

Réappropriation de l'outil, et si c'était le retour à la raison.

Les hospitaliers ont retrouvé les soutes tandis que les autres ont retrouvé le pont ensoleillé. Mais les soignants accepteront-ils sans broncher de retourner dans les soutes ? Généralement c'est le genre de situation qui amène à des révoltes. Il est difficile de retourner à l'obscurité sans broncher¹.

En ce moment tous les jeudis à l'hôpital est organisé une marche entre les urgences et l'entrée principale de l'hôpital, de plus en plus de gens de la population viennent nous y rejoindre.

Ceci dit, si révolte il devait y avoir, elle ne viendrait pas directement du collectif CIH qui ne voit que par le petit bout de l'ONDAM. C'est un peu désespérant car comme le souligne Dominique Folscheid apporter de l'argent sera vite absorbé par un système administratif pléthorique, le système technique.

Et puis nous sommes bien trop pris par nos activités pour avoir le temps de prendre du recul. Réfléchir à sa situation demande des temps de retrait, ce que nous n'avons pas beaucoup et, peut-être particulièrement dans cet hôpital que je connais bien, nous n'avons plus d'espace de rencontre, ici c'est la guerre pour le moindre mètre carré.

De plus la souffrance systémique dont parle Dominique Folscheid engendre un repli, un individualisme exacerbé, et pour pouvoir s'en sortir, chacun bidouille de son côté en espérant échapper à la prochaine mauvaise nouvelle, restructuration, réorganisation, et cette attitude de replis qui touche toute la ligne de soin permet au système de fonctionner, de persévérer².

Ce collectif avec ses AG permet tout de même de retrouver un espace de discussion entre les différents acteurs de l'hôpital, une discussion entre toutes les catégories de professionnels qui en avaient perdu l'habitude depuis des années. Et même si les dés sont pipés car nous ne parlons pas tous de la même chose, nos revendications sont différentes, pour les uns c'est une augmentation de l'ONDAM et se réapproprier la gouvernance, pour les autres c'est une question de survie : le salaire.

Pourtant rétablir un dialogue, quel qu'il soit, entre les différents acteurs permet une réflexion et quelle qu'elle soit, c'est une manière de se réapproprier une forme de pouvoir au sein de l'hôpital.

Donc le dialogue n'est pas facile. L'autre jour par exemple une discussion au sein d'une AG à propos d'une annonce de la direction qu'un service allait passer de 16 à 8 lits,

¹ Les jeunes pressés aux regards pénétrés dont je parlais dans un précédent mail sont réapparus, revenu d'on ne sait où, des tréfonds de leurs cachettes. Ils courent désormais plus que jamais, labourent les couloirs de leurs pas pressés, des dossiers pleins les bras, le regard sérieux et pénétré. Il y aurait bien quelque chose de comique à les observer, et comment ne pas penser aux films *Trafic*, *Play Time*, *Mon Oncle* de Jacques Tati, ses messieurs et dames tout de gris vêtus parcourant d'interminables couloirs au son de leurs pas saccadés.

² Une anecdote, dont je ne sais trop que faire. Il est difficile de ne pas penser au roman d'Orwell : *1984* quand on se réfère au *gustell*, or j'ai lu que dans une traduction récente de chez Gallimard tout le vocabulaire qui a façonné une pensée a été revu. « Le récit, au passé, a entièrement été réécrit au présent. La novlangue est devenue le « néoparler », le crime de pensée, le « mentocrime », la police de la pensée, la « mentopolice ». Or ces termes – novlangues, police de la pensée, etc. – sont passés dans le langage courant, ils sont employés quotidiennement par des milliers d'individus pour désigner des réalités sociales orwelliennes dérangeantes qui nous entourent. Plus d'un demi-siècle de commentaires littéraires et politiques se sont appuyés sur la novlangue, qui est devenu un concept à part entière de la pensée politique. Ironiquement, la nouvelle traduction efface le passé... » Celia Izoard, traductrice de *1984* aux Editions de la rue Dorion (Montréal), janvier 2019.

projet prévu initialement pour l'an prochain et finalement se fera en septembre, le personnel l'a très mal pris, aucune concertation, simple annonce. Un médecin de l'AG, coupe court par un définitif : « c'est médical », mais comme on dirait c'est neutre, en fait c'est technique.

J'ai alors pris la parole pour souligner que les injonctions précédemment dénoncées par un patron de DMU de la direction à son encontre sont du même ordre que celles subies par les soignants de ce service et qu'elles sont tout autant insupportables. Cela a été difficile à entendre mais finalement cela peut faire son chemin dans le discours général de ce collectif.

L'injonction qu'elle soit à l'égard du patron de DMU ou du personnel relève de la même logique, du même principe. Et même si la raison médicale se comprenait ici, un service n'est pas non plus que médical et il est impossible de décider sans même accorder un temps aux gens de ce service qui d'ailleurs bien souvent apportent des solutions quand on veut bien écouter.

Mais bon an mal an ce système fonctionne car nous sommes professionnels et nous nous débrouillons, bricolons, pour atteindre *notre* objectif, *notre* fond qui est pour chacun de nous la santé de nos propres patients car la très large majorité des gens qui exercent à l'hôpital sont des gens mues par une réelle vocation qui est celle du désir du bon soin à prodiguer à son patient.

Le système persiste donc, les annonces de réorganisation se succèdent, suppression, coupe dans tel budget, manque de matériel, changement de planning, manque d'argent, fatigue etc. font que les gens se referment sur eux-mêmes, se replient dans leur *coquille* pour échapper et éviter le pire. Le pendant est de ne plus être en capacité pour analyser ce qui se passe autour de nous, aveugles devenons-nous.

Mais à cela vient s'ajouter l'absurdité du système car si nous mettions en œuvre à la lettre les mesures le système s'effondrerait de lui-même. Les différentes strates de hiérarchie, de décisions, les règles multiples et changeantes... le « mammouth laineux » est le produit du système technicien, mais il lui est aussi nécessaire, un surplus, un envahissement de règles, réglementations, obligations, interdits, surveillance pour que le système continue de fonctionner tant que cette foulditude, fatras de règles et même d'incompétence (je suis persuadé que l'incompétence est un facteur de ce système) permettant de continuer et de persévérer autonome sans visibilité.

Le système technicien/*Gustell* appartient d'une certaine manière à la *phusis*, il croît lui aussi mais ici sous forme d'une prolifération qui est certes interne mais incontrôlée. Ce qui existe aussi dans la nature mais c'est alors une tumeur cancéreuse, une pathologie. La tumeur va inexorablement vers son autodestruction.

J'ai eu accès à une longue discussion entre un responsable de l'aphp et des représentants syndicaux. Discussion passionnante mais vouée à l'échec.

L'un des représentants du personnel fait le bilan de la crise pour souligner que le superGH est une entité totalement inefficace car la super direction du SGH était trop éloignée et déconnectée, et si l'hôpital s'en est sorti c'est par une organisation interne des hôpitaux affranchis de ces directions.

Mais il est impossible de l'admettre, et les directions ne doivent pas l'admettre, n'ont pas le droit de l'admettre puisque le but de leur politique est de diminuer les interlocuteurs, ils aimeraient dans l'idéal n'avoir qu'un seul sens de décision, sens direction vers hospitaliers, l'idée est que moins d'interlocuteur plus d'efficacité (mais c'est un poncif), c'était ce qu'avait mis en place déjà M. Sarkozy qui s'étonnait que quand il décide quelque chose ça ne soit pas répercuté immédiatement vers les administrations (les strates de décision sont aussi un gage de contrôle).

Le but de toute façon est de faire des économies en diminuant la masse salariale quelle qu'elle soit, sans discernement, mais là encore ils se trompent car nous l'avons vu avec cette

crise les réductions drastiques et surtout désordonnées, irréfléchies qui ont été faites toutes ces dernières années ont mené à des dépenses énormes pour revenir en arrière le temps de la crise.

Mais la réponse de ce responsable est « voyez, nous n'avions que sept interlocuteurs et c'était plus efficace », et je suis certain que tout le monde pense la même chose. Mais c'est un peu comme à l'époque de l'URSS et des plans quinquennaux avec des objectifs décidés par le camarade suprême, avec l'impératif au niveau local d'obtenir les résultats édictés.

Le niveau local donnait alors des résultats bidons pour cacher la réalité du terrain sinon ils y passaient. Ici ils perdent leur poste. Et je pense que ce responsable est quasi sincère quand il dit que c'était plus efficace car il ne peut pas entendre l'inverse, il n'est pas déconnecté, lui comme ses directions sont simplement des aveugles volontaires.

En fait personne ne croit plus en ce qu'il dit, en ce qu'il entend. C'est une sorte de mensonge généralisé, tout le monde sait que c'est inefficace mais personne n'ose le penser ou l'admettre.

La réponse à cette crise est peut-être dans ce que note Dominique Folscheid, une réappropriation de l'*objet indépendant* par les hospitaliers. Pour utiliser le langage syndical, les hospitaliers se sont réapproprié l'*outil* de travail.

Or l'outil est si je crois bien un objet indépendant. L'outil est objet de la pensée, et en retour suscite la pensée, l'objet indépendant amène à la pensée. L'outil et la main dont il dépend, permet et suscite la pensée.

Par exemple la main du kiné (pour me glorifier car je suis kiné) demande de réfléchir, son geste doit être tout le temps adapté, précautionneux, il n'est pas un geste sur un clavier qui répond automatiquement aux chiffres devant ses yeux (L'écran ne suscite pas la pensée, le technicien se dépatouille avec des schémas préétablis inscrits dans les programmes, mais il reste dans un schéma préétabli par le concepteur du programme), mais il écoute, attentif. La main écoute, laisse libre celui qui le prodigue et celui qui le reçoit (la caresse chez Levinas/Sartre).

Je prends un exemple, ce vendredi une jeune fille dans un très mauvais état après une opération très lourde, opération qui survenait après d'autres interventions, et j'avais pour tâche de la mettre au fauteuil. En fait je ne peux pas la mettre au fauteuil, je ne peux que l'y aider. L'aider c'est avant tout comprendre la situation, la douleur, la peur, la dépression, la mauvaise humeur, les capacités... après bien des détours nous y sommes arrivés et elle était heureuse de ce que nous avons fait.

Mais l'opération n'est pas finie, il faut rester assis puis il faudra se remettre au lit. Alors c'est la parole qui prend de l'importance dans ce genre de situation, bien entendu il y'a une part de jeu, je mets une intonation qui la rassure, mais surtout ma parole est performative, je dis et je le fait, mon patient doit alors avoir une confiance en ce que je dis. Ici je dis que « je repasserai dans vingt minutes pour te remettre au lit », je la rassure car elle a peur qu'on la laisse ainsi, et je passe exactement 20 minutes après. Rassurée je pourrais lui en demander plus la prochaine fois.

La confiance est une notion importante en pédiatrie. La parole doit être vraie (je suis toujours catastrophé quand j'entends des parents dire : « mais non ce n'est rien » alors que le soin n'est pas rien, douloureux, impressionnant, etc.) Alors que dans la société technicienne j'ai comme l'impression que c'est le mensonge qui prime, un mensonge permanent, généralisé à la Orwell.

Les outils dont les hospitaliers se sont réappropriés sont les objets indépendants et la parole, le *logos* et donc la raison...