

Psychologues et santé au Brésil

La formation en psychologie ne favorise pas le travail auprès des populations dans le nouveau programme de santé de la famille au Brésil.

Roberta Carvalho Romagnoli,

psychologue,
docteur en Psychologie Clinique,
Professeure adjointe III du
Département de Psychologie
de l'Université Pontificale de
Minas Gerais – PUC Minas.

§ Comparaison internationale
§ Santé publique
§ Formation initiale,
Formation continue
§ Communautaire
§ Psychiatrie, santé mentale,
psychiatrie de secteur
§ Psychologue

« Chaque professionnel de la santé doit être attentif à la communauté dans laquelle sa pratique est insérée. »

Au Brésil, la Constitution de 1988 a étendu le concept de santé à un ensemble de facteurs tels que l'alimentation, l'habitat, le travail, les loisirs, l'éducation, et non plus seulement l'absence de maladie. La Santé Publique devint un droit pour tous et un devoir de l'Etat, à travers l'accès universel et égalitaire aux actions et services de promotion, de protection et de récupération de la santé. En 1990, cette proposition fut viabilisée dans le modèle du Système Unique de Santé (SUS), politique publique qui vise également la citoyenneté et la diminution de l'exclusion sociale et des inégalités sociales.

Pour rompre avec le modèle de santé basé sur l'attention curative, elle-même centrée sur l'action médicale et peu efficace, le Programme de Santé de la Famille (PSF) fut créé sur ces principes. Ce programme fut développé par le ministère de la Santé brésilien, dans le but de réorienter le modèle assistanciel et porter les soins hors de l'hôpital, plus près de la communauté, en considérant les différences de besoins. Le PSF correspond à un domaine de pratiques et de production de nouveaux modèles de soin, compris comme des soins culturels. C'est-à-dire que chaque professionnel de la santé doit être attentif à la communauté dans laquelle sa pratique est insérée, en considérant le citoyen comme un tout, et en intervenant en harmonie avec les conditions de vie des usagers du service, dans le but de promouvoir la santé, la prévention des maladies, le traitement et la réhabilitation. Ce programme présuppose un partenariat avec la famille, pour soutenir la nouvelle proposition de santé et ainsi améliorer la qualité de vie de la population.

En tant que professeur, superviseuse de stages dans le cadre du PSF et chercheuse dans le domaine de la santé publique, j'observe que le système se construit dans le quotidien des services et des pratiques professionnelles de ceux qui croient en un changement dans la santé au Brésil. Dans

ce contexte, la perspective de créer de nouvelles formes d'intervention du psychologue s'affirme comme une possibilité de chercher des alternatives pour une plus grande efficacité du traitement et de la promotion de la santé dans la communauté, en plus de remettre en question la formation existante. Bien qu'une proportion significative des psychologues brésiliens travaille dans le domaine de la santé, il existe toujours une lacune entre ce qui s'apprend dans les cours de psychologie et les demandes d'action dans ce domaine. Cette distance produit, entre autres, des professionnels désintéressés, démotivés, qui se sentent incapables et impuissants sur leur lieu de travail, comme ce fut souvent le cas dans le cadre de stages que j'ai supervisés, et dans les recherches que j'ai faites.

Certains points, selon moi, maintiennent cette rupture entre l'université et l'action dans la santé publique. Il s'agit de : la persévérance d'une clinique traditionnelle et des « spécialismes », la difficulté de travailler en groupe et la méconnaissance de la réalité des familles reçues dans le cadre du PSF. Des points qui, bien souvent, insistent sur le maintien de ce qui existe déjà et qui empêchent la création d'autres formes d'intervention.

A l'université, les psychologues brésiliens possèdent encore une formation traditionnelle, soutenue par la majorité des professeurs universitaires, dans les cours et les stages, dirigée vers une clinique curative et réductionniste, et non pas vers des travaux de promotion de la santé. Cette pratique traditionnelle de l'intervention, qui perpétue le modèle de santé en tant qu'absence de maladie, est centrée sur une clinique orthodoxe, qui s'effectue à travers des traitements individuels aux objectifs analytiques, psychothérapeutiques et/ou psychodiagnostiques.

Il s'agit là, actuellement, d'une des principales fonctions de l'université, la formation de spécialistes, de professionnels qui se fonde sur des modèles scientifiques classiques bien élaborés, cohérents et systématisés, au détriment des questionnements autour des effets de leurs actions et des questions éthico-politiques qu'ils croisent dans

leurs pratiques. Seulement focalisés sur la production de connaissance et sur l'intervention à partir de notre option théorique et/ou académique, nous pouvons exercer des fonctions normatives et régulatrices sur les usagers, en les rendant passifs et en contribuant à la production de subjectivités soumises.

C'est malheureusement encore la logique des « spécialismes » en vigueur dans l'université, de manière instituée, ce qui interfère directement sur les pratiques. En plus de la défragmentation de la santé en spécialités, la hiérarchisation des savoirs et des pouvoirs rend le travail en équipe plus difficile. Ce positionnement des psychologues dans leur travail complique le soutien du modèle proposé par le PSF qui n'est viable que dans le cadre d'un travail en équipe, fondé sur le respect mutuel. Je pense que le psychologue doit être un inventeur de nouvelles pratiques, sans craindre la non orthodoxie, et en reconnaissant fréquemment ses limites et la nécessité d'un partenariat dans l'intervention avec d'autres professionnels de l'équipe.

Les travaux en groupe permettent une intervention directe dans la relation, l'expérience avec le collectif, et une certaine résistance à l'individualisme exacerbé que l'on trouve dans la société contemporaine. Malheureusement, je remarque que travailler en groupe, et plus spécifiquement avec les familles, n'est pas une pratique courante chez les psychologues. Cette difficulté reproduit l'intervention individuelle de la formation traditionnelle et crée cette même nécessité chez la population accueillie, qui considère l'intervention en groupe moins importante ou moins efficace. Le travail en groupe reste donc discrédité par les usagers et les professionnels de l'équipe, et perd ainsi sa puissance, sa capacité à générer de la santé. Cette persévérance dans le modèle individuel, parce que c'est le seul que l'on connaît, crée de sérieux problèmes dans un domaine qui exige de nouvelles méthodologies.

La méconnaissance des psychologues ne concerne pas seulement ce type d'intervention, mais également la propre réalité des familles accueillies. Il s'agit là d'un fort obstacle à l'approche des familles que le PSF se propose d'accompagner. Comme généralement la majeure partie des professionnels appartient à des classes moyennes de la population brésilienne, il y a une tendance à comparer les familles accueillies, qui en général

appartiennent à des classes populaires, à partir du modèle familial des premières couches – la famille nucléaire. Cette comparaison finit par déqualifier les familles usagères de la santé publique. De nos jours, les familles des classes populaires sont vues, par une bonne partie de la population, comme déstructurées, désorganisées et responsables de l'explosion de violence qui a marqué la vie sociale brésilienne. Comme si la pathologie sociale était fondée sur la pauvreté, ce qui est une explication très simpliste. Je pense qu'un apprentissage de la différence est nécessaire, puisque cette comparaison avec la famille nucléaire apporte une impression de sous-culture de la pauvreté, qui est le fruit d'un jugement à partir du modèle idéal dominant. On assiste, de fait, au développement d'un modèle alternatif qui ne doit pas être jugé défavorablement. Cela ressemble à de la désorganisation, mais c'est une forme d'organisation, dans laquelle les standards familiaux sont généralement une solution. Dans la misère, c'est usuellement la famille qui garantit la survie. Le manque de tout est compensé par la complicité de la solidarité. Ignorer cette particularité de chaque classe sociale, de chaque groupe familial, peut conduire à des préjugés et au discrédit de la part du psychologue, et empêcher son accueil.

Je souhaiterais souligner qu'il ne s'agit pas de psychologiser nos actions, par le biais de vérités scientifiques qui totalisent et ne prennent pas en considération les croisements sociaux, historiques et institutionnels, mais bien de miser sur une autre clinique. Dans ce sens, je pense que la proposition de la psychologie dans le cadre du PSF doit accompagner un déplacement de l'université, qui doit accompagner ce processus et générer des connaissances qui soutiennent et réfléchissent sur ces nouvelles pratiques, misant sur la déconstruction des formes traditionnelles de clinique, toujours contaminées par la lecture naturaliste et privatisée de l'homme, et qui courent le risque de promouvoir une psychologisation de la vie et de la population. Cette autre réalité exige la construction de différentes actions et méthodologies qui présupposent des changements et des mouvements, et qui ne se peuvent se faire sans considération pour le propre état de la vie. ■

« Le psychologue doit être un inventeur de nouvelles pratiques, sans craindre la non orthodoxie. »

Vous pouvez retrouver la version longue de cet article sur le site de Pratiques.