A propos du congrès 1999 de l'American Psychiatric Association : un exemple à (ne pas ?) suivre...

Jean-Jacques Laboutière

L’avalanche des contraintes médico-économiques qui menacent actuellement nos pratiques nous pousse à en observer les effets dans les pays soumis de longue date à une politique de santé essentiellement ordonnée à des considérations comptables. Les États Unis sont à ce titre particulièrement exemplaires.

Plusieurs symposia consacrés à la pratique privée dans le cadre du congrès annuel de l’ American Psychiatric Association tenu mi-mai à Washington ont été l’occasion de faire le point de la question. Ils doivent d’ores et déjà nous faire réfléchir sur ce qui risque d’advenir de ce côté-ci de l’Atlantique. Si nos collègues américains affirment que la psychiatrie libérale a pu non seulement survivre à la crise extrêmement grave provoquée par la mise en place des Manage Care Organizations, mais encore se montrer de nouveau très florissante, ils reconnaissent cependant que cette survie n’a pas été sans de profondes modifications des pratiques. Nous en rapportons ici les traits les plus marquants.

La psychothérapie évacuée de la pratique psychiatrique

Comme on pouvait le craindre, c’est avant tout l’importance de la psychothérapie dans les prises en charge qui s’est trouvée modifiée.

Une étude réalisée par l’A.P.A. sur un échantillon représentatif de psychiatres privés montre que les prises en charge du psychiatre exerçant seul à son cabinet se répartissent maintenant de la manière suivante : 75 % de traitements associant psychothérapie et chimiothérapie, 20 % de prises en charge purement chimiothérapiques et seulement 5 % de traitements uniquement psychothérapiques.

L’évolution est encore plus flagrante en hospitalisation privée puisque dans ce cas aucun traitement purement psychothérapique n’est plus repéré, les pratiques se répartissant en 61 % de traitements associant chimiothérapie et psychothérapie et 39 % de chimiothérapies.

Les prises en charges uniquement psychothérapiques ont donc pratiquement été évacuées de la pratique psychiatrique au profit des psychologues ; le paradigme du traitement psychiatrique est désormais le " traitement intégré " associant prescription de psychotropes et psychothérapie.

Notons enfin que le remboursement des psychothérapies est limité dans le temps. Cette limitation varie largement selon la Manage Care Organization mais il est de 68 séances en moyenne.

Pas de patient sans diagnostic

La population de patients a également changé. Le remboursement des soins par les Manage Care Organizations supposant au moins un diagnostic sur l’axe I du DSM, la simple souffrance psychique ou la névrose ne peuvent plus suffire en tant que telles à légitimer la réponse thérapeutique du psychiatre.

La même étude de l’A.P.A. montre d’ailleurs que plus de 50 % des patients présentent au moins 2 diagnostics sur cet axe I. La fréquence de ces comorbidités (au sens du DSM) ne laisse donc aucun doute quant à la sévérité des psychopathologies prises en charge.

Cette manière de poser les diagnostics reste généralement fort éloignée de notre pratique mais sa signification est cependant moins terrible qu'on le pourrait croire. En effet, nous aurions probablement des résultats très semblables en France si nous nous mettions à utiliser le DSM : contrairement à ce que laissait entendre le rapport du Conseil Économique et Social de 1997, les psychiatres privés n'administrent pas que des soins banalisés et légers.

Mais le vrai problème demeure le préalable obligé du diagnostic afin de pouvoir prétendre au remboursement des soins. Le " panier de soins " que nous promet Monsieur Johanet n'est sans doute pas très éloigné de cette idée.

Le psychiatre reste le principal acteur des soins

Une étude réalisée sur une population de patients bénéficiant de soins psychiatriques montre en effet que 65 % d'entre eux sont pris en charge par des psychiatres dans le cadre de traitements intégrés (chimiothérapie et psychothérapie) ; 20 % bénéficient d'un traitement psychotrope prescrit par un psychiatre et d'une psychothérapie auprès d'un psychologue ; 10 % reçoivent un traitement psychotrope de leur généraliste tout en suivant une thérapie chez un psychologue et 5 % seulement sont en thérapie chez un psychiatre alors que le généraliste prescrit les médicaments.

Ces chiffres montrent ici encore à quel point l'importance du psychiatre dans le dispositif sanitaire se soutient essentiellement du fait d'assumer pleinement sa double compétence psychopharmacologique et psychothérapique. À ce prix, le modèle tant redouté d'une psychiatrie sans psychiatre, organisée autour du tandem médecin généraliste - psychologue, semble loin de prendre la place que l'on pouvait craindre.

Les cadres de soins et les rémunérations ont évolué

L'activité soignante des psychiatres privés s'est par ailleurs diversifiée. Seuls 4 % d'entre eux travaillent maintenant uniquement à leur cabinet, la moyenne ayant deux lieux de soins.

Le temps de travail se répartit en moyenne de la manière suivante : 40 % en entretiens individuels à leur cabinet, 10 % en thérapies de groupe, 5 % en clinique privée, 5 % en hôpital public, le reste du temps de travail étant consacré à des tâches administratives, ces dernières devenant d'ailleurs si importantes que les collègues indiquent de surcroît qu'ils ne peuvent plus se passer de secrétariat dès lors qu'ils adhèrent à des Manage Care Organizations.

De même les sources de revenus des psychiatres privés se sont diversifiées. En moyenne, le revenu du psychiatre libéral se décompose en 53 % d'honoraires, 42 % de salaire et 5 % de capitation.

Conclusions

Ces chiffres pourront paraître arides mais le sujet ne l'est pas moins. Ils ont le mérite de tracer clairement les perspectives qui pourraient bien être les nôtres d'ici quelques années si nous ne parvenons pas à endiguer les effets des réformes en cours.

Notons encore pour conclure que nos confrères américains se félicitent que l'activité dans le cadre des Manage Care Organizations ne représente qu'un tiers en moyenne de leur activité de soins. Cette proportion est évidemment très variable selon les régions, plus faible dans les grandes villes, plus importante dans les petites cités. Pour le reste, ils continuent de fonctionner comme ils pensent devoir le faire, dans le cadre d'une activité non remboursable mais dans laquelle ils ne sont pas obligés non plus de justifier leurs soins par des cotations selon le DSM. Ce droit à une activité strictement libérale ne pose pas particulièrement de problème éthique dans la culture américaine et leur est pleinement reconnu.

Serons-nous obligés de revendiquer un jour le droit à une activité non-conventionnelle afin de préserver la qualité des soins ? Devrons-nous en France sacrifier l'égalité des patients dans l'accès aux soins à la liberté de bien soigner ? Tout dans l'exemple américain peut le laisser craindre. Exemple à suivre ? À ne pas suivre

? Dans tous les cas, c’est bien pour que cette question ne se pose jamais ici que nous devons lutter avec la dernière détermination contre les perspectives qui nous sont actuellement proposées.

Jean-Jacques LABOUTIÈRE