

1^{er} décembre 2017 – « Ne vous inquiétez pas, c'est rien »

Marc Turpyn

- On sait que la réorganisation de l'hôpital ne s'est pas installée toute seule ; c'est le résultat d'une politique décidée, soutenue par un discours très construit, une politique qui s'est progressivement armée de textes législatifs (la loi Lolf, la RGPP, La loi HPST...) et qui s'appuie sur des techniques de management.

De fait, depuis plus de dix ans, l'installation de ce nouveau paradigme médico-gestionnaire a dépassé tout ce que nous pressentions et craignons déjà.

La transformation de l'hôpital en entreprise a entraîné un nombre impressionnant de nouvelles dispositions qui transforment progressivement l'accueil des services publics en prestations de service.

Citons en quelques-unes, rapidement c'est aujourd'hui assez clair pour tout le monde :

- L'installation d'une culture de la performance et du résultat (Eric Delassus nous parlera de cette question), adossée à l'accréditation, l'évaluation et l'individualisation des compétences.
- L'apparition d'un discours d'expert produisant et imposant au nom d'un consensus des « recommandations » de bonnes pratiques, des procédures et des protocoles de soin. (par ex. espace éthique)
- La définition de spécialisations visant des populations de personne pré-identifiées, entrées dans des catégories et supposées identiques à l'intérieur de ces catégories (DSM et CIM 10). Cette catégorisation a pour pendant une normalisation des pratiques.
- La disparition de toute référence à la subjectivité et au transfert dans une approche où la parole et ses incertitudes font place à une technicisation des soins ; l'hôpital/entreprise est une entreprise de dé-subjectivation.
- La mise en cause de la confidentialité (« secret partagé et DPI)
- L'installation des personnels dans la précarité et l'insécurité par la mise en place de tout un appareillage gestionnaire (benchmark par exemple).

Le développement des outils informatiques est à cet égard assez redoutable :

- . Ils assurent la promotion d'un chiffrage statistique qui confère une allure scientifique à une approche indigente de la psychopathologie.
- . Ils donnent aux administrations la possibilité de multiplier les systèmes de gestion et de contrôle.
- . Ils donnent aux politiques l'illusion de maîtriser l'action publique sans avoir à se préoccuper de ce qui se passe sur le terrain,

On peut ainsi affirmer aujourd'hui que cette bataille, qui soulève des questions cliniques et éthiques mais aussi démocratiques, est perdue, et certainement durablement.

Mais l'histoire ne s'arrête pas là :

- d'une part les conséquences de cette politique n'ont pas fini de se faire sentir. Ce système avance inexorablement mais on ne voit pas bien où se trouve sa limite. C'est un désastre programmé pour l'hôpital et la psychiatrie.

Il génère une souffrance au travail et une démobilité des soignants qui, couplés au manque de moyens et à une approche adaptative réduite aux comportements, se traduisent de plus en plus par une maltraitance des patients.

- D'autre part cette évolution interroge notre responsabilité collective. Si cette politique ne s'est pas installée toute seule, c'est également qu'il lui a fallu le consentement d'un nombre conséquent d'acteurs du soin pour s'implanter et aujourd'hui pour fonctionner. Sans eux, rien n'aurait pu se faire et, au présent, rien ne peut se faire.
- Depuis 10 ans, nous avons souvent entendu la phrase: « Ne vous inquiétez pas, c'est rien »... Cette phrase cherche à rassurer. Elle invite à ne pas s'interroger, à laisser faire, à laisser libre cours au conformisme qui sommeille en chacun.

Elle a parfois été accompagnée de : « cela ne va rien changer *pour vous* », incitant aussi à se désolidariser des autres.

On a entendu pas mal d'autres invitations de ce genre, et il faut le souligner, de tous bords, y compris au sein des services et au sein de notre profession. Par exemple :

- « Ce n'est pas nouveau, ce n'est pas une découverte, cela existe déjà ». Pas de quoi donc en faire un fromage.
- ou bien : « de toute façon on n'a pas le choix, c'est inévitable ».
- ou bien: « on n'a pas de temps pour cela »,
- parfois aussi : « le meilleur moyen de résister, c'est encore de ne rien faire ». Cela pourrait donner consistance à... ce qui s'impose pourtant déjà partout.
- ou bien encore, plus convaincu : « Vos inquiétudes, vos objections, c'est du fantasme »

Bref, il y a à l'évidence beaucoup de raisons de ne pas s'occuper de tout cela.

Si je fais à titre personnel le compte de ce à quoi j'ai dû accepter de me plier depuis ces dix années, certes avec mauvaise volonté, c'est un constat assez déprimant et décourageant. Il s'est avéré bien difficile de ne pas progressivement composer avec toutes ces nouveautés.

La question qui se pose est celle de savoir comment résister. Car la résistance est possible. Elle est possible en dehors d'une simple logique d'affrontement ou de refus. Il convient déjà pour cela de rester en éveil avec cette idée que « l'exigence éthique ne se délègue pas », comme le fait remarquer Frédéric Gros (« Désobéir », Albin Michel, Flammarion).

Nous en avons fait l'expérience, le seul fait de tisser des liens, de réfléchir ensemble, de débattre, de tenter de déconstruire la novlangue de cette « gouvernance », les confusions qu'elle crée ou entretient, est un acte de résistance. D'autant plus que la réflexion collective est fortement impactée par ce système qui favorise sans cesse l'individualisme et la concurrence.

Les modalités de résistance dépendent sans doute de nombreux paramètres :

- de la diversité des contextes, des lieux d'exercice, de nos partenaires (médecins, personnels soignants et administratifs). Il y a quelque chose à inventer en fonction de ce qui se présente à chacun localement à un moment donné.
 - Ces modalités de résistance dépendent peut-être aussi de la lecture que l'on fait de cette politique néolibérale et de ses effets anthropologiques (Christian Laval nous en parlera sans doute), de la façon dont elle s'applique aux services publics, de la façon dont elle impacte la clinique et son éthique. D'où l'importance des lectures croisées qu'a permis pour nous l'existence de l'Inter-collèges.
- Mes collègues m'ont proposé de témoigner rapidement ici de ce que nous essayons de faire dans le cadre de notre établissement du Centre Hospitalier Théophile Roussel.

A Montesson, nous avons fait le choix d'entamer un dialogue avec la direction, afin de tenter de croiser le discours de gestion dominant, et ce qui conditionne notre exercice professionnel. Nous avons depuis deux ans invité le nouveau directeur de l'établissement à venir nous rencontrer régulièrement dans le cadre de nos réunions du collège et il se trouve qu'il a accepté.

Nous avons également mis en place et nous organisons, avec le Département d'Information Médical (DIM) dans un 1^{er} temps et maintenant avec des médecins et des soignants, des journées annuelles intitulées « Dialogue de soignants », autour de thèmes comme « La confidentialité », « Les écrits dans le Dossier Patient Informatisé (DPI) », ou encore « La gestion des risques ».

Nous n'avons pas cherché jusqu'à présent à entrer dans les instances décisionnelles de l'hôpital qui sont des lieux peu propices au débat car occupés le plus souvent à la mise en œuvre des résolutions et demandes de l'ARS. Nous nous sommes plutôt placés dans la perspective de trouver des espaces de délibération, d'occuper davantage le terrain, de donner plus de visibilité aux psychologues, souvent considérés par les administratifs comme des « électrons libres ».

L'esprit de cette démarche est de prendre langue avec nos partenaires hospitaliers, de voir si l'on peut trouver des points d'ouverture par rapport aux questions que soulèvent nos pratiques cliniques et institutionnelles. Il s'agit aussi de voir si certains font encore quelque

place au doute. Quels sont ceux qui n'adhèrent pas à ce système et qui s'autorisent à prendre avec quelque distance les directives qu'ils reçoivent?

C'est évidemment un pari et nous ne savons pas où cela peut nous mener.

Mais nous avons quelques repères, nous pouvons en débattre, pour nous orienter dans cette démarche.

Le discours qui sous-tend ce nouveau système s'appuie sur la conviction que le soin et la clinique peuvent pleinement atteindre leur objet. Comme nous le disait il y a deux ans une responsable de la DGOS qui nous avait médusés : « Le colloque singulier, c'est fini, on a maintenant des techniques qui marchent ». Elle nous a fait comprendre ce jour-là que la clinique était pour elle une question réglée et qu'il n'y avait plus de place pour un sujet qui serait effet de sa parole, plus de place pour la dimension de l'acte telle que le conçoit la psychanalyse.

Ce propos brutal et triomphant prônant le passage de la clinique à la technique a fortement résonné pour ma part avec une question que soulignait Franck Chaumon il y a déjà quelques années dans un article intitulé « Au commencement (du politique) était l'acte » (« Psychanalyse : vers une mise en ordre ? », La dispute). Si gouverner, éduquer et soigner ne sont plus des métiers impossibles au sens où Freud l'a formulé, « c'est-à-dire, précise-t-il, si l'hypothèse d'un traitement par la science peut se soutenir, il s'en déduit un autre rapport à la pratique dans lequel la part du sujet est seconde, voire rejetée ».

Précisons qu'à cet égard notre profession est divisée malgré l'unicité de son titre puisque les approches psychologiques qui sortent du cadre de la singularité de chaque cas avec l'ambition de généraliser leurs résultats participent de cette écriture « scientifique » dé-subjectivante. Cette question est déterminante de la conception de nos interventions et de ce qui en est attendu. C'est là qu'opère l'instrumentalisation des pratiques à des fins de normalisation des conduites et de rectification de ce qui, justement, *marche* de travers dans le lien social et que Freud a appelé « malaise dans la civilisation ».

C'est aussi cette croyance en une réponse technoscientifique qui permet au nouveau management une certaine déconnection de l'organisation du travail par rapport aux activités cliniques et soignantes, en ignorant tant les difficultés et impossibilités qui leur sont inhérentes que les conditions nécessaires à les rendre praticables. Ce déni du réel du travail contribue à faire peser davantage sur les différents protagonistes ce qu'ils ont déjà à supporter. Si cela ne tourne pas rond, il faut bien trouver des responsables...

Cela peut nous donner une idée assez consistante de ce que nous avons à soutenir. D'une part nos actions sont par construction vulnérables, incertaines, non garanties. D'autre part aucun acte clinique ne saurait s'accomplir au nom d'une obéissance à des réponses prédéterminées. Cet acte est inséparable de l'expérience, fondamentalement ouvert au risque de la rencontre et à l'imprévisibilité d'une parole singulière. Il est par conséquent impossible à anticiper. Il en résulte que le clinicien ne peut en répondre que dans l'après-coup. De ce point de vue, témoigner de sa pratique est aussi une façon de résister.