par Pozzebon et Fontenelle (2018), la *tecnologia social* renvoie au processus sociotechnique participatif et émancipateur sur lequel s'appuie le VDR : d'une part, il s'agit du développement de techniques ou de méthodologies co-construites avec la patientèle : des « artefacts » matériels ou immatériels, que l'on peut qualifier aussi de méthodologies sociales. D'autre part, ces artefacts sont appropriés par la patientèle afin de générer des solutions concrètes à leurs enjeux d'exclusion sociale, d'amélioration de leurs conditions de vie ou de justice sociale. Cette conception se distancie ainsi de la logique d'efficacité technique, qui viserait à simplement optimiser les techniques de soins, à réduire les hospitalisations ou à réduire la consommation de substances psychoactives (Zapp, 2021 ; Domergue, 2024). Il s'agit ici d'interroger les conditions mêmes de l'adaptation de dispositifs de soins : qui décide, avec quels savoirs et dans quel cadre politique ces technologies opèrent. Pozzebon, Tello-Rozas et Heck (2021) opérationnalisent la *tecnologia social* en proposant un cadre en cinq étapes, que nous appliquons ici au cas du VDR :

(1) Quelle cartographie des acteur.trices ?

Nous pouvons les classer dans l'ordre décroissant de leur engagement au VDR. Premièrement, (a) les patient.es devenu.es résident.es villageois.es en voie de rétablissement. En contact direct avec ceux-ci, (b) les personnes porteuses du projet, devenu.es personnes accompagnatrices du VDR (soignant.es, éducateur.trices, bénévoles). Enfin, (c) les familles/la société autour de l'hôpital, considérées comme personnes périphériques, qu'elles soient partisans ou désintéressées du projet.

(2) Quelle analyse de leurs cadres d'interprétation ?

À partir de ces ensembles d'acteur.trices, trois cadres d'interprétation dominants sont identifiés :

- (a) Celui porté par les vécus des personnes en voie de rétablissement, à partir de leur volonté de réinsertion sociale, de leurs forces et intérêts personnels intrinsèques et du développement de leur pouvoir d’agir
- (b) Celui des personnes accompagnatrices, qui s’appuie à la fois sur des connaissances scientifiques et expérientielles : la formation commune de Premiers Soins en Santé Mentale, les principes du rétablissement issus de la littérature scientifique en psychologie et leurs formations universitaires plurielles (en psychiatrie, en psychologie, en sciences infirmières, en ergothérapie, en éducation)
- (c) Celui des familles et de la société, informé par les expériences personnelles des proches touché.es par la maladie mentale, mais aussi par diverses formes de désinformation, stigmates et préjugés sur la maladie mentale

Ces cadres se transforment dans le processus de mise en œuvre du VDR, à travers la construction d’une conscience critique. La transformation des cadres d’interprétation part des savoirs expérientiels des résident.es sur leurs troubles psychiques. Ces savoirs viennent dessiner quelles activités vont organiser la vie quotidienne au Village du Rétablissement, et proposent des façons alternatives d’organiser le soin.

(3) *Quelles activités sociomatérielles ?*

Ces activités sont parfois formelles et encadrées par des bénévoles, parfois informelles et tenues par les résident.es. Le bilan du Village du Rétablissement indique que de juin à décembre 2023, plus de 35 séances de 2 à 3h réparties en 5 ateliers différents par semaine ont été organisées. Nous pouvons répertorier six activités socio-matérielles : le jardinage et l’agriculture selon les aptitudes ; la cuisine en groupe au quotidien ; les arts plastiques ; les jeux culturels et de société locaux ; les ateliers d’éducation de la patientèle ; les ateliers de sensibilisation de l’entourage (familles, personnel soignant, citoyen.nes). Ces modes de faire-ensemble suscitent un intérêt, permettent l’engagement social et encouragent l’application des forces des résident.es. Ils agissent comme des mécanismes de transformation sociale.

(4) *Quels principes-clés sont dérivés ?*

La déprofessionnalisation et la dé-sanitarisation du domaine psychiatrique ; la déstigmatisation de la maladie mentale ; l'autonomie ; l'autodétermination ; le pouvoir d'agir/l'*empowerment* ; la solidarité et le respect des pair.es.

Certains principes-clés sont à la fois basés sur les connaissances des principes de la réhabilitation psychosociale, à la fois issus des forces et intérêts des participant.es. Ils sont déduits par le biais de consultations, de concertations et de discussions entre personnes résidentes et personnes accompagnatrices.

(5) *Comment s'imbriquent les principes-clés ?*

L'analyse de l'imbrication de ces principes nous permet de comprendre comment émerge la transformation sociale dans le cadre du VDR. Cela implique notamment des changements cognitifs majeurs. Du côté des personnes soignantes, il y a un renoncement du pouvoir : l'accompagnement consiste à décider, suivre et faire avec la patientèle vulnérable et marginalisée, plutôt que pour elle. Pour les personnes soignées, il y a une opportunité de se réapproprier sa thérapie, d'avoir un pouvoir sur ce qui constitue son quotidien. Cet engagement permet le renversement de ce qui est décidé et acté dans le soin et dans l'accompagnement. Tous les principes-clés interagissent et s'imbriquent l'un dans l'autre dans le processus de transformation. Cela produit six pratiques-clés :

- (1) « Tous.tes villageois.es », pas de blouse blanche ou de titres. Cela permet de déconstruire, de renoncer et de confronter la hiérarchie soignant.es/personnes « saines »/personnel médical/représentants de l'institution psychiatrique et soigné.es/personnes « malades », « folles »/bénéficiaires.
- (2) Application des savoirs expérientiels sur le vécu de la maladie. Cette pratique est particulièrement importante pour l'accompagnement individualisé et pour la gestion de crise. Les particularités du trouble psychique et comportemental de chacun sont connues, se normalisent, et font partie de la réalité commune. Cette pratique permet la déstigmatisation et renforce le principe d'autodétermination.

- (3) Valorisation des forces de chaque résident.e. Cela facilite la vie quotidienne au VDR et l'alignement de chacun.e avec son projet de vie personnel, dans l'objectif de réinsertion sociale souhaitée.
- (4) Organisation collective de l'espace de vie. Les résident.es occupent les maisons en auto-détermination et s'auto-gèrent de fil en aiguille. Cette pratique est basée sur la rééducation aux tâches domestiques quotidiennes, la solidarité, l'autonomie et l'entraide entre résident.es. Cela permet également un ré-ancrage territorial et culturel, puisque le site de l'hôpital Colson, source de traumatismes sociohistoriques, est réapproprié pour l'amélioration des parcours thérapeutiques.
- (5) Éducation à la psychiatrie et à la psychopharmacologie. Ce volet soutient l'autodétermination dans les parcours thérapeutiques, particulièrement lorsque les patient.es doivent défendre leurs besoins et aptitudes en milieu psychiatrique institutionnel.
- (6) Mise en place d'activités socio-culturelles. Cela a pour objectif de susciter l'intérêt et d'encourager la participation des patient.es, renforçant la confiance en soi et en ses capacités. Ces activités permettent aussi de recréer un lien avec les références culturelles et la société locale martiniquaise, construisant ainsi un pont avec « l'en-dehors » de l'hôpital psychiatrique.

Tableau 8 – Articulation du processus de transformation de l'accompagnement

Source : produit par l'autrice, à partir du cadre proposé par Pozzebon, Tello-Rozas et Heck, 2021

Processus d'opérationnalisation	Application au cas du Village du Rétablissement
(1) Quelle cartographie des acteur.ices ?	a. Résident.es-villageois.es en voie de rétablissement b. Personnes accompagnatrices du VDR c. Familles concernées et société autour de l'hôpital
(2) Quels cadres d'interprétation ?	a. Personnes en voie de rétablissement b. Personnes accompagnatrices c. Personnel de l'hôpital psychiatrique
(3) Quelles activités sociomatérielles ?	Jardinage et agriculture ; Cuisine ; Arts plastiques ; Jeux culturels et de société ; Éducation de la patientèle ; Sensibilisation de l'entourage (familles, personnel soignant, société)
(4) Quels principes-clés sont dérivés ?	Déprofessionnalisation ; Dé-sanitarisation ; Destigmatisation ; Autonomie ; Autodétermination ; Pouvoir d'agir/empowerment ; Solidarité et respect des pair.es
(5) Comment s'imbriquent les principes-clés ?	Pratiques-clés : (1) « Tous.tes villageois.es », pas de blouse blanche ou de titres (2) Application des savoirs expérientiels sur le vécu de la maladie (3) Valorisation des forces de chaque résident.e (4) Organisation collective de l'espace de vie (5) Éducation à la psychiatrie et à la psychopharmacologie (6) Mise en place d'activités socio-culturelles

À travers ces pratiques-clés, nous pouvons repérer le modèle d'action de la *tecnologia social* du VDR et la manière dont ses mécanismes d'opération se construisent et soutiennent le parcours de rétablissement des résident.es.

En somme, cette opérationnalisation de la *tecnologia social* offre un cadre d'analyse pour comprendre et transformer les rapports de pouvoir qui structurent la production de savoirs et de pratiques en contexte institutionnel. Dans le champ de la santé mentale, cela permet de saisir comment les savoirs expérientiels des personnes marginalisées sont minorés, disqualifiés ou rendus inaudibles dans les régimes cognitifs dominants de l'hôpital psychiatrique et éclaire les dynamiques par lesquelles les patient.es, leurs proches ou les professionnel.les non médicaux.ales peuvent devenir des sujets producteurs de connaissances. Cette approche met ainsi en lumière la manière dont la co-conception et l'appropriation locale d'artefacts sociotechniques favorisent la redistribution du pouvoir épistémique, par la légitimation des savoirs situés, par la reconnaissance des vécus, et par la reconfiguration des normes interprétatives encadrant les pratiques de soin.

6.2. Quelles tensions soulèvent l'organisation de cette expérimentation dans le cadre de l'institution psychiatrique ?

Pour appréhender la portée de l'innovation sociale du VDR, nous avons utilisé les dimensions proposées par Besançon et Chochoy (2015). Cela nous a permis de voir que le dispositif est guidé par une mission (celle de rompre avec les normes hospitalières déshumanisantes), organisé par des acteur.trices pluriel.les aux savoirs divers (provenant de l'institution psychiatrique, de formations alternatives et novatrices sur la santé mentale, des expériences de vie de la patientèle) et se décline selon un processus (basé sur le pouvoir d'agir, la rééducation, l'ancrage culturel et la vie en communauté). Ce processus a rencontré de nombreuses zones de friction à travers ses interactions avec les processus entretenus par les acteur.trices de l'institution. Néanmoins, il a également engendré de nombreuses formes de transformation, de sensibilisation, d'éducation et de diffusion *intra* et *extra-muros* de l'hôpital. Dans cette section, nous nommerons les différentes formes de tensions entre l'institution psychiatrique et le VDR, puis nous analyserons les implications de ces tensions pour la diffusion de l'innovation sociale proposée.

Des tensions d'ordre organisationnel et relationnel au niveau de ses acteur.trices

Comme l'a montré la revue de littérature, l'aspect organisationnel des pratiques de soins basées sur le *care* et la décolonialité est très peu étudié. Dans le champ de l'innovation sociale, rares sont les approches abordant les relations entre acteur.ices. Cependant, cet aspect s'est révélé prépondérant dans l'étude de cas du Village du Rétablissement. Dans sa mise en organisation humaine, le VDR représente une critique aux pratiques et aux organisations hiérarchiques en institution, qui contrôlent chaque geste de soin, chaque décision et chaque action de la patientèle. L'approche du Village du Rétablissement invite en effet à repenser le type d'organisation qui rend possible la transformation des méthodes de soin. Le regain d'autonomie des résident.es donne également plus d'autonomie aux personnes soignantes dans leur pratique, qui peuvent s'adapter aux réalités qu'elles rencontrent. Cela engendre toutefois des tensions entre membres du personnel hospitalier,

qui ne portent pas les mêmes croyances vis-à-vis de la santé mentale et qui pratiquent donc le soin de façon très variée en fonction de leur perception de la patientèle.

Dans sa conception institutionnaliste de l'innovation sociale, Richez-Battesti et al. (2012) souligne clairement l'importance de la coordination entre acteur.ices dans le processus, également appuyé par Harrisson et Vézina (2006), qui insistent sur la nécessité d'opérer en réseau. Or, il y a une dissension fondamentale entre la vision de la santé mentale selon les porteur.euses de projet du VDR, et celle des personnes chargées d'administrer ce financement au sein de l'institution psychiatrique. La perspective de ces dernières est fortement imprégnée des normes biomédicales et des stigmates dégradants sur la maladie mentale. Cette asymétrie de pouvoir dans l'organisation met en lumière la hiérarchie instrumentalisée par les acteur.trices administrateur.trices de l'hôpital, qui restreint les leviers d'action des personnes soignantes. À cela, il faut également porter attention aux préjugés racistes et sexistes auxquels s'attachent plusieurs acteur.trices (dans le corps soignant, organisationnel et administratif) pour justifier la rationalisation et l'application de pratiques discriminatoire et déshumanisantes envers la patientèle et envers le personnel soignant martiniquais.

Dans le documentaire comme en entrevue semi-dirigée, les personnes soignantes du VDR ont une perspective plutôt critique vis-à-vis des pratiques de l'hôpital psychiatrique et du personnel médical et administratif qui les entretiennent. Elles nomment par ailleurs avoir été submergées par les normes bureaucratiques, par les nomenclatures diagnostiques, et par les injonctions à la méfiance vis-à-vis de la supposée dangerosité et infériorité cognitive des patient.es. Elles affirment également ne pas avoir reçu suffisamment de soutien en gestion administrative, organisationnelle et financière pour mener à bien ce projet. De ce fait, les contraintes institutionnelles qui pèsent sur les acteur.trices du VDR se déclinent aussi sur le plan organisationnel, et compromettent de nombreux aspects du processus d'innovation sociale.

En somme, les pratiques expérimentées au Village du Rétablissement interrogent non seulement les rapports de pouvoir dans l'institution psychiatrique entre soignant.es et

soigné.es, mais aussi entre hiérarchie des institutions et soignant.es. Comme le souligne Bouchard, l'innovation sociale en contexte institutionnel réside dans les « interactions se produisant entre individus, aux apprentissages collectifs et aux relations inter-organisationnelles, par lesquels de nouvelles normes institutionnelles peuvent émerger » (Bouchard, 2007, p.142). Pour que le VDR se consolide et perdure dans le contexte de l'hôpital, il aurait fallu que davantage d'acteur.trices convaincu.es s'emparent des savoirs et pratiques innovants proposés, et que ceux-ci soient partagés et réappropriés (Richez-Battesti et al., 2012).

Des tensions limitantes pour son processus et ses objectifs...

Les contraintes institutionnelles exercées sur le VDR ont des répercussions sur ses acteur.trices, mais aussi sur son processus. Par exemple, la lourdeur des procédés gestionnaires, administratifs et bureaucratiques a ralenti l'aménagement du lieu de vie : l'un des bâtiments, prévus pour accueillir davantage de femmes au village, n'a pas pu être rénové à cause de l'arrêt soudain du financement par l'ARS après la première année.

Au cours de son existence, le VDR a connu de nombreuses reconfigurations dans sa mise en œuvre. À l'origine pensé comme un interstice faisant le pont entre l'hôpital psychiatrique et le retour à la vie en société, il a dû s'adapter aux injonctions des instances décisionnelles administratives, aux demandes des normes bureaucratiques et à la disparition de son financement. Par conséquent, les objectifs de changement du contexte institutionnel préexistant ont ainsi été compromis au cours du projet. En plus d'assurer l'accompagnement des résident.es, les soignant.es ont également dû naviguer les réticences de l'institution face à l'innovation, même lorsqu'appuyée par la littérature scientifique et montrant des résultats positifs chez la patientèle. Dans ce contexte, les tensions récurrentes rencontrées ont donc conduit les personnes accompagnatrices à se focaliser davantage sur l'émancipation et le pouvoir d'agir des personnes accompagnées. Il y a donc eu un déplacement des objectifs vers l'extérieur de l'institution : en 2023, les efforts se sont concentrés sur la sensibilisation et l'éducation des patient.es et de leurs familles, pour un accompagnement davantage axé sur le changement des mœurs dans la

société vis-à-vis de la maladie mentale. Dans sa conception de l'innovation sociale, Richez-Battesti et al. (2012) aborde ses objectifs, qui reposent sur trois fonctions : « faire ensemble dans un processus participatif et inclusif, pour un usage lui-même collectif, dont l'impact dépasse la seule consommation individuelle » (Richez-Battesti et al., 2012). Outre les contraintes institutionnelles imposées en cours de route, le Village du Rétablissement remplit ces trois fonctions, qui rappellent les principes-clés déduits en 6.1 (Tableau 4). Les conclusions qu'en tirent les soignant.es en fin d'analyse thématique évoquent ce même constat d'accomplissement. Durant les trois années d'activité du VDR, il y a eu de nombreuses opportunités de diffusion des approches novatrices en psychiatrie, reflétant un progrès marqué pour les représentations sociales de la maladie mentale.

...mais des impacts positifs montrant des possibilités de diffusion

Même si le Village du Rétablissement a dû fermer ses portes aux résident.es en décembre 2023, l'innovation sociale portée par ses idéaux et ses valeurs a été diffusée dans plusieurs services de l'hôpital par le biais des professionnel.les de santé ayant interagi avec le projet. Depuis 2016, l'introduction de l'innovation sociale a entraîné la création de formations et de services de l'hôpital basés sur l'approche du rétablissement.

La diffusion des pratiques du Village du Rétablissement s'inscrit donc dans une logique d'apprentissage (Mendell, 2007, cité par Besançon, 2015) : les effets qu'elle a eu sur son environnement direct sont visibles dans la transformation de certaines pratiques hospitalières, ou la création de nouveaux usages dans l'accompagnement de la patientèle. D'autres part, l'approche de Richez-Battesti (2015) permet de comprendre la pluralité des conditions nécessaires à la diffusion des innovations sociales. La médiation, l'engagement et les apprentissages collectifs entre acteur.trices correspondent à la dimension sensible, humaine et relationnelle de la diffusion. Dans le contexte du VDR, des moments de médiation et d'apprentissages collectifs survenaient souvent pour l'éducation des résident.es ou par moments de crises, ou encore pour négocier l'accompagnement intermittent d'un patient hospitalisé avec le personnel hospitalier. L'engagement a sans doute été l'une des conditions la plus difficile à maintenir du côté des membres de

l'association porteuse du projet. Les personnes accompagnatrices rapportent de nombreux découragements et démissions. Cette observation nous amène à ajouter une autre condition à cette analyse : celle de la capacité de résistance, indispensable pour un projet d'accompagnement dans le domaine de la santé mentale.

Dans un second temps, Richez-Battesti (2015) nomme l'importance de la légitimité du groupe qui diffuse l'innovation, car elle conditionne l'accès aux ressources, leur hybridation (inévitables à un moment donné) et la mobilisation d'un réseau permettant de soutenir la mission en cas d'incertitudes. L'association Tombolo était équipée d'un réseau avec d'autres associations de l'île œuvrant en santé mentale auprès des patient.es et des familles. De plus, elle disposait d'un soutien d'artistes locaux permettant une communication de leurs activités en dehors de l'hôpital. Les membres accompagnateurs du VDR avaient également pour projet de diversifier les revenus disponibles pour le projet, en organisant des marchés où les résident.es pourraient vendre les produits récoltés sur le site. Cependant, la légitimité du groupe a été fortement remise en question lors de la prise en charge du projet par l'association OVE Caraïbes, de juillet à décembre 2022 (voir Figure 1). Celle-ci avait une visibilité et une ancienneté plus établie que l'association Tombolo dans le domaine de la santé mentale, lui permettant de bénéficier de la confiance de personnes en charge du financement à l'ARS. Toutefois, l'innovation sociale était compromise, puisque les méthodes pratiquées par OVE Caraïbes reproduisaient l'accompagnement déshumanisant de l'institution. Au regard de celle-ci, cet événement a tout de même constitué l'un des points tournants remettant en question la capacité et la légitimité de l'association Tombolo à mener le projet du VDR. Enfin, pour des projets futurs sur ce même modèle, il serait intéressant de mettre en place des dispositifs participatifs d'évaluation de l'impact de l'innovation sociale. Cette intégration dépend néanmoins de la capacité, mais peut servir de support pour la recherche et la mobilisation des ressources (Richez-Battesti, 2015).

En somme, l'analyse du cas du VDR à la lumière de la diffusion montre que son œuvre a eu des impacts diversifiés, malgré les tensions rencontrées avec l'institution psychiatrique. Les modèles de pratiques collectives qui ont pris racine au cours de ce

projet constituent l'un des impacts majeurs, même s'il n'a pas toujours rendu possible des compromis entre les acteur.trices divers que sa mission envisageait d'atteindre.

6.3. Conclusion

À partir de l'étude de cas du Village du Rétablissement (VDR), cette discussion montre que l'intégration d'une éthique du *care* décoloniale dans l'accompagnement de la santé mentale en Martinique nécessite une transformation de fond des finalités et des pratiques du soin. On passe alors d'un modèle centré sur le *cure* et sur la norme institutionnelle à des dispositifs situés, relationnels et culturels qui reconnaissent l'expérience vécue, la mutualité et le dialogue des savoirs. Ancré dans un contexte néocolonial où la psychiatrie porte encore des héritages de stigmatisation et d'isolement, le VDR a préfiguré une utopie réelle et pratiquée : elle s'appuie sur des relations horizontales (« tous.tes villageois.es »), sur la rééducation au quotidien (cuisine, hygiène, sorties et déplacements), sur l'auto-détermination (éducation psychiatrique, capacité de choix) et sur le ré-ancrage culturel (pratique du *bèlè*, entretien du jardin créole, valorisation des savoirs locaux) au service du lien social et d'un regain d'autonomie.

L'opérationnalisation du VDR à travers le cadre de la *tecnologia social* permet de mettre en évidence le cœur de cette intégration : la co-construction d'artefacts sociotechniques (matériels et immatériels) appropriés par les résident.es. Cela déplace les objectifs de l'innovation sociale en soin psychiatrique. Plutôt qu'une simple recherche d'efficacité technique ou de standardisation des nouvelles pratiques de soins, l'accompagnement s'articule autour du renforcement du pouvoir d'agir des résident.es, soutenant leur autonomie et leur autodétermination. Les pratiques-clés identifiées (disparition des titres et de la blouse, valorisation des savoirs expérientiels, reconnaissance des forces, organisation collective de l'espace de vie, éducation à la psychiatrie et à la psychopharmacologie, et activités socio-culturelles) reconfigurent la relation soignant.es/soigné.es et déplacent l'accompagnement vers un « faire avec » l'autre, plutôt que « faire pour » l'autre. Cette dynamique éclaire comment des savoirs fréquemment minorés à l'hôpital peuvent devenir légitimes et structurants dans le soin prodigué.

Cependant, l'analyse à la lumière de l'innovation sociale institutionnaliste met aussi en évidence les tensions qui limitent cette transformation. Le VDR soulève de nombreuses problématiques de dissensions organisationnelles et relationnelles, de lourdeurs bureaucratiques, d'asymétries de pouvoir, de manque de soutien administratif et financier, et la dés-attention aux progrès sensibles et singuliers des personnes en voie de rétablissement, parfois non mesurables face aux attentes institutionnelles d'évaluation. Malgré la fermeture du VDR aux résident.es en décembre 2023, des effets de diffusion demeurent visibles. Les personnes accompagnatrices ont pu injecter des apprentissages, de la sensibilisation, et la transformation de certaines pratiques basées sur l'approche du rétablissement au sein et au-delà de l'hôpital.

En somme, le VDR permet d'imaginer des formes de prise en charge qui dépassent les cadres traditionnels et ouvrent la possibilité d'une transformation des rapports sociaux, à condition de reconnaître que l'innovation sociale en santé mentale ne peut être pleinement transformatrice sans prendre en compte l'histoire coloniale, les rapports de domination et la centralité du *care* décolonial dans l'approche d'accompagnement. La discussion a montré que l'innovation ici ne réside pas dans l'importation d'une solution technique, mais dans une transformation politique et épistémique. Elle consiste à faire de l'expérience vécue un savoir d'égale dignité, à substituer la performance par la prise en compte du temps humain, et à redonner un pouvoir d'agir aux personnes et aux collectifs marginalisés. À ce titre, le VDR préfigure un modèle : ancré, participatif, relationnel, culturellement compétent, capable d'essaimage par apprentissage et par mise en réseau. L'intégration durable de ce modèle aux dispositifs de soin existants exige cependant : (1) des gouvernances hybrides qui légitiment les savoirs communautaires ; (2) des mesures de résultats plus proches des parcours de vie réels de la patientèle ; (3) des financements pluriels et moins conditionnés par des normes uniformes ; (4) la formation des professionnel.les aux cadres décoloniaux et aux principes du *care*.

6.4. Apports et limites du mémoire

Apports de la recherche

Sur le plan scientifique, ce mémoire contribue à documenter un objet encore peu étudié : les conditions d'existence organisationnelles et institutionnelles d'approches de *care* décolonial en psychiatrie, et leur articulation à l'innovation sociale. Il propose en outre une lecture pluridisciplinaire qui enrichit la compréhension des parcours de soins en Martinique, en mettant en lumière l'imbrication du socio-culturel dans la santé mentale et les formes de syncrétisme thérapeutique qui soutiennent le parcours de soins des usager.ères sur l'île. Cela valorise la compréhension des pratiques locales et montre que la réponse aux troubles psychiques ne peut être strictement médicale. De plus, la revue de littérature effectuée permet de théoriser les liens entre diverses approches internationales, et de montrer les carences des approches françaises quant aux perspectives décoloniales.

Le choix de l'analyse thématique descriptive pour ce mémoire est également un atout-clé. Cela permet de peindre une toile, de broser un portrait de ce à quoi peut ressembler un dispositif d'innovation sociale en santé mentale, inédit dans l'écosystème de soins psychiatriques martiniquais. Ce travail permet aussi de proposer un autre regard du soin psychiatrique, et participe ainsi à la déstigmatisation du trouble psychique.

Il faut également souligner les apports de cette recherche pour l'innovation sociale. Alors que de nombreuses approches d'innovation sociale visent à l'adaptation des pratiques managériales et entrepreneuriales pour une meilleure efficacité, la posture adoptée ici encourage la réflexion au-delà d'un raisonnement néolibéral. Elle invite le domaine à s'enrichir d'autres approches en sciences humaines et sociales, tout en élargissant la définition d'innovation pour le système de soins de santé. Cela permet notamment d'inclure des dimensions peu explorées à la caractérisation de l'innovation sociale, telle que les motivations des acteur.trices, leur coopération ou encore leurs cadres d'interprétation sociopolitiques.

Limites de la recherche

Les limites de cette recherche tiennent notamment à la nature de l'étude : une étude de cas unique, riche par sa spécificité martiniquaise, mais qui gagnerait à être complétée par une analyse comparative, par exemple avec des pays caribéens indépendants ou des pays africains où la psychiatrie s'est établie comme un outil de colonialité des savoirs et des pratiques. Une méthodologie de recherche-action pourrait également être explorée et permettrait plus d'immersion, de réflexivité et de co-production de connaissances avec les acteur.trices du terrain.

Il serait également pertinent que de futures recherches explorent d'autres concepts théoriques pour analyser des dispositifs innovants de santé mentale. Par exemple, le dispositif de village thérapeutique pourrait être analysé en insistant sur le processus de mise en commun (« commoning », comme le décrit Linebaugh, 2007). L'approche de la communalisation permettrait de se concentrer exclusivement sur les pratiques sociales d'un tel milieu de vie, et de développer la littérature portant sur la dimension d'auto-gestion de dispositifs similaires. La recherche ouvre aussi des pistes sur l'effet social produit par l'innovation sociale du VDR. En ce sens, il serait intéressant d'analyser le cas du VDR à travers le prisme de l'innovation sociale émancipatrice (notamment Dufort, 2022), afin de documenter la transformation des structures macrosociales que l'expérimentation a engendré ou non. Cela pourrait prendre la forme d'une recherche à méthodes mixtes, incluant des participant.es en dehors du contexte institutionnel que nous avons pris en compte ici.

Enfin, l'intégration de dispositifs participatifs d'évaluation d'impact apparaît comme une piste prometteuse, à la fois pour soutenir la recherche et pour renforcer la mobilisation de ressources, tout en posant la question de la mesure : comment évaluer des transformations sensibles dans le parcours de la patientèle, sans les réduire à des indicateurs bureaucratiques ? En pratique et pour l'institution, cette étude ouvre donc de nouvelles interrogations quant aux dispositifs pouvant être mis en place pour l'étude d'innovations sociales dans le domaine de la santé mentale.

Conclusion

Ce mémoire s'est construit à partir d'un constat : malgré l'intérêt croissant pour de nouvelles approches d'accompagnement en psychiatrie, les pratiques fondées sur le *care* et la décolonialité demeurent encore peu étudiées dans la littérature scientifique et académique, en particulier lorsqu'il s'agit d'en saisir les conditions organisationnelles et institutionnelles d'existence. À partir de l'étude de cas du Village du Rétablissement (VDR) en Martinique, il s'agissait alors de répondre à la question suivante : *dans quelle mesure une éthique du care décoloniale peut-elle s'intégrer à l'accompagnement de la santé mentale en Martinique ?*

Les résultats de l'analyse thématique descriptive montrent d'abord que le VDR opère comme un dispositif de transformation situé, qui prend appui sur l'approche du rétablissement comprise comme une posture portée par l'expérience des usager.ères et orientée vers la réinsertion sociale. En Martinique, où coexistent une histoire de psychiatrie coloniale et néocoloniale et des pratiques locales de résistance, de solidarité et de réparation (réseaux familiaux, entraide informelle, pratiques communautaires, spiritualités et savoirs thérapeutiques pluriels), le VDR résonne avec un écosystème de soins déjà traversé par des formes de « préfiguration » qui s'écartent des normes biomédicales dominantes. Dans cet espace, l'intégration d'une éthique-esthétique du *care* décoloniale apparaît comme une utopie réelle : une manière concrète de rompre avec des pratiques hospitalières vécues comme déshumanisantes, en construisant des pratiques co-élaborées à partir de savoirs situés et d'expériences vécues.

Cette intégration reste fragile face aux contraintes systémiques (bureaucratie, hiérarchie médicale, pharmacologie lourde, colonialité du pouvoir) et aux aléas de financement. Elle devient possible et pérenne à condition de :

- (1) former et mobiliser des accompagnateur.trices culturellement et politiquement sensibilisé.es ;

- (2) aménager des espaces-temps protégés pour l'expérimentation, dédié à des pratiques encadrées, non normées et qui autorisent l'essai-erreur et l'itération ;
- (3) déconstruire la hiérarchie des savoirs en psychiatrie avec un souci de reconnaissance des savoirs expérientiels, dans une perspective de justice épistémique ;
- (4) adapter l'évaluation des dispositifs, à l'aide de marqueurs adaptés aux parcours de vie autodéterminés des patient.es ;
- (5) négocier le transfert des pratiques innovantes à l'interne et à l'externe de l'institution, de façon progressive et soutenue, sans perdre leur sens, à travers des stages, des cellules pour l'éthique, ou des espaces intermédiaires de réflexion et d'expérimentation.

Ainsi, l'étude du Village du Rétablissement montre que l'accompagnement de la santé mentale présente d'abord un entremêlement de dynamiques et de facteurs contextuels, propres au contexte martiniquais. L'innovation sociale réside dans le fait de faire autrement par rapport à ce qui est indiqué, pratiqué et prôné en institution de soins psychiatriques, dont l'administration répond finalement aux normes françaises néocoloniales. Ces tentatives sont toutefois ponctuées de nombreux obstacles d'ordre institutionnel, parfois matériels, souvent humains. En somme, le Village du Rétablissement a agi comme un arbre de vie : un lieu d'ancrage où des personnes, longtemps invisibilisées par l'institution, ont pu réapprendre à habiter leur quotidien, retrouver leurs racines et faire germer leurs capacités. La co-construction de nouvelles pratiques témoigne de la capacité des patient.es à se réapproprier leurs récits et parcours de vie. L'innovation sociale que le VDR incarne ne tient pas à la nouveauté pour elle-même, mais à la fidélité au réel : au temps humain, à la culture locale, aux liens sociaux, à la dignité humaine. En Martinique, une éthique du *care* décoloniale ne s'ajoute donc pas au soin psychiatrique : elle vise à le recomposer, et réoriente l'accompagnement vers un horizon où le rétablissement n'est plus une promesse abstraite, mais un chemin concret. Un chemin personnel, social et collectif, dont les semences ont été plantées.

Bibliographie

Littérature scientifique et académique

Alemu, R. E. G., Osborn, T. L., & Wasanga, C. M. (2023). The network approach: A path to decolonize mental health care. *Frontiers in public health*, 11, 1052077. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1052077>

Amadéo, S. (2022). Psychiatrie et santé mentale dans les Outre-mer. *L'information psychiatrique*, 98(8), 615-616. <https://doi.org/10.1684/ipe.2022.2479>

Amster, E. (2022). The past, present and future of race and colonialism in medicine. In *CMAJ* May 24, 2022 | 194 (20) E708-E710; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.212103>

Ayache, M., Dumez, H. (2011). Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective?. *Le Libellio d'AEGIS*, 7 (2- Eté), pp.33-46. hal-00657490

Badin, C., Lefebvre, J., & Moreau, P. (2020). Caractéristiques textuelles de mémoires professionnels. *Revue de SHEP*, 9(1), 45-63. https://www.persee.fr/doc/shep_2728-1584_2020_num_9_1_1623

Barhouche, R. (2025). Reflections of indigenous, racialized, and Global South practitioners and scholars on liberatory community wellbeing and mental health praxis: A qualitative study. *American Journal of Community Psychology*, 1–13. <https://doi.org/10.1002/ajcp.70007>

Batifoulier, P. & Da Silva, N. (2022). « L'Etat et la santé. Une économie politique du capitalisme sanitaire », *Économie et institutions* [En ligne], 30-31 | mis en ligne le 01 septembre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/ei/7105> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/ei.7105>

Baubet, T., & Moro, M.-R. (2013). *Clinique de l'exil : écouter, soigner, accompagner*. Paris : La Découverte.

Bemme, D., Roberts, T., Ae-Ngibise, K. A., Gumbonzvanda, N., Joag, K., Kagee, A., Machisa, M., van der Westhuizen, C., van Rensburg, A., Willan, S., Wuerth, M., Aoun, M., Jain, S., Lund, C., Mathias, K., Read, U., Taylor Salisbury, T., & Burgess, R. A. (2024). Mutuality as a method: advancing a social paradigm for global mental health through mutual learning. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 59(3), 545–553. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02493-1>

Bencharif, M.-A. et Ridouh, B. (2006). « Docteur Fanon, à votre arrivée à la psychiatrie... ? » VST - Vie sociale et traitements, no 89(1), 30-36. <https://doi-org.proxy2.hec.ca/10.3917/vst.089.36>

Benoist, J. (2003). La recherche épidémiologique en santé mentale aux Antilles : vers une mise en perspective anthropologique. L'Information Psychiatrique, 79 (10), p. 879-886.

Bertaud, E. (2021). Évolution et enjeux à venir de la pair-aidance dans le champ de la psychiatrie en France. L'Évolution Psychiatrique, 86(1), 17-24.

Besançon, E. et Chochoy, N. (2015). Les marqueurs d'innovation sociale : une approche institutionnaliste. RECMA, 336(2), 80-93. <https://doi-org.proxy2.hec.ca/10.7202/1030162ar>

Bilodeau, V. & Durand-Folco, J. (2025). Chapitre 1. « À la recherche de l'innovation sociale. Une synthèse exploratoire », dans Étudier les innovations sociales : Théories, pratiques et recherches. Presses de l'Université du Québec.

Bondaz, J., & Jeannet, M. (2013). « La psychiatrie, c'est comme un village » Le koteba thérapeutique à l'hôpital psychiatrique de Bamako (Mali). Anthropologie et sociétés, 37(3), 233-250.

Bouchard, M. J. et Lévesque, B., (2013), « L'innovation et les transformations sociales, une approche théorique plurielle de l'économie sociale. Le cas du Québec », dans Hiez, D. et Lavallunière, É., (dir.), Théorie générale de l'économie sociale et solidaire, Luxembourg, Larcier, pp. 113-143.

Bourdieu, P. (2003). L'objectivation participante. Actes de la recherche en sciences sociales, 150(5), 43-58. <https://doi.org/10.3917/arss.150.0043>

Castro-Gómez, S. (2005). La hybris del punto cero: Ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816). Editorial Pontificia Universidad Javeriana. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/pensar-puj/20180102042534/hybris.pdf>

Césaire, A., Écrits politiques (1935-1956). Édition établie et présentée par Édouard de Lépine. Nouvelles Éditions Jean-Michel Place, 428 p.

Charles-Nicolas, A. (2015). Folie et psychiatrie dans la Martinique d'antan. Des questions pour le temps présent, Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 173, Issue 4, p. 313-319, ISSN 0003-4487, <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.03.009>

Champy, F. (2017). Travail de soin et mobilisations en faveur de la « sagesse pratique ». Colloque international 2017, Des émergences à la reconnaissance. Trajectoires d'innovation, Laboratoires CRISES, Montréal, Canada. p.145-155.

Clavot, V. et Biglietto, J. (2023). La stigmatisation des personnes atteintes de maladies psychiatriques prise en charge par le personnel soignant : une revue de la littérature. *Hegel*, 4(4), 241-249. <https://doi-org.proxy2.hec.ca/10.3917/heg.134.0241>

Clignet, R. & Moro, M.-R. (1998). Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants. Paris, Dunod. In: *Bulletin de psychologie*, tome 51 n°438. Stress et situations extrêmes. pp. 822-823. www.persee.fr/doc/bupsy_0007-4403_1998_num_51_438_14787_t1_0822_0000_2

Collignon, R. (1999). 10. Le traitement de la question de la folie au Sénégal à l'époque coloniale. Dans Bernault, F. (dir.), *Enfermement, prison et châtements en Afrique Du 19e siècle à nos jours*. (p. 227 -257). Karthala. <https://doi.org/10.3917/kart.bern.1999.01.0227>

Colin, P. & Quiroz, L. (2023) *Pensées décoloniales. Une introduction aux théories critiques d'Amérique latine*. Paris: Editions La Découverte.

Deegan, P. E., & Drake, R. E. (2006). Shared Decision Making and Medication Management in the Recovery Process. *Psychiatric Services*, 57(11), 1636-1639. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.11.1636>

Dister, A., & Moreau, C. (2024). Écrire avec des .e.s : pas si simple. *Écriture inclusive et surcharge cognitive*. *Circula*, 19(1), 1–22. https://circula.recherche.usherbrooke.ca/wp-content/uploads/2024/10/2024_Circula_19_001_Dister_Moreau.pdf

Domin, J.-P. (2022). « Le développement du capitalisme sanitaire et l'émergence du complexe médico-industriel », *Économie et institutions* [En ligne], 30-31 | mis en ligne le 01 septembre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/ei/7169> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/ei.7169>

Domergue, P. (2024). *Addiction et thérapie en société créole : le cas de la Martinique*. Santé. Université des Antilles. Français. (NNT : 2024ANTI1113). (tel-05005627)

Drouin, S. (2021). *L'écriture inclusive : analyse définitionnelle et socio-discursive d'un phénomène linguistique* [Thèse de doctorat, Université d'Ottawa]. <https://ruor.uottawa.ca/handle/10393/42761>

- Dubois, A., & Gadde, L.-E. (2002). Systematic combining: An abductive approach to case research. *Journal of Business Research*, vol.55, no 7, p. 553–560. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(00\)00195-8](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(00)00195-8)
- Dubois, A., & Gadde, L.-E. (2014). “Systematic combining”—A decade later, *Journal of Business Research*, Volume 67, Issue 6, Pages 1277-1284, ISSN 0148-2963, <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2013.03.036>
- Dufort, P. (2022). L’innovation sociale émancipatrice : fondements théoriques néopolanyiens. *Canadian Journal of Nonprofit and Social Economy Research* 13(1), 12–26. <https://doi.org/10.29173/cjnser526>
- Durand Folco, J. (2019). Les trois trajectoires de l’innovation sociale : entre marchandisation, reconnaissance et émancipation. Dans J.-L. Klein, J. Boucher, A. Camus, Y. Noiseux et C. Champagne (dir.), *Trajectoires d’innovation : des émergences à la reconnaissance* (p. 29-37). Presses de l’Université du Québec.
- Evans, M., Vacher, E., Lamy, S., Seridi, H., Jan, M., Debien, C., Sigward, J.-M. & Jehel, L. (2014). Premières identifications d’un profil traumatique chez des patients hospitalisés en psychiatrie en Martinique. *Santé mentale au Québec*, 39(2), 253–269. <https://doi.org/10.7202/1027842ar>
- Eynaud, M. (2015). Histoire des représentations de la santé mentale aux Antilles. La migration des thérapeutes. *L’information psychiatrique*, 91, 66-74. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1294>
- Fanon F. (1952). *Peau noire masques blancs*, Paris, Seuil.
- Fanon F. (1963). *Les damnés de la terre*, Paris, Présence africaine.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W. et al. (2005). Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. *Community Mental Health J* 41, 141–158. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-2649-6>
- Fassin, D. (2001). *L’invention française de la santé publique*. Paris : Éditions La Découverte.
- Gaudry-Muller, A. (2015). Le *care* dans les soins et dans la pratique d’apprentissage infirmier informel. *Recherche en soins infirmiers*, 122(3), 44-51. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0044>
- Gautier, L., Karambé, Y., Dossou, J.-P., Toure-Pegnougo, E., & Samb, O. (2022). Repenser la santé mondiale depuis la perspective des penseurs décoloniaux originaires

d'Afrique francophone. *Journal des africanistes*, 92(92-2), Article 92-2. <https://doi.org/10.4000/africanistes.12604>

Girard, G. (2024). Effets de l'écriture inclusive sur la compréhension en lecture [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal]. <https://archipel.uqam.ca/17325/>

Goozee, H. (2021). Decolonizing Trauma with Frantz Fanon, *International Political Sociology*, Volume 15, Issue 1, p. 102–120, <https://doi.org/10.1093/ips/olaa014>

Greacen, T. et Jouet, E. (2017). Le rétablissement : contexte international et situation en France. Dans J. Arveiller, B. Durand et B. Martin Santé mentale et processus de rétablissement (p. 15-30). *Champ social*. <https://doi-org.proxy2.hec.ca/10.3917/chaso.arvei.2017.01.0015>

Guillard, J., Guillard, P., Drame, M., Jehel, L., & Lacoste, J. (2023). Identification de facteurs associés à un faible recours aux soins spécialisés en psychiatrie. À propos de 516 cas d'expertises psychiatriques réalisées dans le cadre du Comité médical départemental de Martinique. *L'Encéphale*, 49(4), 384-392.

Harvey, J., Alalouf-Hall, D., Zhegu, M., & Coulombe, C. (2025). Repenser l'innovation sociale à travers le prisme de la décolonisation. *Revue Organisations & Territoires*, 34(1), 150–171. <https://doi.org/10.1522/revueot.v34n1.1918>

Hill-Collins, P., & Bilge, S. (2020). *Intersectionality* (2nd ed.). Polity Press.

Hill-Collins, P. (1990). Black Feminist thought in the Matrix of Domination. In P. H. Collins (Ed.), *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and Politics of Empowerment* (pp. 221-238). Boston: Unwin Hyman.

Hostein, G. (2022). La place du patient dans la professionnalisation des infirmiers en psychiatrie et santé mentale. Education. Université de Nanterre - Paris X. Français. (NNT : 2022PA100119). (tel-04097516)

Jacob, B., Macquet, D. & Natalis, S. (2014). Une réforme globale des soins en santé mentale basée sur une approche communautaire : l'expérience belge. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 209–242. <https://doi.org/10.7202/1025915ar>

James, J. (1999). *Shadowboxing: Representations of black feminist politics*. Palgrave Macmillan.

- Jouet, E. (2021). Formations aux approches orientées sur le rétablissement en santé mentale : étude lexicale des perceptions d'un dispositif participatif de formation, *Pédagogie Médicale*, 22 4 (2021) 177-188, DOI: <https://doi.org/10.1051/pmed/2021021>
- Jovenet, A.-M. (2002). « Écrire un mémoire de recherche qui concerne le « je » : une position de scripteur interdite ? » *Spirale*, 29, 87-103. https://www.persee.fr/doc/spira_0994-3722_2002_num_29_1_1447
- Koenig, M. & Castillo, M.-C. (2018). Chapitre 14. Perspectives Pour le Rétablissement. Dans A. Plagnol, B. Pachoud et B. Granger Les nouveaux modèles de soins Une clinique au service de la personne (p. 175-185). Doin. <https://doi-org.proxy2.hec.ca/10.3917/jle.plagn.2018.01.0175>.
- Koenig, M. & Gilliot, É. (2017), Le concept de rétablissement en psychiatrie : modes d'appropriation et points de vigilance éthiques, *Perspectives Psy*, 56 3, p. 229-234 DOI: <https://doi.org/10.1051/ppsy/201756229>
- Lachapelle, M. D. (2021). Innovations sociales et territoire : les espaces d'autonomie et leur mise en oeuvre sous tension. *Canadian Journal of Regional Science / Revue canadienne des sciences régionales*, 44(3), 130–138. <https://doi.org/10.7202/1086213ar>
- Lacoste, J; Merle, S; Ballon, N; Charles-Nicolas, A; Ursulet, G; Messiah, A. (2016). Prevalence of Mental Disorders in Martinique, French West Indies: A Community-based Epidemiological Study in *West Indian Medical Journal*, 67(4) p. 317-322
- Laugier, S. (2010). L'éthique du *care* en trois subversions. *Multitudes*, 42(3), 112-125. <https://doi-org.proxy2.hec.ca/10.3917/mult.042.0112>
- Lecardeur, L., Fall, N., Eugène, J., Samot, C., Voyer, S., Page, B., Nirenbold, C. & Zaazoua, M. (2020). La nécessaire adaptation du case management pour être mis en place en Martinique. *L'information psychiatrique*, 96, p. 553-559. <https://doi.org/10.1684/ipe.2020.2148>
- Le Cardinal, P., Roelandt, J.-L., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G. et Marsili, M. (2013). Pratiques Orientées Vers le Rétablissement et Pair-Aidance : Historique, Études et Perspectives. *L'information psychiatrique*, 89(5), 365-370. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1070>
- Li, Z. (2021). Authorial presence in research article abstracts. *Journal of English for Academic Purposes*, 52, 101015. <https://doi.org/10.1016/j.jeap.2021.101015>

Linebaugh, P. (2007). *Magna Carta manifesto: Liberties and commons for all*. University of California Press.

Loison, M., Samuel, O., & Théron, F. (2022). Écriture inclusive et ses usages dans les revues de sciences humaines et sociales. *Revue des Sciences Sociales*, (67), 45–62. <https://journals.openedition.org/revss/8888>

Lorin, F. (s.d.), *Histoire de la psychiatrie en Martinique de la Colonisation à nos jours*. PsychiatrieMed.

Marcus, S., Love, H., & Best, S. (2016). Building a better description. *Representations*, 135(1), 1-21.

Martin, B. et Franck, N. (2017). Processus de Rétablissement et Pratiques de Soin Psychiatrique : Quelle Articulation ? Dans J. Arveiller, B. Durand et B. Martin Santé mentale et processus de rétablissement (p. 165-175). *Champ social*. <https://doi.org/10.3917/chaso.arvei.2017.01.0165>

Massé, R. (2002). « Culture et dépression à la Martinique : itinéraire épistémologique d'une recherche anthropologique » dans *Regards croisés sur la santé. Itinéraires de recherche en anthropologie et en sociologie*, Innovations et sociétés, no 2, p. 17-36.

Massé, R. (2001). « Métissage des savoirs et itinéraires de soins et de santé mentale dans la Martinique d'aujourd'hui. », p. 145-158, dans *Paradoxes du métissage*, dir. Jean-Luc Bonniol, Paris : Éditions du CTHS, 245 p.

Massé, R. (2001). Pour une ethno-épidémiologie critique de la détresse psychologique à la Martinique. In: *Sciences sociales et santé*. Volume 19, n°1, pp. 45-74; <https://doi.org/10.3406/sosan.2001.1512>

Melac, A. (2018). Rétablissement et réhabilitation psychosociale : représentations dans une population de professionnels en psychiatrie. *Psychiatrie et santé mentale*. dumas-02096342

Moro, M.-R., & Hodes, M. (2010). *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents*. Paris : Masson.

Morvillers, J.-M. (2015). Le *care*, le *caring*, le *cure* et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*, 122(3), 77-81. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0077>

Molinier, P. (2016). De la civilisation du travail à la société du *care*. *Vie sociale*, 14(2), 127-140. <https://doi-org.proxy2.hec.ca/10.3917/vsoc.162.0127>

Nardal, P. (2024). *Écrire le monde noir. Premiers textes, 1928-1939. Textes réunis et présentés par Brent Hayes Edwards et Ève Gianoncelli*, Sète, Éditions Rôt-Bò-Krik, 379p.

Niang M. (2021). Analyses de contenu : des orientations épistémologiques et méthodologiques. Dans : Florence Piron, Élisabeth Arsenault (eds). *Guide méthodologique décolonisé de rédaction d'un projet de thèse ou de mémoire en sciences sociales et humaines*. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/methodes-danalyse-de-contenu/>

Niard, C. et Franck, N. (2020). Apports de la pair-aidance aux dispositifs de santé mentale en France Quelles formes de pair-aidance pour quels objectifs ? *Pratiques en santé mentale*, 66e année(3), 50-57. <https://doi-org.proxy2.hec.ca/10.3917/psm.203.0050>

Ory, B. (2017). Le modèle de l'accompagnant : Un outil thérapeutique en hôpital psychiatrique. *Pratiques en santé mentale*, (3), 43-47.

Pachoud, B. & Plagnol, A. (2016). 1. La Perspective du Rétablissement : Sortir du Handicap Psychique Plutôt Qu'en Attendre la Compensation. Dans V. Boucherat-Hue, D. Leguay, B.

Niard, C. et Franck, N. (2020). Apports de la pair-aidance aux dispositifs de santé mentale en France. Quelles formes de pair-aidance pour quels objectifs ? *Pratiques en santé mentale*, 66e année(3), 50-57. <https://doi.org/10.3917/psm.203.0050>

Pachoud, B. (2017). Perspectives Éthiques et Philosophiques Inhérentes Au Paradigme du Rétablissement. Dans J. Arveiller, B. Durand et B. Martin *Santé mentale et processus de rétablissement* (p. 44-55). Champ social. <https://doi-org.proxy2.hec.ca/10.3917/chaso.arvei.2017.01.0044>

Pachoud, B. (2018). La Perspective du Rétablissement : Un Tournant Paradigmatique En Santé Mentale. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 7(1), 165-180. <https://doi.org/10.3917/ccgc.007.0165>

Pachoud, B., Le Roy-Hatala, C., Des Moutis, C. et Cavroy, J.-P. (2019). Pratiques orientées vers le rétablissement : a-t-on pris la mesure des transformations requises ? *L'information psychiatrique*, 95(7), 520-528. <https://doi.org/10.1684/ipe.2019.1991>

Petit, V. (2019). « Circulations et quêtes thérapeutiques en santé mentale au Sénégal », *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne], Les circulations en santé : des

produits, des savoirs, des personnes en mouvement, mis en ligne le 16 décembre 2019, consulté le 06 avril 2021. URL : <http://journals.openedition.org/rfst/374> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.374>

Petitqueux-Glaser, C., Acef, S. et Mottaghi, M. (2010). Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ? Vie sociale, 1(1), 109-128. <https://doi.org/10.3917/vsoc.101.0109>

Pickren, W., & de França Sá, A. L. (2024). Beyond the modernist project: A decolonial turn in the history of psychology. Integrative Psychological & Behavioral Science, 58(1), 12–22. <https://doi.org/10.1007/s12124-023-09779-8>

Piron, F. et Arsenault, É. (dir.). (2021). Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines. Éditions Sciences et Bien Commun. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/>

Prévost, P., & Roy, M. (2012). Les études de cas : un essai de synthèse. Revue Organisations & Territoires, 21(1), 67–82. <https://doi.org/10.1522/revueot.v21n1.292>

Pozzebon, M. & Fontenelle, I. A. (2018). Fostering the postdevelopment debate: the Latin American concept of *tecnologia social*, Third World Quarterly, 39:9, 1750-1769, DOI: 10.1080/01436597.2018.1432351

Pozzebon, M., Tello-Rozas, S. et Heck, I. (2021). Nourishing the Social Innovation Debate with the “Social Technology” South American Research Tradition. VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations, 32(3), 663-677. <https://doi.org/10.1007/s11266-021-00314-0>

Pozzebon, M. & Souza, A. & Prado Saldanha, F. & Bagattolli, C. (2025). Tecnologia Social: an introduction to research, practice and another future. Organizações & Sociedade. 32. 10.1590/1984-92302025v32n0000en.

Quijano, A., & Ennis, M. (2000). Coloniality of Power, Eurocentrism, and Latin America. Nepantla: Views from South 1(3), 533-580. <https://muse.jhu.edu/article/23906>

Richez-Battesti, N., Petrella, F. et Vallade, D. (2012). L'innovation sociale, une notion aux usages pluriels : Quels enjeux et défis pour l'analyse ? Innovations, vol. 38, no 2, p.15–36. <https://doi.org/10.3917/inno.038.0015>

Ridde, V., Fillol, A., Kirakoya-Samadoulougou, F. et Hane, F. (2023). Agir pour une décolonisation de la santé mondiale en France... et ailleurs. *Santé Publique*, 35(2), 109-113. <https://doi-org.proxy2.hec.ca/10.3917/spub.232.0109>

Roelandt, J., Vaglio, A., Magnier, J. et Defromont, L. (2015). La santé mentale en France et dans le monde : « Des hommes, pas des murs » *Pratiques en santé mentale*, 61e année(1), 47-58. <https://doi.org/10.3917/psm.151.0047>

Roelandt, J., Benradia, I., Amadéo, S., Eynaud, M., Calandreau, F., Goodfellow, B. & Aernout, E. (2022). Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » dans les Outre-mer français et dans l'Hexagone. *L'information psychiatrique*, 98, 659-673. <https://doi.org/10.1684/ipe.2022.2488>

Salamanca Gonzalez, M. G. (2021). *Soin et résistance en anthropocène : une éthique – esthétique du care décoloniale*, en cotutelle sous la direction de Jean-Philippe PIERRON, Université de Bourgogne et de Paul HERSCH MARTINEZ, Instituto Nacional de Antropologia e Historia. Thèse soutenue le 29/06/2021.

Salamanca Gonzalez, M. G. (2022). Le *care* et les processus d'attention et désattention comme référents analytiques et opérationnel pour la santé collective. *Medium* | consulté le 18 avril 2025, publié le 05 juillet 2023. URL : <https://medium.com/anthropocene2050/le-care-et-les-processus-dattention-et-d%C3%A9sattention-comme-r%C3%A9f%C3%A9rents-analytiques-et-op%C3%A9rationnel-d557c5edf522>

Salamanca Gonzalez, M. G. & Luna, R. (2023). Conversation « sentipensante » sur le *care* décolonial, dans Brennpunkt Drëtt Welt | consulté le 18 avril 2025, publié le 05 juillet 2023. URL : https://www.brennpunkt.lu/article/conversation-sentipensante-sur-le-care-decoloniale-premiere-partie/#_ftn2

Saldanha F. P. (2021) De la marginalisation au « protagonisme » : une approche sociotechnique et linguistique de la tecnologia social. Thèse PhD, HEC Montréal, Canada.

Schmidpeter, R. (2013). Social innovation : A new concept for a sustainable future ? Dans T. Osburg et R. Schmidpeter (dir.), *Social innovation* (p. 1-9). Springer.

Sédan-Miegemolle, M., Grard, J., Vassy, C. (2022). L'intégration des médiateurs de santé pairs dans les équipes de soins : espoirs, ressources et limites. *L'Information Psychiatrique*, 98 (4), pp.286-292. (10.1684/ipe.2022.2411)

Stake, R.E. (1994) Case Studies. In: Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S., Eds., Handbook of Qualitative Research, Sage, Thousand Oaks, 236-247.

Tagoe, N., Abimbola, S., Bilardi, D. et al. (2025). Creating different global health futures: mapping the health research ecosystem and taking decolonial action. BMC Health Serv Res 25, 565. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12566-3>

Tello-Rozas, Manon et Autin (2025) Chapitre 3. « Travailler avec une posture de justice épistémique : Quels apports pour les innovations sociales ? », dans Étudier les innovations sociales : Théories, pratiques et recherches. Presses de l'Université du Québec.

Tiquet R. (2023). Psychiatrie « importée » et représentations populaires en Afrique de l'Ouest : le cas du service de psychiatrie de Bobo-Dioulasso. Sciences Sociales et Santé, Vol. 41, n° 1, 65-73.

Tiquet, R. (2023). Moustapha H. Regard clinique et historien sur un dossier de patient de la clinique psychiatrique de Fann (Sénégal, années 1960): L'Autre, Volume 24(1), 59-68. <https://doi.org/10.3917/lautr.070.0059>

Tronto, Joan C. (1993). Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care. Psychology Press.

Tutin, A. (2010). Dans cet article, nous souhaitons montrer que... Lexique verbal et positionnement de l'auteur dans les articles en sciences humaines. Lidil, 41, 71-94. <https://doi.org/10.4000/lidil.3040>

Vivion, M. (2013). Compte rendu de [Cherubini Bernard (dir.), 2011, Agir pour la promotion de la santé. Une politique ouverte à l'innovation ? Toulouse, Éditions Érès, coll. Action santé, 222 p.] Anthropologie et Sociétés, 37(3), 291–292. <https://doi.org/10.7202/1024091ar>

Walsh, C. (2021). Decolonial praxis: Sowing existence-life in times of dehumanities. Dans V. Schmiedt Streck, J. C. Adam et C. Carvalhaes (dir.), Coloniality and religious practices: Liberating hope (vol. 2, p. 4-12). <https://doi.org/10.25785/iapt.cs.v2i0.189>

Wang, S. (2021). Corpus-based research on first-person pronoun use in academic writing. SAGE Open, 11(3), 1-14. <https://doi.org/10.1177/21582440211023169>

Watters, C. (2001). Emerging paradigms in the mental health care of refugees. Social Science & Medicine, 52(11), 1709–1718. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00284-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00284-7)

Yin, R. K., (1994). Case Study Research Design and Methods: Applied Social Research and Methods Series. Second edn. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.

Yin, R. K. (2009). Case study research: Design and methods (4th Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Zander, U. (2007). « Le congrès des élus départementaux et régionaux et l’ambiguïté des revendications statutaires », Pouvoirs dans la Caraïbe [En ligne], 15 | mis en ligne le 05 mai 2011, consulté le 19 décembre 2024. URL : <http://journals.openedition.org/plc/147> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/plc.147>

Zapp, J. (2021) Impact d’une prise en charge de réhabilitation psychosociale sur la consommation de soins en intra-hospitalier : étude exploratoire sur le Centre d’aide et de réhabilitation de Trinité. Psychiatrie et santé mentale. URL : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03848660v1>

Sources d’organismes universitaires et de recherche indépendants

HEC Montréal. (2022). Guide pour une communication inclusive. <https://www.hec.ca/a-propos/equite-diversite-inclusion/communication-inclusive/index/fichiers/guide-pour-une-communication-inclusive.pdf>

Mutualité Française, Institut Montaigne, & Institut Terram. (2025). *Santé mentale des jeunes de l’Hexagone aux Outre-mer : cartographie des inégalités*. Institut Montaigne. <https://www.institutmontaigne.org/publications/sante-mentale-des-jeunes-de-lhexagone-aux-outre-mer>

Université du Québec à Montréal (UQAM). (2021). Guide de rédaction inclusive. https://recherche.sciences.uqam.ca/wp-content/uploads/sites/122/fiche1_ecriture-inclusive_uq-2021.pdf

Sources d’organismes gouvernementaux et internationaux

Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES). (2025). *Les établissements de santé dans les départements et régions d’outre-mer* (Études et Résultats, fiche n° 9). Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-07/ES%202025%20-%20Fiche%2009%20-%20Les%20établissements%20de%20santé%20dans%20les%20départements%20et%20régions%20d%27outre-mer.pdf>

Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) & Agence Régionale de Santé (ARS). (2020). *Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)*, 86 p., URL : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ptsm_martinique.pdf

Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du ministère des Solidarités et de la Santé (2023). « Catalogue et instructions des projets innovants financés puis pérennisés dans le cadre du Fonds d'innovation Organisationnelle en Psychiatrie (FIOP). » URL : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/des-enjeux-de-proximite-pour-la-politique-de-sante-mentale/article/innovation-organisationnelle-en-psychiatrie>

Direction Générale du Pôle Ressources (DGPR). (2023). *Projet d'Etablissement (PE) 2019-2023, Centre Hospitalier Maurice Despinoy (CHMD)*, URL : <https://www.ch-despinoy.fr/wp-content/uploads/sites/148/2022/03/Projet-Etablissement-2019-2023-version-7bis-definitive.pdf>

Santé publique France. (2024). *Conduites suicidaires en Martinique : bilan 2023*. Santé publique France, Antilles. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/760354/4821971?version=3>

Santé publique France. (2025). *Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024. Édition Martinique*. Santé publique France, Antilles. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/rapport-synthese/2025/barometre-de-sante-publique-france-resultats-de-l-edition-2024.-edition-martinique>

Articles de presse

Étienne, G. (2025, 5 février). « Mobilisation contre la vie chère en Martinique : 16 ans après la grande grève, la "lutte" continue, mais la méthode est plus radicale ». France Info Martinique 1^{ère}. URL : <https://la1ere.franceinfo.fr/martinique/mobilisation-contre-la-vie-chere-en-martinique-16-ans-apres-la-grande-greve-la-lutte-continue-mais-la-methode-est-plus-radicale-1559578.html>

Hauteville, J.-M. (2023, 24 août). « Pris dans un imbroglio judiciaire, le Village du rétablissement agonise ». France-Antilles Martinique. URL : <https://www.martinique.franceantilles.fr/actualite/vielocale/pris-dans-un-imbroglio-judiciaire-le-village-du-retablissement-agonise-950073.php>

Hauteville, J.-M. (2023, 19 octobre). « Le Village du rétablissement contraint de fermer ses portes. France-Antilles Martinique ». URL :

<https://www.martinique.franceantilles.fr/actualite/vielocale/pris-dans-un-imbroglio-judiciaire-le-village-du-retablissement-agonise-950073.php>

Lorand, K. et Roseau, H. (2021, 7 octobre). « Santé mentale : une psychiatrie ouverte sur la cité. France-Antilles Martinique ». URL : <https://rci.fm/martinique/infos/Sante/Sante-mentale-une-psychiatrie-ouverte-sur-la-cite>

Roussi-Sabas, C. (2023, 9 mai). « Centre Hospitalier Maurice-Despinoy : réhumaniser la santé mentale. » France-Antilles Martinique. URL : <https://www.martinique.franceantilles.fr/actualite/sante/centre-hospitalier-maurice-despinoy-rehumaniser-la-sante-mentale-934961.php>

Roussi-Sabas, C. (2023, 19 octobre). « Des « infirmiers en pratique avancée » pour une prise en charge holistique. » France-Antilles Martinique. URL : <https://www.martinique.franceantilles.fr/actualite/sante/des-infirmiers-en-pratique-avancee-pour-une-prise-en-charge-holistique-958526.php>

Sources cinématographiques

Fall, W. (Directeur) (2023). *Mantjé Tonbé Sé Viv* (Danser la chute) [Film]. SaNoSi Productions.

Annexes

Annexe 1 – Approbation éthique projet 2026-6004



Comité d'éthique de la recherche

Le 06 mai 2025

À l'attention de : Léa Lagier

Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche

Projet : 2026-6004

Titre du projet de recherche : Sur le chemin du rétablissement : l'approche du care décolonial dans l'accompagnement de la santé mentale en Martinique

Bonjour Léa Lagier,

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le CER de HEC Montréal.

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la *Politique relative à l'éthique de la recherche avec des êtres humains* de HEC Montréal est émis en date du 06 mai 2025. Prenez note que ce certificat est **valide jusqu'au 01 mai 2026**.

Vous devrez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique avant l'expiration de ce certificat à l'aide du formulaire *F7 - Renouvellement annuel*. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications.

Notez qu'en vertu de la *Politique relative à l'éthique de la recherche avec des êtres humains* de HEC Montréal, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci. De plus, toutes modifications significatives du projet doivent être transmises au CER avant leurs applications.

Lorsque votre projet est terminé, vous devrez remplir le formulaire *F9 - Fin de projet (ou F9a - Fin de projet étudiant sous l'égide d'un autre chercheur)*, selon le cas. **Les étudiants doivent remplir un formulaire F9 afin de recevoir l'attestation d'approbation éthique nécessaire au dépôt de leur thèse/mémoire/projet supervisé.**

Vous pouvez dès maintenant procéder à la collecte de données pour laquelle vous avez obtenu ce certificat.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.

Le CER de HEC Montréal



Comité d'éthique de la recherche

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet # : 2026-6004

Titre du projet de recherche : Sur le chemin du rétablissement : l'approche du care décolonial dans l'accompagnement de la santé mentale en Martinique

Chercheur principal : Léa Lagier

Directeur/codirecteurs : Justine Ballon, Professeur - HEC Montréal

Date d'approbation du projet : 06 mai 2025

Date d'entrée en vigueur du certificat : 06 mai 2025

Date d'échéance du certificat : 01 mai 2026

Annexe 2 – Formulaire de demande d'autorisation de recherche en organisation

HEC MONTRÉAL

DEMANDE D'AUTORISATION D'EFFECTUER UNE RECHERCHE DANS UNE ORGANISATION

Votre organisation a été approchée pour participer au projet de recherche suivant :
« *Sur le chemin du rétablissement : l'approche du care décolonial dans l'accompagnement de la santé mentale en Martinique* »

Ce projet est réalisé par Léa Lagier, étudiante-chercheuse à la Maîtrise en Gestion de l'innovation sociale à HEC Montréal, que vous pouvez joindre par téléphone au _____ ou par courriel à l'adresse suivante : lea.lagier@hec.ca. Ce projet est réalisé sous la supervision de Justine Ballon, que vous pouvez joindre par téléphone au _____, ou par courriel à l'adresse suivante : justine.ballon@hec.ca.

Résumé du projet de recherche :

En prenant appui sur les approches institutionnalistes et transformatives de l'innovation sociale, ce mémoire étudie l'accompagnement de la santé mentale au sein d'un projet d'innovation sociale (Le Village du Rétablissement). Il a pour objectif d'analyser les valeurs, approches et postures facilitant le rétablissement de la patientèle et soutenant leur pouvoir d'agir (*empowerment*), à travers les discours et expériences rapportées des praticien.nes en santé mentale ayant œuvré au sein du VDR. L'outil de collecte de données de cette étude (guide d'entretien) a été développé dans le cadre d'un mémoire de recherche à HEC Montréal.

Les renseignements recueillis au cours de ce projet seront utilisés pour la préparation d'un document qui sera rendu public. L'ensemble de la collecte de données sera constitué d'une analyse documentaire cinématographique et d'entrevues semi-dirigées avec les praticiens et intervenants du projet. Les informations brutes resteront confidentielles, mais la chercheuse utilisera ces informations pour son projet de publication.

Chaque participant doit nous indiquer le niveau de protection qu'il souhaite conserver lors de la publication des résultats de recherche. Toutefois, les répondants seront informés que leur anonymat ne pourra être garanti.

Nous vous demandons l'autorisation d'effectuer notre collecte de données dans votre organisation. La mention du nom de l'organisation dans le projet de publication ne peut se faire sans l'autorisation de la haute direction. Nous vous demandons donc l'autorisation de dévoiler le nom de votre entreprise dans la publication d'un document qui sera rendu public.

Pour toute question en matière d'éthique, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche (CER) de HEC Montréal au (514) 340-6051 ou par courriel à cer@hec.ca. N'hésitez pas à poser au chercheur toutes les questions que vous jugerez pertinentes.

J'accepte que cette recherche soit conduite dans l'organisation que je dirige.

- ☐ Oui
☐ Non

J'accepte que le nom de mon entreprise soit dévoilé lors de la diffusion des résultats de cette recherche.

- ☐ Oui
☐ Non

DEMANDE D'AUTORISATION D'EFFECTUER UNE RECHERCHE DANS UNE ORGANISATION

Nom de l'entreprise	Association Tombolo
Adresse du siège social	
Nom et fonction du ou des signataires autorisés	
Numéro de téléphone	
Courriel	
Signature	



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À UNE ENTREVUE EN ORGANISATION

1. Renseignements sur le projet de recherche

Vous avez été approché(e) pour participer au projet de recherche suivant :

« Sur le chemin du rétablissement : l'approche du care décolonial dans l'accompagnement de la santé mentale en Martinique »

Ce projet est réalisé par :

Léa Lagier
Étudiante à la maîtrise
Gestion de l'innovation sociale
lea.lagier@hec.ca

Justine Ballon
Directrice de mémoire
Département de Management
justine.ballon@hec.ca

Résumé : En prenant appui sur les approches institutionnalistes et transformatives de l'innovation sociale, ce mémoire étudie l'accompagnement de la santé mentale au sein d'un projet d'innovation sociale (Le Village du Rétablissement). Il a pour objectif d'analyser les valeurs, approches et postures facilitant le rétablissement de la patientèle et soutenant leur pouvoir d'agir, à travers les discours et expériences rapportées des praticien.nes en santé mentale ayant œuvré au sein du VDR. L'outil de collecte de données de cette étude (guide d'entretien) a été développé dans le cadre d'un mémoire de recherche à HEC Montréal.

2. Aspect d'éthique de la recherche

Votre organisation a accepté de participer à ce projet de recherche. Elle nous a fourni votre nom comme répondant potentiel à ce projet de recherche. Votre participation à ce projet de recherche doit toutefois demeurer totalement volontaire. Vous pouvez refuser de répondre à l'une ou l'autre ou à la totalité des questions. Il est aussi entendu que vous pouvez demander de mettre un terme à l'entretien, ce qui interdira au chercheur d'utiliser l'information recueillie.

Le comité d'éthique de la recherche de HEC Montréal a statué que la collecte de données liée à la présente étude satisfait aux normes éthiques en recherche auprès des êtres humains. Pour toute question en matière d'éthique, vous pouvez communiquer avec le secrétariat de ce comité au (514) 340-6051 ou par courriel à cer@hec.ca. N'hésitez pas à poser au chercheur toutes les questions que vous jugez pertinentes.

3. Confidentialité des renseignements personnels obtenus

Vous devez vous sentir libre de répondre franchement aux questions qui vous seront posées. Le chercheur, de même que tous les autres membres de l'équipe de recherche, le cas échéant, s'engagent à protéger vos renseignements personnels en assurant la protection et la sécurité des données recueillies, en conservant tout enregistrement dans un lieu sécuritaire (ex. : OneDrive ou SharePoint Online de HEC Montréal), en ne discutant des renseignements confidentiels qu'avec les membres de l'équipe de recherche et en n'utilisant pas les données qu'un participant aura explicitement demandé d'exclure de la recherche.

De plus, les chercheurs s'engagent à ne pas utiliser les données recueillies dans le cadre de ce projet à d'autres fins que celles prévues, à moins qu'elles ne soient approuvées par le Comité d'éthique de la recherche de HEC Montréal. **Notez que votre approbation à participer à ce projet de recherche équivaut à votre approbation pour l'utilisation de ces données pour des projets futurs qui devront toutefois être approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de HEC Montréal.**

Notez également que toutes les personnes pouvant avoir accès au contenu de votre entrevue ont signé un engagement de confidentialité.

4. Protection des renseignements personnels lors de la publication des résultats

Les renseignements que vous avez confiés à l'équipe de recherche seront utilisés pour la préparation d'une publication qui sera rendu public. De plus, votre organisation recevra un rapport sur les résultats de l'étude. Toutefois, les informations brutes resteront confidentielles. La section qui suit vous permet de nous indiquer le niveau de protection que vous souhaitez conserver lors de la publication des résultats de recherche.

- **Niveau de confidentialité**

Option 1 :

- ☐ **J'accepte que ma fonction (uniquement) apparaisse lors de la diffusion des résultats de la recherche.**

Si vous cochez cette case, aucune information relative à votre nom ne sera divulguée lors de la diffusion des résultats de la recherche.

Par ailleurs, le nom de votre organisation sera cité. Il est donc possible qu'une personne puisse effectuer des recoupements et ainsi obtienne votre nom. Par conséquent, vous ne pouvez être assuré de la protection de votre anonymat.

Option 2 :

- ☐ **Je ne veux pas que mon nom ou ma fonction apparaissent lors de la diffusion des résultats de la recherche.**

Si vous cochez cette case, aucune information relative à votre nom ou à votre fonction ne sera divulguée lors de la diffusion des résultats de la recherche.

Par contre, le nom de votre organisation sera cité. Il est donc possible qu'une personne puisse effectuer des recoupements et ainsi obtienne votre nom. Par conséquent, vous ne pouvez compter sur la protection absolue de votre anonymat.

- **Consentement à l'enregistrement audio de l'entrevue**

- ☐ **J'accepte que le chercheur procède à l'enregistrement audio de cette entrevue.**
☐ **Je refuse que le chercheur procède à l'enregistrement audio de cette entrevue.**

Vous pouvez indiquer votre consentement par signature, par courriel ou verbalement au début de l'entrevue.

SIGNATURE DU PARTICIPANT À L'ENTREVUE :

Prénom et nom : _____

Signature : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

SIGNATURE DU CHERCHEUR :

Prénom et nom : _____

Signature : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

Guide d’entretien mémoire

1. Contexte du Village du Rétablissement

- Pouvez-vous vous présenter en quelques phrases ?
- Comment avez-vous été amené.e à travailler au Village du Rétablissement ?
- Quelle a été la nature de votre travail au Village du Rétablissement ?
- Selon vous, quelle est la mission du Village du Rétablissement ? Quelles sont ses valeurs ?
- À partir de votre expérience, quel est l’impact du Village du Rétablissement pour les personnes accompagnées ?

2. Le parcours de soins thérapeutiques au Village du Rétablissement

- Pouvez-vous me décrire le parcours typique/atypique d’un.e participant.e du VDR ?
- Quelle est l’approche/quelles sont les pratiques thérapeutiques adoptées dans le cadre du VDR ?
- En quoi ces pratiques sont-elles différentes ou similaires aux approches dominantes dans l’accompagnement de la santé mentale en Martinique ?
- Comment est-ce que ça s’organisait niveau mobilisation de l’équipe ? (réunions, formations, etc)

3. La relation d’accompagnement

- Quelle est la formation (formelle ou informelle) reçue par les accompagnateur.trices/praticien.nes/intervenant.es dans le cadre du VDR ?
- Comment est établie la relation praticien.ne-participant.es ? Y’a-t-il un protocole préétabli ?
- Comment sont déterminés les besoins des participant.es ?
- Quelles sont les postures et/ou méthodes d’accompagnement qui se sont avérées les plus adaptées au VDR ?
- En quoi ces méthodes d’accompagnement s’alignent-elles avec vos valeurs en tant que praticien.ne en santé mentale ? Comment ont-elles évolué ou été ajustées au cours de votre pratique au sein du VDR ?

4. Les facteurs d’attention à l’empowerment des usagers

- Selon vous, quelles sont les spécificités à prendre en compte lorsque l’on aborde le soin des personnes prises en charge en psychiatrie en Martinique ?
- Quelle est la place de l’*empowerment* dans le parcours de soins des participant.es du VDR ?
- Quels sont les pratiques soutenant l’autonomie et l’autodétermination des participant.es ?

5. Les objectifs et aspirations de l'approche spécifique du VDR

- Selon vous, comment le VDR permet-il le rétablissement des participant.es ?
- Quel est l'impact du VDR sur l'accompagnement de la santé mentale en Martinique ?
- Qu'est-ce qui a motivé cette volonté de réhumanisation de la santé mentale à ce moment précis ?
- Comment situez-vous cette volonté de réhumanisation de la santé mentale dans l'histoire de la psychiatrie en Martinique ?

6. Les limites et les apprentissages

- Avez-vous rencontré des difficultés particulières dans votre pratique au sein du VDR ? En tant que praticien.ne ? Dans l'accompagnement ?
- Quels ont été vos principaux apprentissages au VDR ?
- Y'a-t-il des limites de votre œuvre dans le cadre du VDR que vous souhaitez nommer ?
- Avez-vous des questions, des choses à rajouter, un point que nous n'avons pas abordé, etc ?