

Je suis médecin addictologue en Lot et Garonne.

Je commencerai par un petit point de contexte, voilà la situation récente de notre institution :

- Nous n'avons pas de secrétaire,
- Nous avons perdu le financement d'un temps plein d'éducateur spécialisé du jour au lendemain
- Nous avons nos locaux dans une maison de santé, ce qui permet la non-discrimination des patients que nous accueillons, mais nous sommes 4 professionnels pour 3 bureaux, et à temps partiels : nous faisons du Tetris avec les bureaux, et c'est un argument pour ne pas embaucher les professionnels dont nous avons besoin. Nous sommes 4 professionnels (Psy, IDE, ES, Médecin) pour environ 2,6 ETP, pour une file active d'environ 400 patients... Nous devons déménager depuis environ 4 ans...
- Nous avons, face à la forte demande mais aussi avec le désir d'une clinique d'accueil particulière, mis en place, une consultation sans rdv qui accueille 30 patients sur 4 heures et ce, du fait de nos locaux, dans une écurie très peu chauffée, « sur la paille ».
- Nous avons été hackés récemment, et nous n'avons pas eu de mails ni de partage de planning pendant 3 mois. Malgré le fait que notre association est une grosse entreprise sociale, ma collègue infirmière n'a pas d'ordinateur fonctionnel depuis novembre 2024. Mais c'est l'aboutissement de problèmes récurrents au niveau informatique et l'absence fréquente d'internet...
- Notre psychologue est en arrêt pour une longue durée, et cela fait 2 mois et demi que nous attendons une remplaçante.
- Un nouveau directeur est arrivé il y a 6 mois, c'est un ancien éducateur et nous sentons la différence au niveau de la compréhension/écoute. Mais avant, les directeurs n'avaient aucune expérience de terrain.

Dans un contexte où les moyens manquent, mais aussi où l'institution est organisée comme une entreprise dirigée par des managers dont l'objectif est d'« optimiser » et de rendre « efficace » sur le plan de la rentabilité, comment tenir ? Tenir alors même que l'institution ne nous tient pas ? Comment tenir lorsque l'institution ne joue pas son rôle de « holding », ou plutôt comment soutenir les personnes que nous accueillons lorsque l'institution ne joue pas son rôle de « holding du holding », expression que j'emprunte au psychiatre psychanalyste Claude Allione. Comment soutenir notre désir alors qu'on est souvent, à l'image de nos patients, précaires, débordés, dépendants (d'un emploi du temps, de dossiers, de téléphone, d'ordinateurs...) de choses de base qui ne nous permettent pas de faire le cœur de notre métier. Et continuer cela... sans tomber malade...

En premier, c'est la rencontre, ce sont les patients et la clinique qu'ils nous apportent. Je suis toujours émerveillée par les récits, les ressources, les élans de vie au milieu des pulsions de mort importantes lorsqu'il s'agit d'addictologie. Ils viennent nous chercher, nous questionner, éveiller notre curiosité, nous épater parfois, nous faire peur aussi, nous empêcher de dormir... Et tout cela même si, souvent et sans être pessimiste mais réaliste, cela se finit rarement bien. Sans faire trop de

clichés, un grand nombre de nos patients meurent prématurément, sont en prison, dans la rue, ont vécu des traumatismes graves, des ruptures, des maltraitances, à l'origine de leur comportement et de leurs souffrances. Et toutefois, trouver ensemble des fils qui les rendent plus vivants est passionnant, même si la fin est rarement joyeuse. On me demande souvent, « mais tu arrives souvent à les guérir ? » Il faut réfléchir à ce que le patient ou la patiente a envie de guérir, à l'endroit où il ou elle souhaite apaiser sa souffrance. Et ce n'est pas toujours l'addiction. L'important est de tenir vivant, de se tenir vivant, « tant qu'on n'est pas mort, y'a de l'espoir ».

Travailler sur son propre transfert, sur « l'illusion fondamentale » essentielle de soigner, guérir, accompagner... Ce à quoi nous tenons (Qu'est-ce qu'on fait là ? Tenir, c'est aussi tenir à soigner, à guérir, à accompagner) est aussi passionnant, et continue, après plus de 20 ans de travail, de me faire découvrir des choses sur ma manière de travailler et sur mon désir. Le GAP de l'équipe et la supervision individuelle sont pour cette raison, à mon sens, indispensables, et un temps de mise au travail essentiel pour ne pas faire trop subir aux personnes que nous accueillons nos propres failles et travers, amour et haine, mais aussi notre sentiment parfois - surtout en addictologie - du « devoir tenir », travailler sur le fantasme qui prend parfois le pas sur le désir, et donc devenir nous même sans limite.

Pour cette raison, car j'ai eu un GAP tous les mois depuis 2004, voire deux par mois, et cela m'a vraiment aidée, je me suis formée récemment pour être moi-même intervenante auprès des équipes dans ce cadre. C'est un espace d'échanges cliniques et de pensées réflexives précieux. Je ne sais pas comment font les équipes pour travailler sans cet espace. Et il me semble que c'est aussi un choix politique que de ne pas le proposer aux équipes ou à l'inverse de le rendre obligatoire.

La deuxième chose est l'équipe. L'institution transforme progressivement les réunions d'équipe clinique en réunions de transmissions d'informations (c'est comme cela qu'elles se nomment à l'hôpital). Et elles se font de plus en plus rares... Nous sommes tellement pris dans les urgences de notre travail auprès des patients que nous négligeons parfois ces temps. Dans notre service, nous avons une réunion mensuelle de 3 h et un GAP mensuel de 2 h (je rappelle que nous avons une file active de 400 personnes), ce qui est nettement insuffisant, et nous sommes nous-même parfois responsables de favoriser les rdv face à la demande et de rogner sur ces temps, de favoriser le face à face avec nos patients pour éviter peut être de trop interroger cette rencontre. Mais nous tentons de ne pas négliger la clinique, celle que chacun de nous apporte avec son regard propre pour tenter de faire une peinture collective et « donner du sens » à la rencontre. L'institution, pressurisée qu'elle est, tente perpétuellement de rogner du temps collectif, du temps de réflexion, du temps d'élaboration, du temps de délibération. Comme le dit G.H Melenotte : « La délibération est un acte collectif de réflexion sur la singularité du cas. Elle mène non pas à l'adoption d'une conduite à tenir adéquate (ou un protocole) mais mobilise le savoir-faire de l'ensemble des acteurs de soins le mieux adapté à la complexité du cas ». En d'autres termes, c'est la pensée, la réflexion, la recherche, le questionnement en équipe et pour chaque professionnel, qui permet de créer du neuf, d'imaginer et proposer un soutien/soin adapté à chaque subjectivité, pour en faire une richesse pour l'accompagnement.

Hannah Arendt disait : « Le seul fait de penser est en lui-même une entreprise très dangereuse (...) mais ne pas réfléchir est encore plus dangereux ».

Pour résister à la pression institutionnelle du nombre d'actes, il faut tenir ces espaces de pensées et de réflexion, ces espaces qui ne sont ni comptabilisables, ni « efficaces », qui peuvent être pensés par le manager comme une « perte de temps ».

Ces espace-temps de pensées peuvent être nourris par des lectures, des films, des musées, des groupes de réflexions, par l'humour, le rire, et cela permet de ne pas tourner en rond, d'éviter d'être nous-même dans une jouissance de la plainte qui parfois envahit les équipes.

Notre directeur général nous disait récemment qu'il fallait se restreindre, ne pas en vouloir plus. C'est à dire faire des consultations, recevoir des gens, et ne pas avoir tellement plus de désir (c'est l'usine et les patients deviennent des pointeuses). Au milieu de cette « pulsation de base » comme le dit J. Rouzel, importante dans la quotidienneté, il s'agit d'ajouter un peu de couleurs malgré l'absence de moyens.

Nous organisons, ainsi, dehors, accrochée aux arbres dans le vent, une exposition des œuvres de notre atelier d'art, nous nourrissons notre groupe de parole pour les femmes de références culturelles, littéraires, cinématographiques, et récemment nous avons le projet de monter l'« Alice au pays des merveilles de l'addiction ». Ainsi, la création, l'imaginaire permettent de sublimer, de colorer le quotidien, pour nous comme pour les patients.

Finalement, nous tentons de créer des « contre-espaces », les hétérotopies de M. Foucault, qui permettent de compenser, de purifier, parfois de neutraliser les espaces non contestables/contextes et trop protocolisés. Ainsi, comme le dit J. Cabassut, si l'institution nécessite un lieu réel, une implantation concrète, des murs solides, une architecture qui assurent la stabilité de son fonctionnement, « il faut aussi l'alimenter d'une utopie/uchronie, d'un rêve voire d'un fantasme propre à cette communauté d'hommes et de femmes qui ont accepté la mission impossible, au sens freudien, de leur métier de travailleur social » et médico-social.

Ainsi, créer l'espace et le temps de la parole, soutenir la valeur du conflit comme les athéniens (différent de l'affrontement), créer de la pensée pour nos patients. Je cite P. Quinard : « Penser, c'est renifler la chose neuve qui surgit dans l'air qui entoure ». Nous retrouvons la respiration qui se niche entre le temps de pensée et l'espace de tenir. Dans cette respiration, et non contre vents et marées, nous pouvons créer, fonder ce qui nous porte.

Pour finir, il s'agit pour les professionnels de différencier, le sentiment d'impuissance et donc d'échec dans lequel l'institution et les patients nous mettent, de l'impossible. C'est à dire ressentir, appréhender, se cogner parfois aux limites de notre métier impossible pour pouvoir évoluer, élargir, créer, imaginer avec cette limite et ne perdre ni le sens de ce que l'on fait, ni le désir d'y être, et donc continuer de s'y tenir.