



Quelques remarques sur le discours courant en psychiatrie au Brésil de l'an 2000, ou l'aliénation dans tous ses états.

Rodrigo Godoy Fonseca

Texto apresentado nas *IIIèmes Journées de Psychothérapie Institutionnelle d'Angers*, em dezembro de 2000 e publicado em *Instituições, revista de Psychothérapie Institutionnelle*, número 28, março de 2001.

C'est avec plaisir que je reviens à Angers deux ans après une intervention, je dois dire, assez amère, sur mes conditions de travail à ce moment-là.

Je travaillais à l'époque aux Urgences, à l'hôpital général, sur une sorte d'îlot psychiatrique où venaient échouer des naufragés de la « psychopathologie de la vie quotidienne », des gens qui, pour la grande majorité des cas, n'avaient pas eu d'autre accueil que dans cet espace en réalité peu hospitalier.

Ce travail « d'urgence » était en fait contraire à tout ce que je crois comme base de notre travail, dans la mesure où il ignorait ce que nous savons depuis notamment Freud et Lacan: **que la première des institutions est le transfert.**

Tel était donc mon état d'esprit il y a deux ans, ce qui m'a fait décider d'aller vers un travail « de proximité » avec la demande de soins psychiatriques.

C'est à la fin de l'année 1999 que l'opportunité d'un travail de cet ordre se présenta. Il s'agissait d'un poste nouvellement créé de médecin psychiatre, dans une ville peuplée d'environ 12000 habitants, située à 180 kilomètres de Rio de Janeiro (cette ville, comme beaucoup d'autres au Brésil, avait acquis son autonomie administrative trois ans auparavant et, de ce fait, avait besoin de personnel médical, entre autres, pour répondre aux besoins de la population. Peu de temps après mon arrivée à Porto Real, j'ai été invité à travailler aussi dans le « Programme de Santé Mentale » de la ville voisine (dont la population s'élève à plus de 100000 habitants, et à laquelle Porto Real était rattaché jusqu'à il y a trois ans). C'est à partir de cette double expérience que je vais pouvoir, j'espère, vous apporter quelques éléments de réflexion.

« Je ne sais pas pourquoi on a embauché un psychiatre ». Telle a été, dite avec bonhomie, la phrase d'accueil du « Secrétaire Municipal à la Santé, Travail et Action Sociale », mon supérieur hiérarchique, le jour de mon arrivée. « Ici, à part quelques ivrognes connus de tout le monde, on a pas trop de fous ». « C'est vous le médecin des nerfs? », m'ont demandé les premiers patients, venus « juste pour échanger l'ordonnance », c'est à dire renouveler des prescriptions de tranquillisants ou anticonvulsivants parfois établies vingt ans auparavant! D'autres personnes venaient pour obtenir l'Autorisation d'Hospitalisation (document administratif permettant de faire hospitaliser quelqu'un dans une clinique conventionnée par la sécurité sociale), sans, pour beaucoup d'entre eux, se faire accompagner des malades en question (trop « nerveux » ou « agressifs » pour pouvoir venir se consulter!).

Cette « micro » situation n'était pas tellement différente, malgré les apparences, du contexte rencontré dans la ville voisine, Resende, où j'ai été embauché comme psychiatre du « Programme de Santé Mentale Casa Aberta » (« maison ouverte », en portugais). Ce service, en activité depuis environ huit ans, était, contrairement à ce qu'indique son nom, fermé à toute nouvelle inscription de patients, « saturé ». La porte n'était ouverte que pour sortir. Il faut dire que mon poste était le deuxième poste de psychiatre, une fois que ma collègue, présente depuis les débuts du service, refusait de prendre des nouveaux patients. Elle n'était pas la seule, parmi la douzaine de professionnels en activité dans cette maison se voulant être un centre de jour, à avoir cette attitude.

contato

telefone (21) 3268-3818

email contato@abordagemclinica.com.br

site www.abordagemclinica.com.br



Contrairement à la ville de Porto Real, la ville de Resende affichait les prétentions de sa politique de santé mentale: augmenter le nombre d'actes « soignants » avec priorité pour les activités « en groupe » et implantation des lits « d'urgence psychiatrique » à l'hôpital général. La différence se situait aussi au niveau du nombre d'hospitalisations en psychiatrie (toujours dans une même clinique, conventionnée par la sécurité sociale) pour chacune des villes: environ dix par mois pour la première (« vierge » de psychiatre), et environ quarante par mois pour la deuxième, malgré l'existence d'un dispositif « institutionnel » depuis plusieurs années, hospitalisations décidées, pour 95% des cas, par les médecins de l'hôpital général sans concertation avec le service.

La clinique conventionnée en question est, depuis plus d'un demi siècle, l'asile de la région. Ses pratiques sont connues du Ministère de la Santé et de tous les responsables régionaux depuis bien longtemps: hospitalisations sans autorisation préalable des « autorités compétentes » (« on interne en urgence et régularise la situation après »), période « fixe » de temps d'hospitalisation (45 jours quelle que soit la situation), période « d'isolement » - les 15 premiers jours sans visites, etc. 250 lits partagés en deux pavillons (masculin et féminin), contrôlés de façon carcérale. Il va sans dire qu'à la sortie il y a rarement d'ordonnance et jamais de rendez-vous pris auprès du programme de santé mentale correspondant.

Les cliniques privées ayant, au mieux, ce genre d'agissements face aux malades répondent pour la grande majorité des 60000 lits psychiatriques existants au Brésil ; l'une d'entre elles est en activité depuis le 19^{ème} siècle, étant une des institutions sanitaires des plus anciennes du pays. Elles ont, historiquement, occupé (et occupent encore aujourd'hui) le vide laissé par la fonction publique, qui, n'oublions pas, les a mandatés, établissant une convention. Leur abord du fait psychiatrique a prévalu jusqu'à présent, entretenant l'aliénation dans la mesure où seuls les symptômes bruyants étaient « traités », rendus dans le discours des familles et des malades eux-mêmes comme des productions « nerveuses » autonomes et, comme telles, imprévisibles et incontrôlables.

La fonction publique, pour sa part, a rarement travaillé « en amont », c'est à dire, se plaçant dans une position autre que d'attendre le malade, timidement, à la sortie (quand il y avait) de l'hôpital. Le mouvement de la *reforma psiquiátrica*, entamé dans les années 80, de forte coloration partisane, a choisi son discours en se définissant comme *mouvement de lutte antiasilare*, inspiré, hélas, par ce qui s'est produit en Italie vingt ans avant. Hélas d'abord parce que monsieur Basaglia y est présenté comme « moteur » d'un mouvement Européen de renouveau psychiatrique qui n'aurait eu lieu qu'à partir de ce moment- là.

Hélas ensuite parce que la « déconstruction de l'asile », la *desinstitutionalisation* y est mise en avant comme objectif principal, présente dans le discours administratif (« c'est un gaspillage », « il faut arrêter de brûler de l'argent ») et médico/psychologique, et dès lors l'action essentielle est celle « d'empêcher les hospitalisations ». Des interventions directes sur les conditions d'hospitalisation chez les « partenaires » ont été par contre assez rares, souvent par une sorte de crainte de « ne pas avoir d'endroit où mettre ces patients ». La création des centres « d'attention médico-sociale » a été alors proposé comme moyen d'accueillir ces « nouveaux » malades. Ils ont subi, de façon répétitive et monotone, le sort de la Casa Aberta: la « saturation ».

Une fois saturés, fatigués, dépassés par une demande que, comme nous le savons, cherche à se faire entendre, les professionnels de santé mentale « sur le front » ont trouvé ce qu'a été pour beaucoup le coupable de tant de difficultés: « le vieux modèle, archaïque même, centré sur le pouvoir médical et psychanalytique, du suivi par des consultations individuelles ».

Pas trop de réflexion sur l'impossibilité radicale comprise dans l'attitude de rester dans l'attente de la « bonne demande », c'est à dire, aucun mouvement dans le sens d'aller vers la cité, de proposer une modalité discursive que ne soit pas « anti », de traiter cette aliénation foncière en proposant un traitement analytique, basé sur l'interrogation du lien social.

Ce dernier terme, d'ailleurs, se trouve le plus souvent éludé, comme s'il n'appartenait pas aux préoccupations des « intervenants » en santé mentale. Le « mouvement pour la lutte anti-asilaire » parle volontiers des « droits de citoyen du malade mental », de « services ayant la logique de l'inclusion sociale et le compromis avec une éthique libertaire », et

contato

telefone (21) 3268-3818

email contato@abordagemclinica.com.br

site www.abordagemclinica.com.br



de « transformation de la tragédie personnelle, familiale et sociale généralement liée à la présence du trouble mental en une histoire avec une fin heureuse ». C'est le cas de se demander: Quels droits de citoyen dans un pays qui méconnaît la *res publica*? Quelle inclusion sociale face à l'énorme violence quotidienne, contraignant les gens à la peur, à la loi du silence et parfois même au couvre-feu? Et, surtout, quelle promesse de liberté, de fin heureuse?

Mon propos, vous l'avez compris, n'est pas sympathique. Si je le tiens, c'est en bonne partie grâce à l'expérience que je suis en train de « conduire » dans mon « micro » univers dont je parlais tout à l'heure.

Dans la petite ville de Porto Real on a pu compter, d'entrée de jeu, sur quelques partenaires.

Certains venaient d'arriver, comme moi: c'étaient des « agents communautaires de santé », des habitants des différents quartiers de la ville choisis, formés et rémunérés pour faire un travail de suivi au long cours des familles, travail assisté par un « médecin de famille » et une infirmière pour chacun des quartiers. Ce travail a été développé au Brésil au cours des dernières années à l'initiative de gestionnaires médicaux de gauche influencés par l'expérience sanitaire cubaine. En ce qui concerne la réalité locale, ça a surtout favorisé les échanges avec les familles et les agents, une fois que les collègues médecins ont rarement fait preuve d'engagement.

D'autres partenaires étaient présents depuis longtemps, et je pense notamment aux Alcooliques Anonimes, institution responsable pour un travail on peut dire admirable et dont les intervenants locaux ont répondu sans réticence à la proposition de collaboration.

Peu de temps plus tard sont arrivées les patients. Dans un premier temps surtout des femmes! Beaucoup d'hystériques bien entendu, certaines avec des manifestations conversives intenses et un discours « pré-freudien » sur leur souffrance (« si je ne prends pas mes tranquillisants mon bras se met à forniquer », me disait l'une d'entre elles); des déprimées aussi, souvent avec des plaintes au sujet de leurs époux alcooliques et leurs enfants psychotiques « rebelles à toute idée de venir voir un médecin ». Des malades aux manifestations neurologiques aussi, puisque j'étais « le médecin des nerfs ». Un trait était commun à tous les discours que j'ai pu entendre: ils ignoraient leur propre cause.

Un an plus tard, aujourd'hui, je peux vous dire que l'évolution de cette demande a été, non pas inattendue, mais plutôt surprenante quant à la rapidité de l'adhésion de la population au modèle de traitement proposé. Des visites à domicile (souvent misérables) où se trouvaient des patients « agités et agressifs » se sont presque toujours suivies d'une acceptation d'un médicament ou d'une intervention soignante. Par contre, on a « découvert » des « nouveaux patients », épileptiques, arriérés et psychotiques, qui n'étaient connus de personne (surtout en zone rurale), même pas de mon secrétaire à la santé, homme politique avec plus d'un demi siècle de « vie publique ». Les patients alcooliques, qu'au démarrage de notre travail venaient « en consultation » avec leurs petites affaires pour aller directement en clinique, ont eux aussi adhéré, au moins de façon transitoire, à une proposition de soins (la principale activité économique locale a été pendant longtemps la culture de la canne à sucre, avec importante production d'eau de vie. Actuellement l'usine à sucre a été remplacée par une usine de Coca-Cola et bière).

Il va sans dire que le « taux d'hospitalisations » a considérablement baissé au cours de cette année de travail, sans que pour autant notre direction de travail ait été « d'empêcher » les hospitalisations. Pour un certain nombre de cas, au contraire, l'indication d'hospitalisation (faite pour moi-même) a été l'occasion de commencer un travail avec les agents communautaires auprès de familles et des patients pendant le séjour, ce qui a permis de maintenir un suivi à la sortie.

Notre insertion dans la cité a aujourd'hui deux importantes frontières. La première est celle des décisions locales en termes politiques, et pour avoir une certaine influence je viens d'obtenir un siège au conseil municipal de santé, institution par ailleurs assez délaissée par les médecins d'une façon générale. La deuxième est celle de l'enfance et de l'adolescence, continent historiquement délaissé et inexploré par la psychiatrie brésilienne, qui ne « découvre » les malades souvent bien trop tard.

J'aimerais alors revenir sur le titre de mon exposé. Tout d'abord sur le terme de discours courant, que je voudrais écrire comme Lacan l'a fait dans les années 70: disque-ourcourant, c'est à dire celui qui tourne en rond, qu'ignore sa

contato

telefone (21) 3268-3818

email contato@abordagemclinica.com.br

site www.abordagemclinica.com.br



cause, dans lequel l'inconscient ne se fait pas entendre (cf. M.C.Cadeau, dans le Dictionnaire de la Psychanalyse, Larousse Ed.) L'inconscient, au Brésil, semble être lié à cette volonté de réforme de quelque chose qui n'a jamais eu lieu, qui ne s'est jamais trouvée interrogée, a savoir, par exemple, le fait psychiatrique lui-même.

Réforme, en plus, qui doit se faire avec des instruments étranges, importés et supposés être efficaces, instruments, comme nous le savons, empruntés à l'Autre.

Pouvons-nous l'éviter? La réponse me semble être négative en ce qui concerne le besoin d'un « emprunt » à l'Autre. Pour ce qui est de cette « volonté de réforme », je crois qu'elle mérite traitement.

Son traitement, c'est à dire, la reconnaissance de cette forme particulière d'aliénation sociale, souvent ayant effet multiplicateur de l'aliénation psychopathologique, nous permettrait d'accéder plus facilement à ce second terme, à ce qui est en jeu dans la souffrance de nos patients.

Pour ce faire, et, surtout, pour accéder à ce qui Lacan a formalisé comme « opération seconde » de constitution du sujet, la séparation, la possibilité de jaillissement de quelque chose de nouveau, il nous faudra aller vers et rester au plus près des sources de la demande (je pense au sens ethymologique du mot clinique, c'est à dire activité exercé au chevet d'un malade), travailler le terrain en respectant ses particularités, ouvrir et maintenir le champ du transfert, créer enfin une surface d'inscription dans un mouvement à proprement parler **culturel**.

Rodrigo Fonseca, décembre 2000.

contato

telefone (21) 3268-3818

email contato@abordagemclinica.com.br

site www.abordagemclinica.com.br