



HAL
open science

Incidences de la pratique psychanalytique dans les services publics de santé mentale au Brésil : une expérience de contrôle d'équipe

Luciano Elia

► **To cite this version:**

Luciano Elia. Incidences de la pratique psychanalytique dans les services publics de santé mentale au Brésil : une expérience de contrôle d'équipe. Oxyoron, 2011, Contrôle Supervision, 2. hal-03650438

HAL Id: hal-03650438

<https://hal.science/hal-03650438>

Submitted on 25 Apr 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Incidences de la pratique psychanalytique dans les services publics de santé mentale au Brésil: une expérience de contrôle d'équipe

Luciano Elia

Psychanalyste, membre du Laço Analítico Escola de Psicanálise, Professeur Titulaire de Psychanalyse de l'Institut de Psychologie de l'Université de l'État de Rio de Janeiro (UERJ), Contrôleur d'équipes de CAPSI (Centres d'Attention Psycho-sociale infanto-juvénile), Consultant du Ministère de la Santé du Brésil pour la santé mentale des enfants et des adolescents.

Dans cet article, l'auteur présente les résultats de douze années d'expérience en qualité de contrôleur d'équipes qui s'occupent du soin orienté par la psychanalyse d'enfants et d'adolescentes porteurs de graves et persistantes psychopathologies (autisme, psychose infantile, usage de drogues, risque social intense, entre autres). Cette pratique est exercée dans les Centres d'Attention Psycho-sociale, dispositifs créés par les politiques publiques brésiliennes de santé mentale dans le cadre de ce qui est nommé la Réforme Psychiatrique Brésilienne. Cette expérience, concernant trois unités de santé mentale de ce type, a conduit l'auteur à élaborer une conception de l'équipe et du contrôle qui se définissent l'une l'autre, de façon indissociable, une équipe ne pouvant vraiment se fonder en tant que telle que sous l'effet de la soustraction de l'illusion d'unité et d'autonomie produit par le transfert à la place du contrôle et du contrôleur, et le contrôle lui-même ne pouvant se constituer hors du consentement transférentiel de l'équipe.

psychanalyse, santé mentale, enfance, adolescence, contrôle, équipe, CAPS.

La psychanalyse est de plus en plus présente dans le champ du service public. Au Brésil, pays où j'habite et travaille, et où un mouvement connu sous le nom de Réforme Psychiatrique Brésilienne est, depuis trente ans, en passe de transformer le système d'aide aux malades mentaux les psychanalystes sont de plus en plus nombreux au sein des équipes chargées du soin des patients, qui ne sont plus internés pour de longues périodes mais reçus dans les services dits substitutifs de l'hôpital psychiatrique pendant la journée où, en plus de leurs consultations, ils pratiquent plusieurs activités. Ces services s'appellent Centres d'attention psycho-sociale (CAPS), ils peuvent être destinés aux adultes, aux enfants, aux adolescentes comme aux jeunes et adultes usagers de drogues. Au Brésil il existe presque 2000 CAPS.

Cet article a pour thème la pratique psychanalytique de contrôle dans les équipes de santé mentale, et tout particulièrement dans le cadre des CAPS.

L'idée directrice qui soutient ce travail est la conception d'équipe que nous avons construite après une douzaine d'années d'exercice du contrôle dans trois Centres d'Attention Psycho-sociale. Une équipe de santé mentale ne se réduit pas à l'ensemble des professionnels qui la composent, et qui sont, en général, de différentes formations (psychologues, psychiatres, assistants sociaux, thérapeutes

occupationnels, musicothérapeutes, infirmiers...). Il est fort commun que cet ensemble, « multi-professionnel », se fonde sur l'idée de totalité, visant à dire le « tout » sur le patient, à la condition de rejoindre les différents regards produits par les différentes spécialités, comme si chacune en pouvait apporter une fraction, une dimension particulière du sujet, qui, réunies, rassemblées, seraient censées produire ce tout idéalisé.

Selon notre conception, une équipe ne devient une équipe de santé mentale selon la logique psychanalytique ici proposée que sous l'effet de la soustraction de cette illusion. Le contrôleur a, comme fonction primordiale d'opérer cette soustraction, ce qui signifie qu'il n'est pas une fonction en plus, une fonction enrichissant la pléiade des savoirs déjà mise en œuvre, et son intervention n'a pas pour but de conclure d'un mot final, mais vise un en moins : le moins de savoir exigible pour qu'un travail analytique puisse avoir lieu.

Dans ce sens, la direction du travail, qui est incarnée par le contrôleur, relève de ce trou dans le savoir révélé par lui, et appelle à ce que chaque membre de l'équipe se déshabille, pour ainsi dire, de leur identité professionnelle rigide (sans pourtant s'en défaire intégralement) pour assumer une fonction analytique auprès de chaque patient, selon les contingences du transfert, les possibilités d'autorisation, bref, les vicissitudes de la clinique du quotidien, et à plusieurs. Cette expression a été consacrée par des psychanalystes français, belges et italiens¹ et désigne une configuration dans laquelle les patients sont reçus et traités collectivement, à plusieurs.

La « fonction analytique » ci-dessus mentionnée n'implique pas que l'on propose que chacun devienne analyste, ce qui serait naïf, mais également indésirable, voire scabreux. Par « fonction analytique » on veut exprimer la disposition qui est exigible de chacun des « techniciens » afin d'accueillir les manifestations du sujet sans les épinglez préalablement d'aucun sens pédagogique, directif, normalisant ou même thérapeutique, au sens de les encadrer dans des « projets thérapeutiques » établis hors et avant l'écoute des patients : officines, groupes d'activités, groupes thérapeutiques, etc. On reçoit les patients qui arrivent, on les écoute (ce qui est avant tout une façon de leur répondre), et l'on essaie d'accompagner les informations

¹ Alexandre Stevens, Éric Larent, Antonio di Ciaccia, Virginio Baio, Alfredo Zenoni, qui sont en tête de plusieurs expériences institutionnelles avec des enfants autistes et psychotiques orientées par la psychanalyse lacanienne et dont la pratique est connue comme *La pratique à plusieurs*. Cf. La série de publications de l'École de la Cause Freudienne intitulée *Préliminaire – la pratique en institution*. Au Brésil, et à partir de tout autres sources et fondements, nous avons développé le *dispositif psychanalytique élargi*, qui se situe dans le champ de la psychanalyse en intention pratiquée en institution, dans lequel les sujets sont reçus en nombre varié par plusieurs professionnels de santé mentale dans un espace commun, et sont suivis par les repères qu'ils offrent à l'écoute attentive qui leur est dispensée de façon à que le traitement se déploie. Le dispositif psychanalytique élargi nous semble convergeant en maints points avec la *pratique à plusieurs développée* en Europe, à la différence près que cette pratique, quoique psychanalytiquement orientée, se distingue d'une psychanalyse et le fait exprès, au nom d'une rigueur qui serait supposée exigible. De notre part, nous faisons le pari de ce que la psychanalyse elle-même, sans perte de rigueur, peut s'opérer dans une institution de santé mentale publique, et le dispositif élargi, s'il maintient les coordonnées structurales du dispositif freudien (libre association, attention flottante, acte pris à la place du signifiant, etc.), il s'en distingue par la configuration spatiale, temporelle et par le collectif de sa composition « personnelle », aspects qui précisément y sont *élargis*.

qu'ils nous transmettent pour parvenir à dessiner, après-coup, une direction à leur traitement.

Les patients sont reçus dans un dispositif collectif, c'est à dire qu'ils arrivent, nombreux, dans un espace commun et non pas un à un dans des salles de consultation spécialisées (la salle de psychiatrie, de psychologie, du service social, etc.) ou dans des salles d'activités (officines, groupes définis par une tâche commune et préalablement établie). Tout l'espace est conçu comme un espace clinique, et se déploie dans un mouvement qu'on nommera de dispersion suivie, accompagnée, assistée. Il faut distinguer en toute rigueur cet espace collectif et fragmenté de la notion de groupe, à laquelle il s'oppose de la façon la plus radicale.

Il n'est pas facile de travailler dans une pareille logique. L'angoisse qui fait suite au fait ne pas répondre immédiatement à la demande (qui, comme nous le savons, avant d'être la demande du sujet, est la répercussion, chez celui qui la reçoit, de sa propre demande pouvant être formulée comme une urgence de donner une aide « humanitaire » au sujet qui lui parle) en est une des plus grandes difficultés. Il nous semble que, en l'absence d'un espace de travail collectif nommé « contrôle », basé sur la présence attentive du psychanalyste qui en est chargé, qui écoute et fait parler les membres de l'équipe, plus qu'il ne leur parle à partir d'un lieu de savoir, il n'est pas possible de travailler dans une dynamique telle que celle que nous essayons de décrire.

De ce premier aspect de la fonction du contrôleur, on peut dégager que son importance n'est pas fondée de ce qu'il aurait à apprendre à l'équipe, au sens d'un savoir en quelque sorte objectivable. Ça ne signifie pas que le contrôleur puisse ne pas savoir, ne pas connaître le champ clinique et théorique dans lequel se déploie le travail de l'équipe. Nous sommes ici au plan de la docte ignorance dont Lacan nous parle², tout en nous évoquant la référence majeure de Nicolas de Cuse³ : savoir ignorer ce qu'il pourtant sait. Il est donc convenable que le contrôleur en sache beaucoup quant à la matière concernant le travail clinique de l'équipe (par exemple, sur le sujet de la psychose, de l'autisme, du rapport du sujet à l'objet de la drogue – pour donner un exemple de chacun des champs qui organisent les CAPS au Brésil – de l'enseignement psychanalytique fondé sur les concepts de Freud et Lacan, des contributions des auteurs qui les suivent, et d'autres, travaillant sur ces questions-là). Mais il est plus convenable encore que le contrôleur sache ignorer ce savoir, qu'il ne le mette pas en position frontale, place qu'il doit savoir tenir toujours vide, occupée par le vacuum de son écoute.

La pratique du contrôle est la garantie de ce que chaque membre de l'équipe soit convoqué à parler. Convoqué plutôt par le désir de parler, causé par le contrôleur, que par l'obligation de parler pour accomplir une tâche, une affaire de profession. Dans ce sens, il n'y a pas de contrôle sans transfert. Ce transfert s'établit ou ne s'établit pas, et on ne peut en savoir quelque chose qu'après-coup.

Sur ce point précis, on peut poser une question concernant le choix du contrôleur. Est-ce que le transfert implique que le contrôleur soit « choisi » par l'équipe, au sens d'une élection faite sur le mode de la démocratie (qui présuppose toujours des voix

² Lacan, J. – *Variantes de la cure-type*, in *Écrits*, Paris, Aux éditions du Seuil, 1966, p. 362.

³ De Cues, Nicholas - *De docta ignorantia (1440)*, Traduction en français : Nicolas de Cuse : *De la docte ignorance*, Paris, éd. de la Maisnie, P.U.F., 1930.

pour et contre qui, même dans les situations d'unanimité, sont des voix du moi) ? Non, nous ne le croyons pas. Dans le champ public, dans lequel il est très important de vérifier les incidences de la psychanalyse, car la supposition y est courante de ce que la psychanalyse aurait des difficultés insurmontables pour s'y exercer, les équipes ne sauraient choisir leur contrôleur, à la façon de la pratique dite « privée ». Dans ce sens, le consentement après-coup, c'est à dire, dans un travail déjà en cours, est infiniment plus légitime que le choix par vote, car ce consentement inclut l'inconscient, le transfert qui a ou qui n'a pas eu lieu, aspect qui est déguisé dans les pratiques privées, où le « choix » préalable semble se passer dudit consentement, mensonge que les interruptions de cure trahissent et révèlent assez souvent.

Le contrôleur est donc indiscutablement choisi. On ne parle pas sans cause, on ne parle pas sans adresser la parole, même si on est plongé dans la plus grande difficulté, même si on est dans l'angoisse, dans l'embarras clinique. Sans avoir à qui adresser son angoisse, le membre de l'équipe professionnelle cherche un autre moyen de « traiter » son malaise, et ce moyen peut devenir l'allié des défenses du sujet, qui cesse d'être affecté par son désir, son angoisse, ses possibilités, donc, de pratiquer une clinique possible de la folie, toujours si difficile à supporter. Le choix de celui à qui on veut parler ne peut se traduire qu'en termes d'un consentement après-coup, et non pas en termes d'un savoir préalable.

La pratique du contrôle en équipe ne laisse oublier que cette clinique exige qu'on en parle sans cesse. Il s'agit de pouvoir parler de ce qu'on ne sait pas encore, et d'une façon telle qu'on puisse produire un savoir, soit sur ce qu'on a entendu des patients, soit sur ce qu'on leur a dit, ou bien sur ce qu'on n'a pas réussi à entendre ou à dire, là où il n'a pas été possible d'ouïr ou de parler, de faire un acte, enfin.

L'acte de parler sous transfert porte le pouvoir de tout changer (même si « tout ne change pas », ce pouvoir en puissance, la naissance de cette possibilité⁴, tient le coup): on n'est plus le même après avoir parlé d'une expérience qui nous a marqué, d'un patient qui nous a produit des effets d'angoisse ou de malaise, et notre position en face de ces événements s'avérera différente la prochaine fois qu'on se trouvera dans une nouvelle situation clinique.

On voit clairement que la pratique du contrôle ainsi formulée constitue un dispositif clinico-institutionnel. Elle est une pratique structurée, ce qui veut dire qu'il n'est pas indifférent qu'elle existe ou qu'elle n'existe pas, et, plus encore, qu'elle ne peut exister de n'importe quelle façon. Il y a des coordonnées qui la conditionnent, et dont l'absence la rend inopérante.

Pour tout un ensemble de raisons, le contrôleur ne peut pas être un membre de l'équipe. Il doit y être extime, pour nous servir d'un beau mot de Lacan. Il est intime de l'équipe, puisqu'il est celui à qui chacun parle des aspects parfois les plus intimes de sa subjectivité dans ses rapports à la pratique clinique. Mais il y est aussi extérieur qu'intime, ce qui donne au terme d'extimité toute sa valeur.

Un dernier aspect de la fonction du contrôleur psychanalyste d'une équipe de santé mentale publique concerne son rapport à l'espace extérieur au service, à l'unité de

⁴ Version légèrement modifiée de la phrase suivante, de Lacan : « Prenez seulement un signifiant comme insigne de cette toute-puissance, ce qui veut dire de ce pouvoir tout en puissance, de cette la naissance de la possibilité ». Cf. Lacan, J. – *Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien*, 1960, in *Écrits*, op. cit., p. 808.

santé mentale dans laquelle travaille l'équipe et le contrôleur, et qui reçoit les patients.

Dans la logique qui régit les politiques publiques de santé mentale au Brésil, on travaille toujours « en réseau ». Cela veut dire qu'un professionnel individuel, un service isolé, ou même un secteur de l'assistance publique ne saurait se concevoir lui-même comme suffisant, capable de répondre, tout seul. On travaille toujours selon une double direction : ce qui nous conduit vers ce qu'il y a de plus singulier au seul sujet que l'on soigne, et ce qui nous amène vers ce qu'il y a d'extérieur au sujet, à notre service, à notre champ, à la cité, à vrai dire dans les différentes cités qui traversent chaque sujet, instance qui n'est point conçue comme individuelle mais comme transindividuelle, selon la logique de l'inconscient qui fait éclater l'individu en y produisant un sujet à multiples et « incomptables mois (égos) », comme Freud lui-même s'exprime pour caractériser le Ça⁵.

Cette notion de réseau peut assumer la forme concrète d'un réseau incarné en instances, services, institutions les plus diverses, qui intègrent ce qu'on appelle le territoire selon la conceptualisation de Gilles Deleuze⁶, reprise, dans le cadre d'une théorie de l'espace urbain dans sa complexité symbolique – c'est à dire, qui la mène au delà des espaces géographiques - par Milton Santos, important chercheur politique et géographe brésilien qui a formulé la notion de territoire telle qu'elle est employée dans le champ de la santé mentale brésilienne⁷, ce qui permet de définir le CAPS, par exemple, comme un service de base territoriale. Mais le réseau peut également désigner une position discursive, qui s'exerce dans un espace social où sont absents des instances ou des actes concrets qui l'enveloppent.

Le contrôleur doit, dans ce sens, tenir la place du premier anneau du réseau, - puisqu'il en fait partie, étant extime à l'équipe, il est celui qui ne laisse pas oublier ce dehors symbolique, ces différentes cités qui s'entrecroisent au coeur le plus intime de l'expérience la plus singulière de chaque sujet que l'on reçoit et que l'on admet dans le cadre de nos actes de soin et que nous nous chargeons de traiter

⁵ Freud, S. – *Le moi et le ça* (1923), in *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1969, Vol. XIX.

⁶ Deleuze, G., Guattari, F. – Cf. *Mille plateaux*, Paris, Éditions de Minuit, 1980.

⁷ Santos, M., Souza, M. A., Silveira, M. L. (ogs.) – *Território, globalização e fragmentação*, São Paulo, Hucitec, 1994.