



## Soirée inaugurale

L S

Cahors, le 29 juin 2017

L'idée de présenter les motifs de mon engagement pour l'ECART Lotois m'a immédiatement ramené en arrière, à mes débuts de psychologue dans un hôpital psychiatrique d'un département voisin.

J'ai le souvenir d'une scène qui s'est déroulée au cours d'une rencontre qui réunissait une équipe d'un service de psycho gériatrie. C'était au tout début des années 2000, et l'on entendait les frémissements de ce que l'on appelait la démarche qualité.

Cette réunion visait donc à lancer la démarche qualité et le "qualiticien maison", dans une présentation bien huilée, a décrit les grandes étapes du dispositif qui devait mener l'établissement à l'excellence.

Je n'ai pas su à l'époque comment comprendre l'absence de réaction de l'équipe à l'issue de l'exposé ; mais c'est sans doute le long silence qui l'a suivi qui m'a incité à poser la question suivante : "Ne pensez-vous pas que ce dispositif puisse être de nature à empêcher les initiatives originales ?"

La réponse "c'est une très bonne question" m'a été bien embarrassante, bien plus à mon idée que la suite qui ressemblait à quelque chose du type : "Les sociétés savantes valideront les projets écrits même les plus originaux s'ils ont un intérêt".

Le piège s'était soudainement refermé sur moi. En manifestant un intérêt qui n'était pas le mien, je venais de produire un effet que je n'attendais pas.

Il m'a fallu un temps pour que je comprenne que le contenu de ma question importait peu, bien moins en tout cas que ma décision de formuler une question qui venait donner soudainement de la consistance au processus qui ne cherchait qu'une étincelle pour se lancer. En un instant j'étais devenu un appui complice de la démarche qualité qui n'attendait qu'une telle initiative pour s'installer.

Nul doute que le silence eut été une réponse plus adroite.

Je crois qu'il y a quelque chose de commun à ce scénario dans l'esprit de la qualité tel que nous la rencontrons. La qualité œuvre dans l'instantané, dans la précipitation, dans l'adhésion immédiate en se passant d'une quelconque conviction. Le trajet intérieur qui fait la conviction est interdit car il menace l'objet même que l'on nous demande d'adopter. En cela la qualité se loge dans un court circuit ou plutôt dans un circuit si court qu'il empêche la pensée.

Inutile de vous dire que quelques semaines ont été nécessaires pour me défaire de ce qui s'était fait en un instant. A plusieurs reprises je suis passé pour un caractériel qui s'oppose à une évolution indispensable à la pérennité de l'établissement. On m'a même retourné : "le CHS tu l'aimes ou te le quittes."

Depuis lors, j'ai longtemps pensé que la solution d'ignorer la qualité allait ralentir et arrêter sa marche en avant. Mais force est de constater qu'il n'en est rien. Elle revient inlassablement par rajouts successifs qui n'en finissent pas de se superposer. Il en résulte un effet de saturation qui alourdit considérablement la charge mentale des soignants.

Il fut un temps où la colère et la plainte prenaient place, où les mots venaient qualifier ce mouvement lorsqu'il cherchait à s'imposer. Ce temps est sans doute passé aujourd'hui et le mal semble s'être banalisé ; si bien qu'il n'y a plus grand monde pour s'indigner devant l'ineptie des protocoles ou devant la violence d'un vocable porté par l'HAS lorsqu'elle parle de "patient traceur".

Tout semble se passer comme si le travail de sape poursuivait sa lente progression au point que la qualité vient se fondre aujourd'hui dans le quotidien des soignants. Et ce nouveau modèle ne reste pas sans effet sur la manière dont l'infirmier accueille le patient vulnérable.

Le quotidien de l'infirmier en unité de soin psychiatrique se résume désormais à saisir les actes, tracer, coder ou codifier, prendre en charge, transmettre de l'info, indiquer les référentiels ou référencer les indicateurs. L'infirmier en psychiatrie est aujourd'hui devenu un gestionnaire en tout genre. Il gère le dossier informatisé comme il gère des risques. Il évalue aussi le risque suicidaire quand il n'est pas éducateur thérapeutique ou conseiller santé. Enfin, il peut aussi apprendre au patient à gérer ses émotions, son stress ou la confiance en soi.

Ce rôle de l'infirmier en santé mentale subit une sévère mutation. Pris dans le discours managérial, il s'habille aujourd'hui du nom de « gestionnaire de cas ». Ce faisant, il participe aux réseaux, évalue les situations complexes, analyse les ressources existantes, définit l'intensité du soin requis, organise, coordonne, développe, motive. Rien de l'attention qu'il porte ou de l'accueil qu'il réserve à la parole singulière du patient n'est mis en évidence.

L'exemple des transmissions ciblées est assez édifiant à ce propos. Si vous connaissez les TC ou les trans, vous devez aussi connaître sa déclinaison, le DAR (encore un joli nom) pour Donnée-Action-Résultat. En deux mots, lorsque l'infirmier perçoit un problème chez le patient, il l'inscrit comme cible dans la case Donnée et y indexe son action qu'il évaluera dans l'espace

résultat. Le tout dans une codification standard préétablie.

Au-delà de la vertigineuse simplification qui constitue à mon sens une insulte à l'intelligence infirmière, essayez de trouver le plus petit interstice pour l'accueil d'une parole qui invite le dire du patient. Rien de tout cela n'est envisagé dans ce modèle. On s'en tient à l'action du soignant pour modifier l'autre car seule l'action est valorisée par un acte. Tout le reste n'est que littérature, et l'infirmier, s'il n'y est pas attentif, a toutes les raisons de s'y soustraire.

Les transmissions ciblées sont pour moi l'archétype de cette culture réductrice et normative qui rejette la complexité et la profondeur qui fait le sujet de l'inconscient. Trop difficile à aborder et à évaluer, incontrôlable et chronophage, ce modèle préfère éliminer l'inconscient de la même manière sans doute que le DSM a supprimé l'hystérie de sa classification. On va alors se limiter à l'explicite en écartant l'implicite, aux besoins repérés plutôt qu'aux désirs inconscients.

Je n'apprends à personne que sitôt après l'admission d'un patient dans une unité d'hospitalisation, il lui est demandé de signer un règlement intérieur qui va fixer un cadre à sa conduite. A peine plus tard il procèdera à la signature du contrat de soin auquel il devra se soumettre sous peine d'exclusion. Cette demande de consentement interroge car en plus de condamner le patient au contrat éclairé, au libre arbitre malgré l'épaisseur de la crise, elle l'assigne à un projet construit à partir des données objectives recueillies peu après son entrée. C'est ainsi qu'une aliénation en chasse une autre. A une aliénation "première" qui fait la vulnérabilité et peut être la pathologie du patient succède l'aliénation au projet quand ce n'est pas l'aliénation au soignant lui-même. Dans ce contexte, il y a fort à redouter que les médiations comme projets, tendant à se faire outils de management, en soient rendues à lier plutôt qu'à délier.

Le patient hospitalisé est pour ces raisons privé de l'inconscient. Il est condamné à dire vrai et ne doit pas en avoir derrière la tête. Il ne doit pas avoir d'arrière pensée qui pourrait le détourner du chemin qu'il s'est engagé à suivre.

Dès lors, on peut se demander quelle part de lui-même le patient hospitalisé doit-il sacrifier pour soulager ses tensions ?

L'installation de ce modèle m'inquiète car à la perte de boussole du soignant s'ajoute la dissolution de ce qu'il reste de noyau de résistance. J'ai la conviction que la qualité constitue une forme de violence devenue ordinaire faite à l'infirmier en ce qu'il se voit contraint d'écarter les restes invisibles. Mais ces restes que la qualité choisit d'ignorer ou de rejeter sont pourtant bien là, et ils viennent parfois, par bien des détours, frapper à notre porte pour nous redonner espoir.

Je pense ici à un moment fort beaucoup plus récent que celui qui a ouvert ma présentation puisqu'il s'est déroulé en septembre dernier, avec en guise de décors un groupe accueillant des personnes souffrant de dépendance à l'alcool, groupe que je co-anime avec une collègue infirmière du CMP. Sans entrer dans les détails, l'idée qui traduit l'esprit dans lequel nous évoluons est d'accueillir la

parole en évitant le conseil ou le jugement, en encourageant une mise au travail collective. Dans ce groupe on parle de bien des choses dont l'alcool. Aussi, peu de règles viennent baliser cet espace qui revient toutes les semaines une heure durant. Il nous arrive de les énoncer à l'occasion.

L'absentéisme est parfois important et l'implication n'est pas toujours au rendez-vous. Peu importe, aucun objectif de performance ne nous contraint. Et la file active est plus qu'honorable d'après les indicateurs maison. Notre chance est que le secteur de psychiatrie ne sait plus quoi proposer à l'alcoolique tant ce dernier n'en finit pas de décevoir en rechutant. Du coup, on nous fiche la paix. Quelle chance.

Vous aurez compris mon souci constant de protéger le dispositif du vent actuel dont l'effet serait à coup sûr de donner raison aux participants lorsqu'ils pensent qu'ils n'ont rien à faire à cet endroit.

J'en viens maintenant à cette scène qui s'est déroulée en deux temps. Le premier à l'occasion d'une réunion d'équipe d'où est partie une question anodine du médecin de l'hôpital de jour : "à quel moment un patient quitte le groupe ?" Sur l'instant je n'ai eu que cette réponse : "quand il se sent prêt...", réponse qui n'a pas semblé satisfaire le médecin, ce dernier renonçant pourtant à aller plus loin. Cette question, comme la réaction du médecin, m'a sévèrement contrarié ; suffisamment pour que j'envisage l'arrêt de ce groupe. Après tout, rien ne nous obligeait à maintenir ce temps qui nous entraîne parfois dans des moments inconfortables car l'ambiance n'y est pas toujours légère. Sans doute cette parole malheureuse venait-elle défier ce que nous nous attachions à défendre depuis plus de dix ans. J'en parle aussitôt à ma collègue coanimatrice qui, surprise par l'ampleur de mon mouvement d'humeur, n'a pas trop su comment se positionner mais a souscrit à ma demande de mettre prochainement un terme à ce groupe.

Quelques jours passent et arrive le moment de nous retrouver, c'est le second temps du scénario. Je reste avec cette idée d'un arrêt que nous convenons, ma collègue et moi, d'annoncer un peu plus tard dans la séance.

La surprise a été immédiate car, rarement dans l'histoire de ce groupe, la parole eut une telle portée. Rarement en effet nous avons atteint une telle circulation des échanges comme ce jour-là. L'engagement des participants n'avait à l'évidence jamais rencontré de mise au travail aussi soutenue ; et les silences profonds laissaient deviner une intériorité inhabituelle.

Et pour le coup j'étais bien mal à l'aise pour faire mon annonce ; si mal à l'aise que je me suis abstenu.

Doit-on ce changement au hasard ? Peut-être. Mais il faut reconnaître que la coïncidence est troublante. Je me sens cependant autorisé à faire l'hypothèse que quelque chose de nos doutes ou de nos intentions a été ressenti par anticipation, bien avant toute formulation. Avec pour conséquence que ce sont les participants eux-mêmes qui sont venus nous chercher alors que nous faisions fausse route. Et il est tout aussi troublant de constater que les participants se sont montrés plus assidus depuis.

Aussi, j'ai la conviction que donner du relief à nos rencontres redonne espoir. Les liens qui s'y tissent apparaissent bien plus puissants que dans la plupart des dispositifs qui reposent sur des règlements, contrats ou autres programmes de soin exigés par la qualité.

J'avais envie de reparler de la qualité parce que son silence actuel m'inquiète. J'avais envie de la rendre visible pour m'en dégager, comme un contre-pied à ce qui s'est passé il y a presque 17 ans, et afin de vous dire tout le « bien » que je pense d'elle.

Je n'insisterai pas plus longtemps pour souligner combien il me semble important d'offrir aux établissements ces petites tranches de vie, ces petits récits qui font consister nos rencontres. Eclairons les établissements de la complexité de nos rencontres. Même si aujourd'hui ils n'en veulent pas, ce n'est que plus tard qu'ils nous remercieront.

Je ne me résous pas à l'idée d'abandonner les espaces dévolus à l'accueil de la souffrance et de la folie aux gestionnaires de tous bords, comme je n'accepte pas son corolaire, cette pente actuelle qui affaiblit nos dispositions à accueillir l'autre.

Car je crois qu'il y a une impérieuse nécessité et sans doute une grande urgence à revenir vers l'autre.