

# Repérer l'impossible : une condition fertile au champ de la clinique

Qu'est-ce qui fait qu'on tient ? Acte II - Avril 2025

Damien GAROSTE

Situons le propos. Je suis psychiatre, hospitalier jusque l'an dernier.

J'ai commencé par travailler quelques années dans le service de psychiatrie carcérale du CH Marchant à Toulouse. Un déménagement m'a conduit à demander une mutation au CH de Montauban. Les quelques années passées en service d'admission (UHSA) et au SMPR (arrêt des soins sans préavis : transfert, levée d'écrou) m'avaient donné l'envie de trouver ou retrouver un lieu d'accompagnement dans le temps long avec un certain goût pour les patients dits difficiles, les « bâtisseurs de pratique ».

J'y suis arrivé au début du Covid, que chacun reconnaîtra peut-être comme l'ultime déflagration alors qu'une pichenette aurait suffi à faire tomber l'hôpital public. J'y ai repris la responsabilité d'un service délaissé appelé unité Voisin. Une sorte d'unité de suite, voie de garage, impasse, verrou au milieu de l'hôpital pour des patients relevant de psychoses infantiles ou autisme sévère, des patients dit déficitaires.

J'y ai vu l'opportunité, puisque la commande était celle de la réécriture du projet de soin en vue du déménagement des locaux reconnus impropres aux soins (pas d'accès aux chambres en journée, unique espace indifférencié au RDC...), d'y déployer une pratique, dans l'angle mort des commandes de notre temps puisque personne ne voulait s'occuper de ces patients peu reluisants qui par ailleurs relevaient plus du gardiennage que du soin à entendre les commentaires d'entre deux portes. J'y connaissais en outre le psychologue, la collaboration m'intéressait.

Et puis un Hôpital de Jour dont une psychiatre venait de laisser la responsabilité. Reçu par la cheffe de pôle de l'époque, je suis informé que le temps médical convenu pour ce type de lieu est de 10%. Je décline la proposition sous cette forme. Comment participer à infuser le sens d'une pratique avec une demi-journée/semaine.

Voilà une première condition, occasion d'une première conflictualisation qui aurait bien pu être saine. Comment investir un espace sans l'associer au temps indissociable ? Où situer la pensée et le discours sans l'espace-temps ? Discussion faisant, on ne comprend pas bien ce que je pourrais y faire si j'y allais plus mais enfin on accepte que je m'organise un peu à ma façon. J'y instaure 30%. Trois demi-journées, ce n'est pas le Pérou mais il faut bien s'indiquer du compromis pour travailler ensemble et surtout pour faire avec l'air du temps. Entendons bien que le discours dont la cheffe de pôle se fait le relai n'est pas que le sien. La difficulté est qu'il convoque la réalité des sous-effectifs autant que le sens clinique qui n'en demandait pas tant pour être recouvert. Il y a bien quelque chose qui ne dit pas son nom derrière ce renoncement.

Je suis fléché à côté sur une consultation dans un CMP de périphérie.

Condensons les 3 années qui ont suivies. Une grosse quinzaine de psychiatres quitte l'hôpital. Nous étions 7 sur le secteur à mon arrivée, nous ne sommes plus que 2. Chacun au moment du départ pointe plus ou moins la fameuse perte de sens (il y aurait beaucoup à dire là-dessus, de qui doit-on attendre qu'il vienne ?) et la dégradation des conditions de travail.

De mon côté, à Voisin, écriture d'un projet, puis réécriture d'un projet simplifié à mon initiative devant l'absence de réponse de l'ARS et de la direction. Toujours aucune réponse. Je passe sur les témoignages à la direction pendant 2,5 ans (postes non remplacés, absence de démarche de recrutement, blessures graves liées à des aberrations alimentaires...).

A défaut de pouvoir y être psychiatre, je peux au moins témoigner.

Après 2,5 ans, le collectif de psychiatres se mobilise enfin. Tous acceptent d'être signataires d'un courrier établissant qu'en l'état, aucun psychiatre de l'établissement ne peut assumer la responsabilité d'une telle unité. Que M. Garoste se retire. Un mail de la direction prend acte et s'indigne de l'abandon des patients et des équipes par le Dr Garoste. En l'absence de responsable médical, la loi désigne le directeur d'établissement. Six mois plus tard le bâtiment ferme. Les patients sont redirigés vers une unité préparée à cet effet. On s'indigne de mon lâchage alors qu'une solution allait justement être trouvée. « Enfin M. Garoste, dans chaque métier il y a des choses agréables d'autres moins, on vous demande de faire votre part. »

Tout ça n'est pas sans violence, mais enfin, à se soutenir de la tentative de marcher sur le fil d'une éthique, on s'y retrouve. Et puis pour tenir, il y a l'hôpital de jour. Le plaisir d'y retrouver sanctuarisé le temps de la réunion du mercredi. Le temps des entretiens avec les patients le lundi matin, couplé à un temps d'atelier. Et le temps des rendez-vous préalables aux admissions. Mais nous sommes rattrapés. « On n'a plus le temps, il faut se concentrer sur l'essentiel », intimait l'un d'entre nous devant les resserrements angoissants des possibilités d'accueil. Je pourrais souscrire à cet appel sous les drapeaux de la mission de service public s'il n'engageait tout le rapport au sacrifice dont il faut se méfier je crois au plus haut degré. Ses effets sont ravageant, tant pour la population accueillie que pour la population soignante. Je pourrais y souscrire, à condition de se mettre d'accord sur ce qui constitue l'essentiel. Il s'agit bien dans cette formule (nous avions le contexte) de raboter tout ce qui se voit frappé de l'insigne de l'inutile. Tout ce qui constitue du temps hors consultation.

J'emprunterai une formule à quelqu'un qui a constitué une rencontre professionnelle et un point d'appui dans mon parcours. Le Dr Martine Girard, pour la paraphraser, demande si un chirurgien opérerait sans s'être préalablement lavé les mains. La réunion clinique procède de la même nécessité d'asepsie. Mais une formule se suffisant rarement à elle-même, il faudrait préciser qu'il ne suffit pas que la réunion se tienne pour qu'elle opère. Et même, elle peut bien être le lieu de sa propre disqualification si elle n'est pas habitée d'autre chose que d'un héritage vestigial dont on ne sait plus bien ce qu'il est censé permettre au-delà d'être ensemble. Les héritages vestigiaux qui se discréditent d'eux-mêmes à n'être plus que les coquilles vides d'un passé plus ou moins repéré/fantasmé de psychothérapie institutionnelle, l'hôpital en est farci.

Nous ne perdrons pas de temps à décrire ces bâtiments dédiés aux ateliers médiatisés, déconnectés des services de séjour, déconnectés de ce qu'ils sont censés produire de la rencontre qui se voit être sous-traitée. Et paf. Mais ce n'est pas le propos. Revenons à nos moutons.

Après 3 années donc, et tous ces départs, un choix est à faire (du côté médical qui aurait gagné à se constituer de l'accrétion d'autres corps de cliniciens, puisque du côté des directions, la dialectisation n'est pas une option à ce moment-là). Maintenir la mission de service public coûte que coûte, ou résister et témoigner quand le niveau de dégradation de la pratique n'est plus acceptable. Tenir les murs coûte que coûte au prix de l'écartèlement du sens du travail (celui qui fait partir justement), ou tenir ce que l'on peut et lever le voile sur ce qui ne tient plus. Question rencontrée à maintes reprises ces dernières années.

Cela s'illustre aussi basiquement que ce qui s'est déroulé sur les 3 années passées à Montauban. Le mot d'ordre : ceux qui restent compensent les départs. Il m'a donc été demandé au dernier terme par le chef de pôle nouvellement nommé, de diminuer mon temps à l'hôpital de jour « parce qu'on n'a plus le temps de rester assis », et de répartir mon temps sur 5 services en plus les urgences sinistrées, au pied levé. Comme d'autres avaient accepté de le faire. A être adossé à une pratique soutenue d'une théorie, on nomme une limite qui n'est plus seulement personnelle. J'ai indiqué que je ne savais pas le faire. J'ai été sommé de répondre à ces nouvelles affectations sous peine de sanctions disciplinaires. Non pas pour refus d'affectation, mais pour avoir quitté le service Voisin quelques mois plus tôt. J'ai indiqué mon intention de démission sous ces conditions. On m'a indiqué que les sanctions seraient également effectives si je décidais de partir. J'ai obtenu non sans mal un rendez-vous avec le directeur qui a levé tout motif de sanction et s'est à moitié dédit dans le mail suivant. Je suis parti.

Prenons ce qui vient d'être dit pour la transition à ce que j'avais envie de dire aujourd'hui. N'y allons pas par 4 chemins. Il n'y a pas dans l'histoire récente d'équivalent d'un tel appauvrissement de la pensée clinique, soutenu de manière si directe par les effets du discours managérial que l'on pourra dire issu du néolibéralisme économique.

Soit.

Pourtant l'institution n'a pas attendu cet air du temps pour être le lieu de tous les empêchements. Si nous parlons d'un public accueilli dans ces dites institutions parce qu'il ne tient pas ailleurs, pour ce qui concerne ma pratique, des patients psychotiques, il y a déjà là toutes les coordonnées de la question posée par cette journée « Qu'est ce qui fait qu'on tient ? ».

Et s'y mettre à plusieurs pour accueillir la folie, condition nécessaire, n'est pas pour simplifier l'équation. L'institution est le lieu de tous les masochismes, de toutes les projections imaginaires. Et le terrain ne cesse de refaire la même démonstration. On nous empêche de travailler. Le coupable, le discours managérial pour le rassembler sous cette formule, d'autres seraient peut-être plus opportunes, est tout trouvé.

Vous aurez compris avec le parcours que j'ai repris il y a quelques instants qu'il ne s'agit pas de ne pas le reconnaître à sa juste place d'hostilité à une parole qui se revendique d'une certaine approche clinique. Au contraire, il s'agit de le repérer, quelle que soit la forme qu'il prend, pour le circonscrire. Nous avons à redoubler de vigilance pour ne pas lui faire porter ce dont il serait si facile, si évident de le charger.

Il y a un temps, un espace pour porter cette parole politique. Je ne crois pas qu'il soit à prendre sur le temps au travail. Le péril est trop grand à divertir l'enjeux des empêchements du quotidien. Et la rigueur, trop précieuse, à faire des empêchements des questions cliniques, issues de ce que ça fait et ça nous fait de supporter la psychose. Les contraintes extérieures seraient plus envahissantes encore, nous aurions à redoubler de rigueur à discriminer les nouveaux impossibles des effets de la pratique en institution.

Identifier, repérer l'impossible pour le circonscrire, sortir du faisceau de la jouissance, et ouvrir le champ des possibles. Je ne connais qu'une seule parade permettant ce maniement : la rigueur de l'approche clinique, pour ma part adossée à la psychanalyse. Voilà ce dont je peux témoigner. Voilà la condition pour que parfois sortent des réunions cliniques des hypothèses de travail qui produiront, par réversement dans la pratique, des effets permettant d'allier à l'endurance nécessaire

face aux symptômes et effets de structure, un plaisir à penser et à assister aux effets de pacification des liens et d'émergence d'une voix propre au sujet. Ça ça fait tenir.

Mais osons le dire autrement. Car à tenir, il y a un effet entendu de tension permanente. Je dirais alors plutôt que ça fait venir au travail. Un peu content.

Pour terminer, 2 exemples :

A prendre le temps d'une dispo, j'ai pu remplacer de-ci de-là, et finalement poser une carte de visite sur le coin du bureau du directeur de Lou Camin. Ils m'ont accueilli, et en connaissance de cause ceux-là.

Je situe les exemples dans le quotidien récent de la pratique dans ce service.

Structure de 30 lits qui accueille des patients psychotiques.

Nous constatons que le temps de plonge après le repas, historiquement considéré comme temps thérapeutique a peu à peu glissé. Ça arrive. On ne sait plus exactement quels soignants doivent y être. De sorte qu'une ASL seule fait la vaisselle. Des patients s'affairent aussi à la tâche. Alors comment démarre la réunion de fonctionnement clinique ?

« Il faudrait remettre des soignants dans la boucle, infirmiers ou éducateurs.  
- Combien, un ou deux ?  
- Mais l'espace est exigu, et puis s'ils n'y sont pas c'est qu'ils sont occupés ailleurs  
- Oui mais ça se faisait avant.  
- C'est du travail en plus. Les IDE s'occupent des traitements à cette heure-là, et puis est-ce que c'est vraiment à eux de le faire ?  
- C'est plutôt un boulot d'éduc.  
- Faudrait voir les plannings.  
- Ça va coincer à mon avis... »

La voilà la belle mécanique à l'œuvre en un tournemain. Une équipe rodée, pourtant avertie attrape la question par le bout de la contrainte. Comme nous aurions été tenté de l'attraper par le bout de la faute, à ne plus y être, passant à côté des effets d'inertie contagieux de la psychose. Ce n'est jamais gagné l'institution.

L'issue a consisté à revenir à la question de départ et à la reformuler. Il ne s'agissait plus de se demander comment réinvestir ce temps mais pourquoi. Le sens s'était manifestement perdu en route.

Le postulat de départ peut-il être interrogé ? Celui du « C'est thérapeutique ». D'accord mais pourquoi. Il s'agit peut-être d'un levier, d'une opportunité comme le quotidien peut en présenter. Quand on a mangé, la vaisselle est sale. Nul besoin d'en imposer le nettoyage. C'est à faire, voilà tout.

Souhaitons-nous rehausser ce temps à une valeur thérapeutique ? Alors il conviendrait d'organiser une présence soignante.

Nous voilà arrivés à la même question, mais elle s'est chargée en route d'un sens assorti d'un désir d'y être (ça aussi c'est contagieux), et à la responsabilité de l'institution de le faire vivre. Et pourquoi les ASL ne peuvent-elle pas y être ? Elles qui viennent aux réunions. Et les voilà, chemin faisant, autorisées de toute une institution non seulement à y être mais à venir en témoigner lors des réunions cliniques. Nous avions dissipé l'impossible.

Autre exemple :

Je découvre le staff du vendredi comme lieu de traitement des commandes extérieures qui, si elles étaient prises au pied de la lettre, rendraient la tâche impossible (enquête de satisfaction et autres indicateurs de qualité liés à la certification). Il s'agit de trouver par quel bout les prendre pour en faire des opportunités de mise au travail.

C'est un lieu de reformulation, donc de structuration de notre pratique, de compromis parfois mais pas de compromission.

Il apparaît à chacun que l'enquête de satisfaction dans un service de psychiatrie (pas seulement) revêt une part d'absurde. Pourtant comme le dit notre directeur, il n'est pas inintéressant qu'un regard extérieur, la HAS en l'occurrence, se pose sur les pratiques. Dans ce temps, maugréer ne suffit pas, il faut s'expliquer. Ça dépassionne les questions. Et ça préserve l'étoffe de la pensée, hors la plainte, en regard des demandes algorithmiques binaires.