

ASSISES NATIONALES DE L'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE PRIVE

TOULOUSE les 23 et 24 OCTOBRE 1998

Organisée par Jacques GAYRAL Président de l'UNEP

Intervention à l'atelier n°1 « Réseaux et filières en psychiatrie. Coopération public/privé
le 23 octobre 98 à 14 H 30

Modérateur : Dr. Jacques GIRARD

Rapporteur : Isabelle MILLET (UHP)

Autres discutants : Dr Martine AOUSTIN (ENSM/CNAMTS)
Dr Gérard MASSE (Ste Anne)
Dr Claude PENOCHET (CHU de Montpellier)
Dr médecin généraliste à Toulouse

En guise d'introduction, il me faut témoigner des fluctuations de mon humeur à préparer cette intervention. Quand le Dr ENJALBERT m'a proposé de participer à cet atelier, j'ai ressenti une certaine exaltation, toute proportion gardée. Je me disais avoir un parcours professionnel assez orienté pour traiter de la question avec des expériences assez nombreuses dans les différents secteurs public, privé et associatif. Je pensais également qu'il fallait être praticien, peut être pas uniquement médecin mais dans tous les cas soignant pour parler concrètement de la coopération entre structures de soins, même si ce thème est bien plus souvent traité par des administrateurs d'organismes ou d'établissements publics et privés.

Puis le désarroi est apparu. Comment une expérience personnelle que l'on croit sans assez de modestie intéressante peut elle suffire pour donner un avis sur un sujet faisant autant intervenir la dimension politique – politique de santé mentale au minimum – sujet pris en charge depuis des années par des professionnels de la chose publique.

Cela me semblait brutalement ridicule d'avoir quelque chose à dire autrement qu'anecdotique. Nous avons simplement par notre pratique la possibilité de voir à un fort grossissement des détails capables de porter une critique sur des idées générales émises sur une politique de santé par exemple mais nous ne sommes pas dans une position pragmatique qui nous permet d'élaborer une réflexion globale.

Nous sommes ainsi les plus concernés mais aussi les plus aveugles par notre absence de la vision des distances. Et dans ce flou, cette méconnaissance, se complaisent les préjugés, les plaintes et les fantasmes.

Que faire ?

- rechercher des textes, en faire la synthèse et donner mon avis d'usager
- se décentrer du sujet et s'offrir une digression minutée sur l'imaginaire du privé, du public et de l'universitaire

J'étais sur le point de privilégier la deuxième option quand on m'a proposé de participer à une réunion préparatoire de l'atelier. Je voudrais dire à ce propos tout l'intérêt, original pour moi, de ce travail préliminaire de coopération des intervenants d'un même atelier. Façon de faire plus intéressante que de livrer uniquement et à l'avance le texte d'une communication aux organisateurs. Il me semble que s'instaure de cette manière un respect des participants qui n'auront pas à supporter des différents intervenants la même déclinaison du thème et que bénéficie immédiatement notre réflexion préliminaire de la confrontation des questionnements de nos alter ego. Il s'agit là en plus d'une mise en acte concrète de la coopération public-privé. Le pire aurait été de s'autoriser à parler de ce thème entre nous, professionnels du privé.

Voilà, tout ce préambule un peu long pour vous dire que je vous ai évité d'entendre quelque chose qui aurait été certainement encore plus loin du sujet que ce qui va suivre et qu'au terme de cette séance de préparation, je me suis engagé à vous parler des processus de diabolisation qui n'épargnent pas notre champ d'action et d'une vision globale concrète et limitée de l'idée que je me fais de la coopération public-privé dans mon environnement professionnel.

Si le thème de la coopération public-privé fait question, c'est que l'on considère que cela ne va pas de soi et qu'il existe des conflits qui empêchent les alliances thérapeutiques. Pourtant, beaucoup de choses rapprochent les structures : elles ont les mêmes tutelles, leurs médecins sont tenus à la même déontologie, leurs personnels paramédicaux sont formés aux mêmes écoles et ils pourraient avoir, comme plus généralement en médecine somatique, les mêmes clients. Ce dernier point est à explorer. Dans beaucoup de secteurs sanitaires en France, un

homme qui aurait besoin de se faire opérer, un autre de se faire soigner dans un service de médecine, une autre d'accoucher peuvent choisir entre le secteur privé ou public selon des critères de qualité peu différents de ceux du monde industriel. L'exception en M.C.O. est la spécialisation : le service de chirurgie de la main qu'il soit privé ou public drainera l'essentiel des pathologies de la main et ne sera pas affecté de la proximité de structures de chirurgie généraliste privées ou publiques.

En est-il de même en psychiatrie ?

Sommes-nous plutôt des structures généralistes bien protégées du risque de se mettre en concurrence ?

Ou proposons-nous le même type de soins à la même population de patients au risque de devoir, chacun à des degrés divers, résister à la tentation d'utiliser les moyens du libre marché : espionnage et publicité, interdit par la loi commune pour le premier et la déontologie pour le second ?

Un essai de réponse à ces questions est proposé indirectement dans les ateliers voisins : PMSI, Accréditation, Projets médical et d'établissement, une autre tentative nous engagerait dans un débat résolument théorique et peut être aussi politique – je pense aux différents modèles de compréhension du phénomène dépression par exemple.

La première partie de mon intervention s'en tiendra à cette publicité qui n'est pas autorisée et aux mouvements de contre publicité qui en résultent dont la forme déplacée peut se nommer diabolisation.

La diabolisation des établissements privés par le public et du service public par le privé participe de mécanismes de déplacement, de projection, de dénégation et parfois de déni, mécanismes que je m'autorise à utiliser ici pour des personnes morales - collectifs de soignants, constitués d'éléments hétérogènes en regard des mécanismes précités qui trouvent parfois leur unité à porter une critique imaginaire sur l'autre lieu (la clinique ou l'hôpital) ou l'autre monde (le public ou le privé).

La liste des reproches et des critiques des uns sur les autres peut être grossièrement établie. D'aucuns dénonceront le clientélisme du privé, sa sélection des bons malades, pas trop envahissants ni régressés, la dimension lucrative de son exercice, son confort, sa position d'attente de la demande, sans participation à la mission de prévention primaire et même secondaire des troubles mentaux.

Le public lui sera accusé de fonctionnarisme, protégé indéfiniment par un statut l'autorisant à travailler comme bon lui semble, sans craindre la sanction de n'avoir plus de clients ou d'être dans une absence de rentabilité indécente.

Une autre manière de repérer les processus de diabolisation serait d'exposer au grand jour les fantasmes des différents exercices, fantasmes qui auront leurs envers dénoncés par les uns ou les autres des protagonistes. Au public serait attachée « la mission du service public », mission de protection de la société contre la maladie mentale. Au privé, la liberté, l'autonomie et l'expérience pour répondre à la souffrance psychique. A l'universitaire enfin, la responsabilité de la recherche.

A ces couples mission publique, liberté privée, recherche universitaire, un défaut fondamental :

- au public : l'impunité
- au privé : l'argent
- à l'universitaire : la gloire (ce qui n'est pas incompatible avec l'argent).

Et c'est à qui dira qu'ils ne font rien, qu'ils professent sans savoir, qu'ils roulent en voiture de luxe, qu'ilsmais aussi qu'ils ont une bonne réputation ce qui sous entendrait que d'autres ne l'ont pas.

Nous sommes là au niveau des rumeurs, du discours imaginaire que se tiendraient entre elles les différentes composantes du soin psychiatrique en France. J'ai constitué cette liste grossière très incomplète de fantasmes et de dénonciations à partir de mon expérience, de rencontres et de conversations pratiquement toutes informelles, espaces discursifs divers propres aux rumeurs. J'ai participé à ces morceaux de textes et je n'en suis pas spécialement fier. J'en parle plus facilement aujourd'hui parce que j'ai l'impression d'avoir mieux repéré, psychanalyse aidant, la part qui pouvait me revenir et qui se constituait par aveuglement de ma pratique et celle qui pourrait peut être s'objectiver grâce à ce travail et à notre réflexion commune aujourd'hui.

Je fais l'hypothèse, ici et aujourd'hui, que les phénomènes de diabolisation existent et qu'ils ne sont pas le fruit de ma seule imagination.

Nous savons tous que l'autre en tant que défaillant, incompetent, malhonnête disparaît le plus souvent, dès que l'on fait l'effort de le rencontrer. Il existe bien sûr des rencontres effectives qui ne lèvent pas complètement la critique, mais rien ne nous autorise à en juger, nos tutelles sont seules habilitées à le faire.

N'espérez pas pour autant que la proximité des partenaires du public et du privé suffira, à elle seule, à lever les conflits. Elle n'aura simplement comme effet que de rendre plus lisible des situations qui ne sont que des conflits internes aux structures ou des mésententes et des silences entre les personnes.

Je choisirai mon premier exemple dans les avatars de l'association Croix Marine de mon département.

Fidèle à l'esprit des Croix Marine, les fondateurs de cette association, qui appartenaient au public et au privé, ont mis à la disposition des patients des structures alternatives. Un centre d'accueil et des appartements associatifs étaient ainsi gérés et administrés par des personnels des différentes structures. La qualité de ce dispositif n'était ni du domaine privé, ni du domaine public, mais précisément associatif, inaugurant ainsi, bien avant la loi, une expérience de coopération réussie.

Lorsque un conflit est apparu au sein de l'association entre un responsable et les autres intervenants public/ privé confondus et que ce conflit n'a pu être traité, l'association a volé en éclats.

Deux comités d'appartements se sont constitués, un du privé et l'autre du public avec des déplacements de patients occultant des liens d'amitié tissés depuis des années entre occupants.

Plus tard, une tentative pour maintenir la gestion du centre d'accueil par l'association Croix Marine a échoué, ce qui n'a fait qu'exagérer le clivage public/ privé.

Aujourd'hui, une rumeur circule où les anciens patients pris en charge par l'une des parties qui utilisait le centre d'accueil ne pourraient plus y accéder, puisque l'autre partie en assurerait exclusivement la gestion.

Dans un autre secteur d'intervention, l'équipe médicale d'une clinique privée avait monté un projet d'une petite structure d'accueil pour adolescents en accord avec le responsable de la psychiatrie infanto-juvenile de l'hôpital spécialisé voisin.

Ce projet soutenu par le M.I.D. n'a jamais vu le jour.

Le directeur de l'établissement public, pour sauver des lits, dit-on, aurait choisi de créer cette structure sans le soutien de ses médecins spécialisés concernés, donnant sa préférence à des soignants non formés et un pédiatre.

Ce qui pourrait, là encore, apparaître comme un conflit entre public et privé est, en fait, l'histoire qui évolue mal aujourd'hui (ce service aurait des dysfonctionnements importants) du désaveu d'un médecin par des administrateurs du même établissement.

Des actions et des refus de coopération à des niveaux loco-régional ou national sont facilement observables dans le cadre des transferts de patients entre établissements publics et privés.

Lorsque le service de psychiatrie de l'hôpital voisin accepte certains de nos patients déssectorisés, à la condition de limiter le séjour dans le temps, nous ne manquons pas de le remercier car nous avons eu suffisamment à nous plaindre du désengagement de certains secteurs de reprendre leurs malades à leurs demandes ou /et à la nôtre.

2 exemples :

En février 97, Mr X, hospitalisé à la Chesnaie depuis 3 ans, est transféré en HDT vers le CHS lambda, dans le service de psychiatrie qui avait posé l'indication de la clinique, pour une recrudescence aiguë de troubles anxieux, raptus impulsifs et menaces de défenestration, violence et régression dans un climat délirant et de résistance aux soins institutionnels. Le Dr A, responsable du service de secteur de M. X, accepte le principe d'un séjour de rupture de 3 mois ce qui n'était pas spécialement notre demande et certainement pas celle formulée à sa façon par M. X. Nous nous étions engagés simplement à réévaluer une nouvelle demande de soins de M. X. au terme de cette hospitalisation.

En Mai 1997, le DR B, praticien hospitalier du même service nous écrit pour que nous fixions une date pour ce que nous appelons une CAE, consultation avant entrée : procédure qui consiste à recevoir un patient pour au minimum une demi journée nécessaire pour une visite des locaux, 1 ou parfois 2 entretiens avec un psychiatre. Dans le cas présent, il fallait surtout évaluer la qualité et l'authenticité de cette demande de soins renouvelée avec l'ensemble de l'équipe soignante.

En juin, un avis favorable pour une réadmission est transmis au Dr B avec la proposition, en accord avec le patient, d'une prise en charge en alternance et pour le moins des consultations régulières de M. X avec le service pour ne pas couper le lien thérapeutique.

M. X fait son entrée en juillet et écrit le mois suivant au Dr A. pour retourner au CHS ce qui lui est refusé par retour du courrier. Nous n'accompagnons pas cette demande à ce moment là puisqu'elle n'était pas conforme à nos accord. Par contre, en décembre de la même année, selon les vœux du patient, nous la reformulons au même service pour débiter la prise en charge en alternance. Sans réponse à notre lettre, nous téléphonons et recevons un refus sans appel. Les arguments seront les suivants : absence de lit disponible, le service n'accepte plus que les cas aigus et fonctionne sur le mode des services de réanimation, dixit.

Le Dr B. nous répond enfin qu'il ne peut s'opposer à un retour de M. X dans son secteur mais que si c'est le cas, il ne le gardera qu'une journée.

En janvier de cette année, le Dr B refuse la consultation demandée par M.X au téléphone.

Un nouveau courrier est envoyé le même mois. La réponse arrivera 3 mois plus tard sous forme d'une liste d'établissements situés dans le sud de la France susceptibles d'accueillir notre patient.

En Mai, une lettre envoyée à la DDASS du département est encore à ce jour sans réponse. Quant à Mr. X, dont les capacités d'autonomie nous paraissent aujourd'hui maximales et incompatibles avec une réinsertion socioprofessionnelle quelconque, nous l'avons rassuré sur notre engagement vis à vis de lui en espérant qu'un médecin conseil ne le jugera pas un jour inadéquat à la structure.

Cette histoire, qui ne va pas améliorer, vous pouvez l'imaginer, nos relations avec les collègues de ce service n'est pas la seule. Nous avons très régulièrement des difficultés pour solliciter un certain nombre de secteurs du service public à reprendre des prises en charge soit en relais le plus souvent, soit complètement si nous jugeons que les patients peuvent bénéficier de leurs structures alternatives.

D'autres secteurs sont au contraire sensible à nos arguments. Quand un collègue de la Chesnaie téléphone dans un des services d'un autre CHS, tout aussi réputé et moderne que le précédent, pour le retour temporaire d'un malade qui avait eu longtemps auparavant (au delà de cette fameuse loi des 5 ans qui n'a peut être jamais été écrite) un studio dans le territoire du dit service, le Dr C répond en un premier temps que cela fait problème de ré accueillir un patient déssectorisé puis accepte notre demande parce que nous a t'il dit : « nous avons besoin les uns des autres ».

La demande de séjours en alternance n'est pas de notre seul fait : quand le Dr D, médecin chef d'un service de psychiatrie dans un hôpital général nous sollicite pour le seconder dans la prise en charge difficile d'une patiente psychotique, fugueuse et se mettant en danger de mauvaises rencontres pendant ses fugues du fait de l'environnement de l'hôpital, nous aurons comme les soignants du service à traiter les mêmes troubles du comportement. S'en sont suivis des séjours en alternance pas toujours programmés à l'avance dans les deux établissements public et privé jusqu'à l'obtention d'une sédation des troubles et un véritable engagement dans les soins à la Chesnaie. Le Dr C reste quant à lui, encore aujourd'hui, référent de ce plan de soins.

Je ne peux me priver de vous proposer une autre histoire clinique, qui ne met pas en jeu une coopération entre le public et le privé, mais entre les structures privées entre elles. Nous avons eu, il y a quelques années à gérer une situation d'impasse thérapeutique dramatique. Une patiente, pour laquelle la discussion diagnostique a toujours oscillé entre la schizophrénie et l'hystérie grave, est arrivée jeune à la Chesnaie, un peu déposée par la famille. Les soins ont toujours été compliqués, sans véritable alliance avec cette famille, en particulier la fratrie, intervenante et rejetante à la fois. Pendant la dernière période du séjour à la clinique, et ce pendant plusieurs mois, les troubles du comportement étaient tels qu'ils mobilisaient un soignant en permanence toute la journée et parfois deux le matin. Agitation, menace de défenestration, violence physique, sitiophobie, les troubles augmentaient d'intensité au fur et à mesure que nous épuisions nos réponses : médicaments à haute dose évidemment, traitement corporel comme les packs, mesure périodique d'isolement, rien n'y faisait. Inutile de vous dire que la malade était déssectorisée selon la formule consacrée et qu'à part un séjour de rupture dans l'hôpital voisin qui ne voulait pas que cela se reproduise, nous étions sans recours. Après plusieurs réunions de constellation dont les premières avaient surtout pour mission de soutenir l'équipe soignante, une réflexion approfondie s'est engagée sur la dimension transférentielle et contre-transférentielle de cette patiente à l'institution. La dimension hystérique avec la capacité pathomimique propre à cette névrose, les circonstances

d'entrée, la longueur de la prise en charge avec la qualité de certains liens tissés avec certains des soignants, nous ont fait penser que la Chesnaie était devenue pour cette femme un lieu totalitaire, lieu de soins, mais aussi famille, espace de vie, cimetière des illusions. Nous avons alors décidé, sur le modèle des changements de chambre fréquents que nous instituons parfois pour déloger certains patients de situation régressive et d'isolement autistique, de faire appel à nos collègues du privé et de leur demander de recevoir la malade pour des séjours à durée déterminée, renouvelables si possible. Nous nous sommes engagés à maintenir le lien thérapeutique. A la fin d'un séjour dans une clinique privée voisine ou éloignée, tranquille pour la majorité d'entre eux, sans trouble du comportement, la malade revenait à la Chesnaie le temps que nous faisons appel à un autre établissement et repartait, avant, le plus souvent, de reproduire les troubles initiateurs de cette mesure. Au bout de près de 2 ans et quelques ratages, la malade s'est installée dans une institution voisine et a pu reprendre un parcours de soins – je touche du bois – dégagée de cette symptomatologie d'emprunt.

Lorsqu'un médecin responsable d'une structure privée ou publique, et engagé dans une association coordonnant des actions mixtes, s'oppose au fonctionnement de cette association et entraîne avec lui, sans leur assentiment, des soignants de sa structure, quand un directeur désavoue ses propres médecins qui s'engageaient dans un projet de coopération avec une structure voisine, quand les médecins d'un service décident de rompre le lien thérapeutique qu'ils avaient avec un patient chronique, au prétexte qu'ils n'assurent plus que le traitement des phases aiguës et que les médecins d'un autre service identique accepte au contraire de reprendre un patient désectorisé pour aider à maintenir ce lien thérapeutique avec une structure de soins en difficultés, il ne semble pas que l'opposition entre le public et le privé soit pertinente.

Tous ces exemples montrent qu'il existe des responsables de structure conscients de la place qu'occupe leur service ou leur clinique dans un dispositif global de soins, où la coopération, du fait de la complémentarité des différentes structures entre elles, est la condition nécessaire et parfois suffisante pour que se maintienne un lien thérapeutique pour les usagers. Il semblerait par contre que d'autres professionnels puissent imaginer maintenir leur activité aussi compétente soit elle sans concession interne ou externe aux besoins de leurs partenaires. Concrètement ces positions rigides sont le fait de personnes qui ne se parlent pas ou mal entre elles ; les principales victimes de ces non dits seront inéluctablement les patients.

Il faut être amené à dire quand on travaille dans un collectif la même chose au malade. Ce qui est plus que souhaitable mais pas véritablement nécessaire en médecine somatique, devient indispensable en psychiatrie.

La parole est le principal outil de soin dans notre discipline, au même titre que la main tenant le bistouri pour le chirurgien. En institution, des paroles confuses, incohérentes, contradictoires seront aussi dangereuses pour le psychisme que des mains tremblantes, maladroites ou qui ne se rencontrent pas sur un champ opératoire.

Il ne faut pas s'arrêter, nous l'avons vu, à la non coopération des structures entre elles mais repérer les clivages internes ou externes à ces structures qui sont des affaires d'hommes et de femmes qui ne se parlent pas.

Quels sont les critères et les conditions d'une parole commune ?

- Ce ne sont pas de nouvelles règles organisant la pratique professionnelle comme les R.M.O., même si je n'y trouve pas de contestations sur le fond.

- Ce n'est pas la psychanalyse car j'ai déjà trop souvent expérimenté sur différents lieux de soins l'usage détourné de la théorie freudienne ou lacanienne afin de maintenir des divergences malsaines et dangereuses à la politique institutionnelle de la structure.
- Ce n'est pas la sympathie, la bonne volonté ou les bons sentiments organisés en sacerdoce pour tous.
- Ce n'est pas l'intelligence non plus et je me garderai bien de penser que des surdoués ou des simples d'esprit peuvent être les plus toxiques.

-
En fait, je n'ose pas parler d'éthique car cela est, vous le savez bien, une véritable bouteille à l'encre. Disons, pour faire simple et, peut-être, un peu trop simple qu'il s'agit d'un rapport à la parole, une façon d'être engagé avec l'autre, l'autre malade, qu'il soit présent ou non. Dans ce secteur particulier du soin, la majorité de nos collègues qu'ils soient du public ou du privé ont cet engagement.

Nous faisons un métier difficile car il n'y a pas de terme à notre engagement. C'est aussi une histoire d'amour (il faut avoir envie d'aimer les gens) puisque une partie de nous-mêmes que nous avons pris soin de dupliquer en quantité suffisante est objet de transfert.

Ce qui est demandé aux différents acteurs du soin psychiatrique l'est également pour les structures qui doivent être garantes du lien. Il est donc nécessaire pour éviter une asphyxie transférentielle de créer des espaces institutionnels pour que la parole circule.

Il n'y a pas besoin d'être une clinique se recommandant de la psychothérapie institutionnelle pour participer à cette géométrie, de même qu'il n'est pas nécessaire d'être psychanalyste pour utiliser des concepts de la psychanalyse afin de saisir quelques phénomènes humains élémentaires.

Jean louis PLACE