

Intervention au forum de la nuit sécuritaire du « Point de capiton » du 20 novembre 2009
(Serge Klopp)

Des protocoles au management par objectif : un assèchement du soin

S'il n'est pas question de dénier l'intérêt éventuel d'un protocole pour les infirmiers manquant d'expérience en psychiatrie, il est essentiel que ces derniers puissent s'en détacher au fur et à mesure qu'ils acquièrent les compétences nécessaires pour s'engager dans le soin relationnel. Or aujourd'hui, nous voyons non seulement se multiplier les protocoles, mais ceux-ci deviennent « opposables » – c'est-à-dire que devant telle situations les soignants sont obligés d'appliquer le protocole. S'ils ne le font pas ils sont en faute.

Du coup, ces protocoles enferment les soignants et « assèchent » le soin de toute sa dimension relationnel.

Dans ce cas, le protocole vise à répondre à toute situation singulière par une réponse univoque, modélisée, généralisée. Ce qui implique que ce qui est visé c'est la réponse à un événement ou à un symptôme et non la prise en compte de cet événement dans la psychodynamique et l'histoire propres de ce patient singulier là.

De même qu'on ne tient aucun compte des liens singuliers qui se sont tissés entre ce patient là et ce soignant là qui est présent.

Cela entraîne un déplacement de l'objet thérapeutique de la relation soignante vers le protocole en lui-même.

Ce qui à pour effet, de plus, de laisser croire que les soignants seraient interchangeable (un non-sens en psychiatrie !). C'est à dire que cela tend à dénier sa position de sujet au patient qui est réduit à son symptôme, mais aussi au soignant.

Au delà des protocoles, un nouveau danger nous guette : le management par objectif

Apparemment, personne ne sait de quoi il s'agit, pourtant, il est évoqué dans un article de « Santé Mentale. » d'octobre 2009, sous le titre « de l'ambition pour les cadres hospitaliers ».

Il se met en place au travers de « **l'évaluation des prestations des personnels** ». Il s'agit d'une évaluation qui va au-delà de ce que prévoient les textes et n'est donc pas encore une obligation légale.

L'objectif annoncé serait de « valoriser » chaque agent en lui demandant de se fixer lui-même des objectifs de travail pour l'année à venir, le supérieur hiérarchique lui en fixant d'autres. Ces objectifs sont inscrits sur une feuille d'évaluation et l'année suivante, l'essentiel de l'entretien consistera à évaluer leur atteinte, avant de fixer de nouveaux objectifs pour l'année à venir.

Cela peut sembler anodin en soi.

Il se trouve que cela porte un nom, cela s'appelle le « **management par objectif** ». Ce mode de management a été introduit en France notamment par **IBM**, avant de faire des émules chez **Renault, France-Télécom**... et maintenant la **santé**...

Qu'est-ce que le management par objectif ?

Patrick Coupechoux rappelle que : « ... c'est la notion même de métier qui est remise en cause. Dans le métier, plus on comprend comment bien faire les choses, plus on s'en soucie. Les institutions fondées sur la transaction à court terme et des tâches sans cesse renouvelées n'engendrent pas cette profondeur. [...] Approfondir ses capacités par la pratique va à contre-courant des institutions et de l'organisation flexible ». L'autonomie s'est perdue dans l'isolement, dès lors que l'on a fait exploser les collectifs de travail en mettant les individus en concurrence (notamment avec cette évaluation personnalisée), dès lors qu'on l'a enfermée

*dans le carcan des objectifs à atteindre. La réalisation de soi s'est diluée dans l'engagement total...dans le mépris du travail bien fait... grâce à un contrôle – et un autocontrôle – invisible et puissant dans la mise en œuvre de plus en plus tatillonne de procédures paralysantes, sous prétexte de qualité totale... avec l'imposition autoritaire à tous et partout de « bonnes pratiques », on assisterait à une « remise en ordre
Tout est discutable, sauf cela, ensuite c'est à l'intelligence des hommes de faire le reste, mais dans le cadre d'une autonomie procédurale, aliénée par la tyrannie du court terme. Yves Clot parle dès lors d' « amputation » du pouvoir d'agir et donc de pouvoir exister. »¹
Tout cela rappelle étrangement la certification.*

C'est un management qui s'inscrit dans une série de réformes hospitalières

Si pour l'heure, l'hôpital n'est pas soumis aux mêmes contraintes que l'industrie, nous y arrivons à grand pas, au travers de réformes telles que les Ordonnances Juppée de 1995, la Certification, Hôpital 2007, HPST et des projets gouvernementaux en cours...

Ces réformes ont instaurées la mise en place des pôles, la tarification à l'activité (T2A) et prévoit des Contrats d'Objectifs et de Moyens du Pôle (COMP) entre chaque pôle et la direction de l'Hôpital.

Dans ce cadre, le pôle s'engage à réaliser ses objectifs dans l'enveloppe prévue. S'il n'y arrive pas, il devra réduire ses moyens, notamment humains !

C'est la fin, de fait, de la garantie de l'emploi des fonctionnaires.

Le chef de Pôle sera recruté pour 5 ans sur la base des objectifs fixés par l'établissement. Il est prévu dans un premier que les médecins du pôle soient aussi recrutés par le Chef de pôle pour 5 ans.

Ils devront s'engager à accepter les conditions du Contrat d'objectif. Ils pourraient être révoqués s'ils ne s'engagent pas suffisamment dans sa réalisation. Mais à terme ce sera l'ensemble des agents qui seront recrutés selon ces modalités !

Dans cette logique, ce qui prime c'est l'engagement de chacun pour la réalisation des objectifs quantifiés de production de soins, sans tenir compte de la qualité effective des prises en charge.

Déjà, la manière dont est mise en place la « démarche qualité » dans le cadre de la certification privilégie la forme au détriment du fond.

Dans le cadre de l'évaluation des prestations du personnel, les agents pour qui la qualité du travail prime sur la quantité deviendraient de fait de mauvais éléments.

On pourra alors assister à des situations où des fonctionnaires titulaires se retrouveraient sans emploi, parce que aucun responsable de Pôle ne les aura recruté. Voire à des agents exclus du pôle parce qu'ils n'appliqueraient pas avec suffisamment de zèle les objectifs du pôle !

La carotte des primes

Concernant les médecins un rapport publié cet été, pour rendre l'hôpital public attractif pour les médecins, préconise la possibilité de porter le revenu des PH jusqu'à 30% de plus que le dernier échelon de PH temps plein. Mais le salaire de base (celui qui comptera pour la retraite) ne représenterait que 40% du revenu. Le reste serait versé sous forme de primes en fonction de la réalisation des objectifs du pôle et de l'implication du médecin dans cette réalisation.

Concernant les fonctionnaires, le Gouvernement envisage de garantir le maintien du pouvoir d'achat au travers de primes d'intéressement et non plus au travers de l'augmentation de la valeur du point d'indice (égal pour tous les fonctionnaires)- ce qui signifierait que les retraités ne profiteraient plus de ce rattrapage !

¹ Patrick Coupechoux, La déprime des opprimés, enquête sur la souffrance psychique en France, p227 à 229, Editions du Seuil, 2009

Chaque établissement se verrait alloué une enveloppe pour ces primes qui seraient distribuées en fonction de l'atteinte de ses objectifs. Cette enveloppe serait ensuite répartie entre les différents pôles en fonction de l'atteinte des objectifs de chaque pôle. Et au sein de chaque pôle cette enveloppe serait répartie en fonction de l'évaluation des prestations de chaque agent dans le cadre des objectifs du pôle. L'évaluation des prestations de chaque agent ne correspond pas à ses compétences et à la qualité des soins mis en œuvre par celui-ci, mais uniquement à la réalisation des objectifs évaluable (donc quantifiables) définis l'année précédente par lui-même et son supérieur hiérarchique.

C'est un système qui ne considère plus les agents comme des Sujets

On le voit dans ce système chaque agent n'est considéré et ne doit se considérer que comme un rouage au service de la machine de production des soins rentables.

Mais les supérieurs hiérarchiques, ne sont malgré tout que des humains et ce qui fonde l'humain, c'est sa capacité à être touché par l'autre dans sa subjectivité. Il y a donc un risque pour le système. Ce risque est prévu par le guide méthodologique d'entretien. En effet pour ne pas aborder cette dimension humaine des relations hiérarchiques, ce guide enferme la rencontre pour qu'elle ne soit centrée que sur l'évaluation des objectifs.

C'est la fin de l'indépendance des fonctionnaires

Si le Statut de la Fonction Publique impose à ses agents un devoir de réserve, il leur accorde aussi une indépendance quant à la manière de servir le public. En principe, aucun fonctionnaire ne peut être inquiété sur la manière dont il exerce son travail, à partir du moment où il le fait dans le respect des principes fondamentaux du respect de la qualité du service public et de l'égalité des droits de tous les usagers, inscrits dans la Constitution. Or, demain, le fonctionnaire qui voudra appliquer ces principes, sera de fait considéré comme un mauvais élément !

C'est un système qui touchera tous les professionnels de l'hôpital

Pour qu'il fonctionne ce système doit s'appliquer à tous les professionnels de l'hôpital de l'ASH au Chef de Pôle en passant par les Cadres supérieurs de santé, de l'Ouvrier et de l'Adjoint administratif au Directeur ...

C'est le retour aux « gardiens de fous »

Au nom de la valorisation de la technicité des soignants, ce mode de management, limite leurs compétences à la distribution des traitements, aux entretiens infirmiers formalisés et à l'application de protocoles et de procédures. Il n'y a plus de place pour le soin relationnel qui chacun le sait se tisse avant tout dans les petits riens, les petites rencontres au détour d'un couloir. Au nom de la modernité cela revient à nous proposer une version contemporaine des « Gardiens de Fous » !

Déjà dans mon établissement à Maison Blanche, on assiste à une généralisation et à une banalisation des mises en chambre d'isolement avec contention.

Alors comment résister ?

Mais c'est quoi résister ?

Cela ne commence t-il pas, par notre capacité propre à l'indignation et à oser dire « Non ! » ?

Cela commence par un acte personnel : ne pas se taire !

Chaque fois que notre éthique est mise à mal il faut en parler avec les collègues.

« Pourquoi agit-on ainsi ? »

« Est-ce cela le soin ? »

« Ne peut-on faire autrement ? »

En posant ces questions, même si elle restent sans réponse on combat déjà la banalisation de certains actes.

Aux arguments « on n'a plus le temps ! » ou « on n'est pas assez nombreux ! »

Commençons par dire ok, c'est vrai.

Et c'est vrai !

On n'a plus le temps on n'est plus assez nombreux pour tout faire. Mais c'est quoi la priorité du soin ? Est-ce être avec les patients ou est-ce entrer des actes et des transmissions ciblées dans l'ordinateur ?

Autre argument – tout aussi juste - « on ne peut pas faire autrement parce qu'il y a trop de violence » ! Certes, mais celle-ci est dans 90% des cas générée par l'angoisse. Que ce soit par la montée de l'angoisse du patient aux prises avec sa psychose. Et dans un nombre important de situations où cette angoisse a provoqué un « événement indésirable », les soignants ne sont intervenus que lorsque le patient était déjà débordé par cette angoisse.

Que ce soit par l'angoisse des soignants. Angoisse des soignants liée à la peur. Peur de la folie. Peur de la psychose. Peur parce que, s'ils sont constamment confrontés à la psychose, ils ne rencontrent plus les personnes qu'ils sont censés soigner.

Du coup, ces personnes ne sont plus considérées comme des autres soi-mêmes en souffrance, mais comme des « monstres ». Cette figure fantasmagique du monstre grossissant proportionnellement à la distance qui s'établit entre le soignant et le patient.

Pour combattre cette angoisse, cette peur, que ressentent les soignants, il semble nécessaire de commencer à l'appivoiser.

En profitant, par exemple, d'un moment de calme pour proposer à untel ou untel une partie de cartes ou de dames, ou encore une petite ballade. Ou, simplement s'asseoir à côté d'un autre et parler de la pluie et du beau temps et là, un court instant, oublier sa blouse... et n'être que dans la banalité de la relation inter humaine.

Il s'agit simplement d'être là, disponible pour l'autre.

C'est compliqué parce qu'on a l'impression que rien ne se passe.

Ça peut même paraître pesant.

On peut aussi se sentir coupable, parce qu'on a l'impression de « coincer la bulle » pendant que les collègues continuent à courir.

A moins qu'ils ne soient retranchés dans la tisanerie goûtant enfin un moment de calme et il serait si agréable de faire comme eux...

Et puis, il faut recommencer et encore recommencer, jour après jour.

On a toujours l'impression qu'il ne se passe rien, que ce qu'on fait ne sert à rien.

Mais bizarrement, c'est de moins en moins pesant.

Commence à s'installer un petit sentiment de douce habitude... un peu comme la cigarette ou le café après le déjeuner.

On se sent bien, avec l'autre. On sent que lui aussi goûte ces moments partagés.

Et, le jour où cette personne aura un passage plus compliqué de sa maladie, que l'angoisse l'envahira...

Avec de la chance, je serais là. Je pourrais percevoir l'angoisse qui monte et par ma présence, par mes mots, par le ton de ma voix je pourrais l'aider à s'apaiser et désamorcer la crise...

Et si, lorsque j'interviens la crise est déjà là...

Et si plutôt que d'appliquer le protocole de gestion de la violence et entrer dans le rapport de force...

Si à ce moment là, je reste un ton au-dessous et que je mobilise du regard, de la voix tout ce que nous avons partagé ensemble.

Si je l'enveloppe de mon attitude et de ma parole ferme mais bienveillante, je pourrais, peut-être, peu à peu, le contenir, l'apaiser, le calmer, sans avoir recours à la contrainte, à la chambre d'isolement, à l'injection, aux bracelets, à la violence.

Par contre, si cela semble nécessaire, je pourrais lui proposer de lui faire une injection pour le soulager ou d'aller se reposer, se détendre, une heure ou deux dans la chambre d'isolement qui là devient chambre d'apaisement.

Et là, en terme d'économie et de management, en évitant un « clash », un appel au renfort, peut-être même un accident du travail, j'aurais fait gagner beaucoup de temps au service.

Et là, je me rendrais compte que dans tous ces moments partagés avec lui, il s'est passé quelque chose de fondamental.

Parce qu'au fil des jours qui ont passés, il est sorti pour moi de l'anonymat de la masse des patients pour devenir un sujet singulier, je suis sorti pour lui de la masse anonyme des blouses blanches qui s'agitent autour de lui.

Nous avons, ainsi, jour après jour, à notre insu, tissé des liens transférentiels, dont l'importance est sans commune mesure avec la banalité de ces échanges.

Et ce sont ces liens transférentiels qui, au moment de la crise, se sont mis au travail et ont permis de l'apaiser.

Et même si ça ne marche pas. S'il faut le contraindre par la force et la violence institutionnelle pour le mettre en chambre d'isolement, lui faire une injection et l'attacher...

Ce ne sera pas pareil qu'avant.

Je ne le ferais pas en pensant que c'est normal, banal.

Je le ferai à regret, parce que je n'aurai pas su l'éviter.

Dans ces cas, on ne se sent pas fier, on est secoué.

On est secoué, non par notre peur, par la peur que nous ressentons d'avoir été confronté à sa violence, mais par ce qui lui arrive à lui !

Parce que le drame qui l'a touché a relégué notre peur au second plan. Bien sûr qu'elle est là, mais ce qui nous touche le plus c'est son drame à lui, submergé par son angoisse qu'on n'a pas su contenir, apaiser. Alors que notre métier consiste justement à lui éviter de telles situations.

Mais du coup, j'irai le voir dans sa chambre d'isolement, dès que possible, pour renouer ces liens.

J'irai m'asseoir sur son lit.

J'irai pour m'excuser de n'avoir pas été suffisamment fort pour lui éviter cela et râler contre cette « putain » de maladie qui ne nous a pas laissé le choix.

Parce que je ne saurais quoi lui dire, je lui demanderai comment ça va et je reparlerai de la pluie et du beau temps, ou même je garderai le silence, mais je serai là...

Je serai là à ses côtés, e l'assisterai, comme on assiste un enfant malade.

Et je lui dirait « faut que je retourne travailler... » (comme si là je ne travaillai pas !, Comme si là je n'étais pas au cœur du métier !).

Et, lui promettre de revenir dès que j'aurais un moment de libre.

Me promettre de revenir dès que j'aurais un moment de répit.

Et c'est ainsi que, sans s'en rendre compte, on se trouve aux antipodes du soin aseptisé des protocoles.

C'est ainsi qu'on se retrouve au cœur du soin psychique, parce que totalement imprégné par le transfert. Transfert qu'on a commencé à mettre au travail...

Par ce travail, non seulement on se grandit sur le plan professionnel, mais on se désaliène soi-même.

Par ce travail, on acquiert une position de Sujet.

Par ce travail, on acquiert - quelque chose qui pour moi n'a pas de prix – on acquiert la Liberté !