

INTERVENTION DU Dr J.L. PLACE AU CONGRES DE MAR DEL PLATA LE 28 04 01

Je tiens à vous remercier et particulièrement Juan Carlos Stagnano de la qualité de votre accueil et du plaisir que vous me faites de pouvoir revenir en Argentine. Je tiens également à souhaiter à l'association franco-argentine de continuer longtemps sa mission.

Je ne travaille plus dans le service public depuis 15 ans et je n'ai pas l'expérience directe d'avoir à assurer des soins pour des patients pris dans le phénomène de la porte tournante. L'exercice qui peut se rapprocher du thème est la prise en charge de patients qui ont évité ou sont sortis de cet espace intermédiaire.

L'expression "de la porte tournante", qualifié de phénomène, peut être interprété comme un symptôme social et semble davantage être l'expression d'une qualité particulière de la relation entre un malade et un service d'urgence ou de psychiatrie, pour ne pas parler d'une problématique de transfert, que le mouvement intrinsèque d'une pathologie.

A l'image souvent portée à l'écran d'un tourniquet qui emprisonnerait les personnes par la vitesse de sa rotation, le phénomène est constitué par une succession à une fréquence rapide d'entrées et de sorties d'un patient d'une unité de soins ; son usage est détourné quand il définit la multiplication de séjours brefs dans différents établissements.

Ce mouvement qui s'exprime dans un espace restreint amène à se poser quelques questions qui n'auront pas toutes leurs réponses dans cette intervention.

Y a-t-il ou non accueil à l'entrée?

La sortie est-elle ou non l'expression d'un rejet plus ou moins manifeste?

D'où vient l'énergie qui anime la porte? Pression de l'extérieur, de la maladie? Résistance aux soins? Résistance des soignants?

Et enfin, pour le plaisir de filer la métaphore :

Pourquoi une seule porte, un seul passage pour les entrants et les sortants?

Je m'arrêteraï là dans ce décriptage de l'image de la porte tournante mais je me permettraï de revenir sur certaines de ces interrogations, en particulier la dernière, pour étoffer mon plaidoyer sur le maintien de soins institutionnels de longue durée pour un nombre encore très important de malades mentaux.

Tout en prenant en compte son étude par les collègues qui m'ont précédé, je ne peux éviter de penser que le phénomène de la porte tournante est la caricature des séjours brefs et de la multiplication des hospitalisations en psychiatrie qui doivent beaucoup aux politiques de désinstitutionnalisation dans la plupart des pays industrialisés.

Etant responsable aujourd'hui d'un établissement pris depuis 45 ans dans le mouvement de la psychothérapie institutionnelle, et soucieux de protéger mon outil de travail, je ne peux qu'avoir un mouvement quasi viscéral de défiance contre le processus de désinstitutionnalisation. Processus qui me paraît toujours aussi bien nommé ; je déplore comme quelques collègues qu'il corresponde à la déshospitalisation et que tout à fait officiellement et presque tout aussi naïvement le discours de la psychiatrie moderne, abandonne le concept, et en partie avec lui l'apport du mouvement de psychothérapie institutionnelle cofondateur de la sectorisation en France (le secteur de psychiatrie à considérer comme une institution à part entière - c'est à dire un espace géographique et symbolique offrant à la parole les conditions de son efficacité).

N'ayant pas les moyens de m'engager dans une contre enquête sur les effets de la désinstitutionnalisation sur l'ensemble des établissements psychiatriques français, je ne peux que vous proposer une opinion très partielle qui prendra son argumentation de quelques statistiques et dans les incidences directes et indirectes de cette politique sur le fonctionnement de la clinique de la Chesnaie.

Il me faut pour cela vous brosser un tableau très rapide de ce lieu.

La Chesnaie est une clinique privée de 101 lits d'hospitalisation temps plein et de 10 places d'hôpital de jour inscrite depuis sa fondation en 1956 dans le mouvement de la psychothérapie institutionnelle.

C'est aussi une entreprise à but lucratif qui doit toujours présenter à son banquier un bilan annuel satisfaisant.

L'établissement a une convention (appelé aujourd'hui un contrat d'objectifs et de moyens) avec la sécurité sociale qui lui impose une réglementation de plus en plus draconienne et une tarification à la journée ; les médecins eux, sont également conventionnés et payés à l'acte.

Le prix de journée global (acte médical compris) est d'environ 750 F. Par comparaison les tarifs évalués du service public (évalués parce les hôpitaux publics ne sont plus financés aux prix de journée mais bénéficie d'un budget global sur l'année) vont de 1200 F en province à plus de 3000 F dans certains hôpitaux universitaires.

Compte tenu de la situation de précarité d'une majorité de patients et de la longueur des séjours de plusieurs mois, voire plusieurs années, la Chesnaie en tant qu'établissement privé doit son existence au fonctionnement très original du système de santé français qui depuis 1945 est constitué par un ensemble d'établissements privés, publics ou associatifs financés par un même organisme : la sécurité sociale, elle même en majorité financée par les salariés et les employeurs, et depuis quelques années par un complément sous forme d'impôt. Et si dans un rapport de l'OMS pendant l'année 2000, la France a été reconnu comme le premier pays pour son système de santé à partir d'une évaluation intégrant la qualité mais aussi le rapport qualité prix et le pourcentage de la population prise en charge, elle le doit encore à l'existence de la sécurité sociale qui a permis une complémentarité et une émulation entre le public et le privé sans créer une médecine à deux vitesses.

A part un forfait d'hôtellerie pris en partie par des mutuelles et toujours inférieur à l'allocation adulte handicapée pour les patients sans aucun revenu, les soins à la clinique sont donc gratuits.

...

La clinique de la Chesnaie, comme sa voisine la Borde, s'est faite une réputation auprès de la profession, toute tendance et exercice confondu, d'assurer des soins actifs au long cours pour des patients présentant une pathologie psychiatrique lourde (schizophrénie, névroses graves). Dans ses principes de fonctionnement, elle n'est pas si éloignée que cela du traitement moral de Pinel, plus proche des conceptions d'Herman Simon et plus directement inspirée de l'expérience de l'hôpital de St Alban pendant la guerre de 39-45., de l'apport d'une pensée politique de gauche et de la psychanalyse

Pour toute nouvelle hospitalisation, le premier travail, qui peut demander parfois des mois, est de mettre le patient en situation d'être acteur de ses soins. Chaque malade a sa façon de résister à cette entreprise vécue comme menaçante. Les tableaux présentés empruntent à toute la symptomatologie de la coopération de surface aux expressions directes du négativisme. Les fugues ne sont pas rares. Le malade peut revenir après avoir négocié un nouveau contrat de soins. Ou alors nous supposons qu'il reste un travail à faire entre le patient et celui qui nous l'a adressé (institution ou médecin). IL est alors proposé un délai avant un prochain séjour.

Que ce soit pendant cette première phase de l'hospitalisation ou après, nous ne faisons jamais de sortie contre avis médical. Soit le patient ne présente pas le risque à notre avis de passage à l'acte auto ou hétéro agressif et il peut sortir avec l'appui éventuel de la famille si l'autonomie est réduite, soit le risque existe et nous mettons en place une hospitalisation à la demande d'un tiers dans le service de secteur qui nous l'a le plus souvent adressé. L'alternative de l'hospitalisation sous contrainte dans un établissement qui ne peut recevoir que des placements libres peut être utilisée à bon escient comme argument puissant pour convaincre un patient de rester se soigner à la clinique.

L'engagement et la prise de responsabilité dans les soins qui suit cette phase de traitement de la demande ne correspondent pas obligatoirement à un état stable avec une participation active aux différentes modalités de la thérapeutique (bonne observance du traitement, participation aux ateliers et au fonctionnement direct de la clinique, psychothérapie). Cela peut être au contraire un ou plusieurs états successifs de décompensation qui auront la particularité d'être contenu par les limites symboliques de l'institution. Limites qui peuvent prendre parfois la forme d'une chambre d'isolement dès lors que c'est avec l'accord et parfois même la demande du patient lui même. Mais limites qui sont surtout celles données par l'acte de parole dans un lieu sans mur ni porte fermée.

Au bout d'un temps qui est aussi appelé parcours de soins, la sortie est envisagée. Le retour à la même situation socio-affective d'arrivée signe rarement un parcours de qualité. Revenir chez ses parents ou retrouver la solitude d'une chambre désaffectée ne sont des perspectives de sortie guère plus positive que le retour dans le service de psychiatrie de départ. Il est préférable que le chemin de la sortie n'emprunte pas la même porte que celui de l'entrée. Les soins, en fin de séjour, s'organise donc autour d'un projet de réinsertion crédible ayant pris en compte l'importance de l'handicap social résiduel et le seuil de capacité du patient à affronter les épreuves de réalité.

Les chiffres ne sont pas toujours des arguments très fiables. Néanmoins celui du nombre de patients en activité dans la clinique et celui des patients réinsérés peuvent être considérés comme des indicateurs de la dynamique institutionnelle. Plus de 70 % des patients ont une activité quotidienne contractualisée. Ce pourcentage baisse terriblement pour le nombre de patients réinséré sur le nombre de patients sortants malgré les efforts conjugués de la clinique elle-même et de ses associations satellites pour mettre en place des structures alternatives (hôpital de jour, appartements associatifs, services de suite, entreprise d'insertion) et pour travailler en partenariat avec d'autres institutions, collectivités et associations locales.

La Chesnaie - j'espère vous l'avoir très rapidement montré - est complètement dépendante de l'évolution du système conventionnel et ne peut exister qu'à la condition d'être complémentaire d'autres structures, incluses dans un dispositif global de soins.

Dans ce contexte, le processus de désinstitutionalisation a très peu d'effets positifs.

Cela aurait pu être l'augmentation des demandes d'admission qui pourraient apparaître comme l'assurance d'une ressource financière par l'existence d'une clientèle captive d'un processus d'externement. Mais ce ne sont pas des financiers qui gèrent la clinique mais des médecins comptables de leurs efforts pour répondre aux demandes qui leur sont faites. Quand 3 dossiers sur 4 sont refusés, faute de place, que les délais d'attente dépassent souvent 3 à 4 mois, que de nombreux professionnels ne font pas les démarches, compte tenu de cette situation qu'ils connaissent, cela démontre sans aucun biais épidémiologique que, à l'échelle de la clinique, plusieurs centaines de patients ne bénéficient pas de soins que des professionnels avertis leur indiquent.

La clinique est ainsi depuis quelques années sollicitée directement par des familles désemparées qui ne savent plus où adresser le malade qu'il leur est demandé de prendre en charge. Des parents âgés nous demandent qui s'occupera de leur fils ou de leur fille quand ils ne seront plus là.

La clinique se retrouve elle-même dans une situation quasi identique. Elle devra inventer une nouvelle structure pour continuer la prise en charge de patients âgés, chroniques, stabilisés, sans famille ni ressource. De plus l'institution est confrontée de plus en plus régulièrement au refus du service de secteur qui avait adressé le patient de le reprendre quel que soit les motifs de notre demande. Refus faute de place dans le service, mais aussi par encombrement des dispositifs alternatifs à l'hospitalisation disponible dans le secteur concerné.

Ce nouveau phénomène nous a obligé de prendre comme critère de sélection prioritaire la qualité du partenariat avec le service de secteur concerné par la demande d'admission. Cela nous a également obligé d'utiliser l'HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers) non pour contraindre le malade à poursuivre ses soins mais pour contraindre le service à prendre le patient en charge. Cette pratique, utilisée par d'autres collègues, est vraisemblablement responsable de l'augmentation très significative du nombre d'HDT signés.

De tout ce qui vient d'être dit, il ne faut pas s'étonner que de plus en plus d'observations de patients qui nous sont adressés rendent compte de prises en charge hachées, sans lien entre les lieux de soins et sur des périodes cumulées de plusieurs années.

J'aurais pu être plus nuancé sur le processus de désinstitutionnalisation qui a sa légitimité dans les principes théoriques qui le fondent mais je ne peux pas passer sous silence les propos de mes collègues et amis du service public qui, dans leur grande majorité dénoncent leur condition de travail, la réduction de leur moyen et à demi mot s'indigneraient du marché de dupe qui leur a été fait d'accepter des réductions très importantes du nombre de lits sans recevoir en compensation les moyens nécessaires pour la création supplémentaire de structures d'accueil, de résidence et de réinsertion pour une catégorie de patients qui sont les raisons même de la spécificité de notre métier : les chroniques.

Certaines statistiques sont parlantes comme celles fournies par le rapport de la Cour des comptes diffusé pendant l'année 2000 :

entre 1991 et 1997

- l'augmentation du nombre d'entrée est de 20,5%
- la diminution du nombre de journées réalisées est de 17,5 %
- la durée moyenne de séjour passe de 53,5 à 36,7 j
- le nombre de lits d'hospitalisation complète passe de 86398 à 68 807 sans augmentation significative du nombre de créations de structures alternatives entre 1988 et 1995
- les hospitalisations à la demande d'un tiers augmentent de 45%

Il est encore des voix qui ne sont pas toutes celles d'administrateurs ou de politiques qui dénoncent la surcapacité hospitalière, pour proposer un appareil de soins conforme à une entreprise industrielle performante fonctionnant à flux tendu. Les mêmes voix prouvent l'édition de référentiel sur la qualité de l'accueil comme si l'hospitalité s'arrêtaient au vestibule et que l'espace du premier contact remplaçait le gîte et le couvert de la fonction d'asile indissociable du travail thérapeutique pour un nombre encore important de prises en charge.

Ce n'est pas le bébé avec l'eau du bain mais aussi la baignoire qui a été jeté : le patient, le lit, l'acte de soins. Au prétexte que l'eau était sale, que l'hôpital créait une sédimentation, le soin institutionnel, au lieu d'être traité, a été éliminé. Les lits qui restent ne sont pas en nombre suffisant : ils doivent parfois répondre à des périodes non prédictibles ou la demande est plus importante. Les patients y laissent rapidement quelques symptômes en échange d'un traitement médicamenteux mais reviendront car ils y ont également déposé un bout d'eux même, pris dans une dynamique de transfert insuffisamment prise en compte faute de temps, faute de reconnaissance. En attendant il faudra bien une institution bonne ou mauvaise pour répondre à leur demande d'asile : les familles, quand elles ne sont pas trop défailtantes offrent certainement plus de sécurité que la rue ou la prison .

A cette première conclusion en forme de jugement facile qui pourrait implicitement faire penser que je travaille dans une bonne institution, il m'a semblé nécessaire de témoigner d'un phénomène pathologique dans la clinique très proche sur le plan dynamique de celui de la porte tournante.

Je me limiterai dans cette fin d'intervention à l'histoire d'une femme, la cinquantaine, hospitalisée depuis plus de 20 ans. Dans son processus de chronicisation, la maladie s'était aggravée et nous avons à faire face ces dernières années à l'alternance à une fréquence rapprochée de crises psychotiques aiguës de formes diverses avec des périodes intercritiques qui ne laissaient pas aux soignants le temps de souffler.

Après avoir épuisé tous les traitements médicamenteux et institutionnels, le groupe de soignants qui s'était constitué autour d'elle a décidé de reprendre le dossier et d'en faire une lecture plus approfondie. Il est apparu qu'il n'y avait pas eu de procédure d'accueil, que la patiente avait été déposée par la famille et qu'elle adressait à l'institution, par le prisme de la maladie, toute l'ambivalence d'une demande marquée par le rejet et l'abandon.

Le refus de la famille, réduite à deux soeurs, de nous aider dans ce travail anamnétique se compliquait du maintien d'une relation ambivalente avec l'institution vécue comme incompétente à soigner la malade mais indispensable pour ne pas avoir à le faire.

Après l'échec d'un nouveau plan de soins intégrant un travail critique des soignants sur la complicité historique avec la famille et une réflexion actualisée sur les phénomènes de rejet, nous avons décidé de mettre en place un séjour de rupture dans un autre établissement. Au bout de 2 mois, la patiente qui avait été quasi asymptomatique dans la nouvelle structure a repris dans les semaines qui ont suivi son retour le même tableau clinique.

Un nouveau séjour a été envisagé et nous avons décidé, sans véritable réflexion, de faire tourner la patiente d'un lieu de soins à un autre en réduisant au maximum le temps passé à la clinique. Au bout de 2 ans de ce régime, la malade s'est installée dans une clinique voisine en abandonnant toute sa symptomatologie aiguë.

C'est pour ce type de trajectoire, marquée par la répétition de crises, le rejet, le ratage des procédures d'accueil que nous utilisons certainement trop rapidement, puisqu'il s'agit davantage de contre transfert, l'expression de transfert dépassé comme nous pourrions utiliser celui de transfert impossible pour les patients pris dans le phénomène de la porte tournante.