Psychiatrie privée et organisation des soins

Yves Froger, Jean-Jacques Laboutière

La Psychiatrie et la Santé mentale constituent un volet important des projets de restructuration de l'organisation des soins qui sont envisagés avec la prochaine Loi Santé-Patients-Territoire et l'avènement programmé des Agences Régionales de Santé,

Dans cette perspective, l'implication des psychiatres privés dans le dispositif de soins, la spécificité de leur mission et les limites de leur champ d'intervention doivent être précisées, et ceci d'autant plus que, en Psychiatrie, les offres de soins privée et publique ne sont pas en concurrence mais s'articulent depuis toujours dans une volonté de complémentarité.

L'élaboration du SROS III avait déjà introduit une réflexion démographique nouvelle en distinguant des données statiques, l'implantation des populations, et des données dynamiques concernant les différents trajets effectués par les habitants. La nouvelle législation en préparation peut faire socle au remaniement considérable de la notion d'accessibilité des soins au sein d'un territoire dont la définition doit tenir compte des compétences et du temps.

Cette nouvelle approche est en adéquation avec les modes de vie contemporains et permet d'ores et déjà de mieux rendre compte du développement de l'activité des psychiatres libéraux observé ces vingt dernières années. Il nous paraît, en effet, évident que l'offre de soins des psychiatres libéraux a tout naturellement accompagné ces nouveaux modes de vie, les psychiatres ayant en quelque sorte, anticipé cette redéfinition de la notion d'accessibilité.

A - TROIS NIVEAUX DE PROXIMITÉ SONT OBSERVABLES :

- Le premier est celui de la proximité du domicile. Il ne concerne pas l'exercice libéral de la psychiatrie quand bien même la proximité géographique peut apparaître comme un facteur facilitant. Ce serait, néanmoins, une erreur d'en faire un déterminant de la pratique.

- Le deuxième niveau est celui du bassin d'emploi. Il constitue le territoire du « vécu de base », polarisé par la ville. Ce niveau de proximité correspond au champ d'action des psychiatres libéraux. C'est, en effet, bien plus dans cet espace que se repère la demande de soins des patients désireux d'obtenir un rendez-vous, avant, après les heures de travail ou éventuellement lors de l'interruption du midi. Cet espace englobe les trajets pouvant être effectués dans la demi-journée et qui correspondent non seulement au travail mais encore à une multitude d'activités. Il garantit en outre aux patients un minimum de confidentialité. Il exige des psychiatres libéraux de la disponibilité et des capacités d'adaptation aux contraintes horaires des patients. On inclut aussi dans cet espace les lieux d'hospitalisation privée nécessaires à l'accueil des patients lorsque les soins ambulatoires s'avèrent insuffisants ou inopérants. Ce niveau est aussi celui de la continuité des soins - davantage que de la permanence des soins au sens strict du terme qui relève plus en psychiatrie des structures publiques intervenant au 1er niveau de proximité. Nous reviendrons plus loin sur cette différence entre continuité et permanence des soins.

- Le troisième niveau de proximité constitue un espace plus large, très au delà de la région, dans lequel prennent place les cliniques privées proposant des soins très spécifiques, notamment ceux reposant sur la psychothérapie institutionnelle, et qui restent très rares en France. Ce niveau est aussi celui des exigences particulières de confidentialité qui peuvent imposer un éloignement géographique.

B - PERMANENCE DES SOINS, CONTINUITÉ DES SOINS

Le fait que l'exercice libéral de la psychiatrie se situe électivement dans le deuxième niveau de proximité impose de préciser les notions de permanence des soins, de continuité des soins et d'accueil d'urgence qui sont trop souvent amalgamées.

La permanence des soins englobe en fait les deux autres. Il s'agit tout aussi bien de garantir la continuité des soins pour un même patient que de garantir des possibilités d'accueil d'urgence pour différents patients.

Cependant, cet accueil d'urgence n'est pas du même ordre selon le niveau de proximité. Pour le niveau 1, il s'agira de l'intervention du médecin généraliste de garde et du recours éventuel à une hospitalisation. Pour le niveau 2, il s'agira d'une demande de consultation pour un avis spécialisé, celui-ci devant intervenir dans un délai assez bref selon l'état du patient : dans la journée, dans la semaine, à la rigueur dans la quinzaine. Dans ce cadre, les psychiatres libéraux sont fréquemment sollicités par leurs collègues généralistes et incluent des consultations non programmées dans leur planning. Pour le niveau 3 la notion d'accueil d'urgence s'efface puisqu'il ne s'agit ici que de soins programmés.

La continuité des soins pour un même patient est en revanche d'un autre ordre. Elle est au cœur de la pratique des psychiatres libéraux, tant les soins psychiatriques s'inscrivent dans la durée.

Continuité des soins signifie d'une part disponibilité pour programmer des rendez-vous réguliers et suffisamment rapprochés, d'autre part possibilité de proposer des rendez-vous en urgence intercurrents selon l'évolution des patients qui demeure souvent totalement imprévisible.

La continuité des soins repose donc avant tout sur une disponibilité à moyen terme (24, 48, 72 heures plutôt qu'une heure) et nécessite des capacités d'adaptation et de souplesse dans l'emploi du temps, ce qui se traduit le plus souvent par le rajout de consultations tardives.

La continuité des soins signifie aussi la possibilité de répondre au téléphone pour apporter des réponses immédiates parfois suffisantes (ajustement de la posologie d'un traitement, évaluation de l'état clinique du patient). Cette facilité de joindre personnellement le psychiatre au téléphone est un élément important de l'exercice de la psychiatrie libérale.

Ces précisions sur ce qui constitue la continuité des soins permettent de mieux comprendre comment et pourquoi elle relève électivement d'une pratique libérale de niveau 2. Elle est différente mais complémentaire de celle du service public.

C - ACCUEIL ET URGENCES, CONSULTATION ET SOIN

Spécificité de la pratique libérale, complémentarité avec le service public

Les cabinets de psychiatres libéraux sont actuellement saturés et ne peuvent que très difficilement prendre en charge de nouveaux patients. Les raisons de cette saturation sont indéniablement mal comprises par les tutelles. Cette incompréhension faisant à son tour suspecter l'adéquation des patients au dispositif de soins, il importe de clarifier les notions de « consultation » et de « traitement » en psychiatrie afin d'avancer dans le travail d'articulation des psychiatres libéraux avec les autres acteurs du système de soins.

Cette saturation altère également l'accueil des patients, au risque de les décourager de rechercher les réponses thérapeutiques exigées par leur état. Cette notion d'accueil ne doit donc pas être sous- estimée mais, en dépit des apparences, sa qualité est en réalité moins dramatique que les apparences ne peuvent le laisser penser.

Accueil des patients

Le terme d'accueil recouvre ici la première réponse faite au patient au moment où il exprime sa demande de soins, avant même toute considération diagnostique de son état de santé. Ce temps de prise de contact avec le praticien est capital dans la mesure où il détermine très largement l'engagement ultérieur du patient dans les soins qui peuvent lui être nécessaires.

Depuis de nombreuses années, les revenus des psychiatres libéraux stagnent tout en bas de l'échelle des revenus médicaux de sorte que, à de rares exceptions près, cette insuffisance de revenus ne leur permet pas de salarier une secrétaire assurant la prise de rendez-vous, même dans le cas de cabinets de groupe. Ce sont donc généralement les praticiens eux-mêmes qui gèrent l'accueil téléphonique.

Par ailleurs, la demande de soins est telle que les appels téléphoniques interrompent en moyenne deux ou trois fois chaque consultation, au détriment du patient auquel la consultation est consacrée. C'est pour cette raison que la majorité des psychiatres libéraux travaillent en laissant leur ligne téléphonique constamment connectée à un répondeur et rappellent eux-mêmes les patients entre les consultations ou bien en fin de journée.

En terme de qualité d'accueil, une telle organisation peut sembler extrêmement insuffisante. Elle n'est effectivement pas sans risque, notamment du fait que certains patients confrontés à un répondeur téléphonique sont déconcertés et raccrochent sans indiquer leurs coordonnées.

Cependant, en dépit des apparences, ce mode d'accueil est probablement beaucoup plus adéquat que ne le serait un accueil téléphonique assuré par une secrétaire chargée de la prise de rendez-vous, et ceci pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, il faut partir du constat que l'agenda est de toutes manières déjà plein, et cela pour une durée de trois mois en moyenne. Une secrétaire ne pourrait donner un rendez-vous que sur la base des disponibilités de l'agenda, donc toujours dans un délai très long. En revanche, lorsque le praticien tient lui-même son agenda, il peut décider d'ajouter une consultation à sa journée de travail si cela lui paraît impératif, voire retarder la consultation d'un patient pour lequel il pense cela supportable afin d'en faire bénéficier un autre patient. Cet accueil téléphonique assuré par le psychiatre lui-même permet donc une certaine souplesse.

D'autre part, en rappelant lui-même le patient, le psychiatre est en mesure de réaliser une évaluation sommaire de la demande de soins et de son degré d'urgence, ce qu'une secrétaire ne pourrait pas faire car, quand bien même elle aurait bénéficié d'un minimum de formation à cet égard, elle ne pourrait évidemment pas en assumer la responsabilité médico-légale. Aussi rudimentaire qu'il puisse paraître, ce système d'accueil téléphonique intègre donc une véritable dimension de régulation des soins, assurée de fait par le praticien libéral sans aucun surcoût pour la collectivité.

Urgences

Certes, l'on pourra objecter que cette manière de faire ne permet absolument pas de répondre à l'urgence. Il doit toutefois être rappelé ici que les urgences psychiatriques correspondent à des situations précises et bien codifiées qui ne doivent pas être confondues avec l'impatience des patients d'obtenir un rendez-vous. Il s'agit des psychoses aiguës (état maniaque, état mélancolique, bouffée délirante aiguë, confusion mentale), des crises suicidaires et des crises d'angoisse paroxystiques.

En ce qui concerne les psychoses aiguës, la sécurité du patient suppose une hospitalisation aussi rapide que possible. Cette hospitalisation peut être décidée par un omnipraticien et le recours au psychiatre n'est donc pas indispensable à la prise en charge initiale de l'urgence.

Dans les deux autres cas en revanche, crise suicidaire et angoisse paroxystique, l'accès rapide à un psychiatre est incontestablement nécessaire. Toutefois la réponse immédiate peut être valablement apportée par un infirmier bien formé à la santé mentale dans le cadre d'un CMP ou d'un service de porte hospitalier, que le patient s'y présente spontanément ou après avoir consulté un omnipraticien, et le psychiatre peut n'intervenir que dans les heures qui suivent.

Dans le cadre de l'organisation actuelle des soins, il n'y a donc pas lieu de remettre en cause les modalités d'accueil des psychiatres libéraux. L'urgence psychiatrique est valablement prise en charge sans eux grâce aux interventions conjointes des médecins généralistes, des infirmiers de CMP et des services de porte hospitaliers. En contrepartie, les psychiatres libéraux offrent à la collectivité un service de régulation de la demande de soins qui, bien qu'il ne soit généralement pas repéré puisqu'il n'est pas rémunéré, présente les meilleures garanties de qualité puisqu'il repose sur les psychiatres eux-mêmes et non pas sur d'autres intervenants moins qualifiés.

Consultation et traitement

Dans l'organisation générale du système de soins, le terme de consultation renvoie le plus souvent à l'avis diagnostique et thérapeutique que le médecin généraliste peut demander à un spécialiste. Après avoir examiné le patient, le médecin consultant communique son avis au médecin traitant qui mettra en œuvre et surveillera le traitement en s'appuyant sur cet avis. Cette distinction entre consultation et conduite du traitement légitime la distinction entre une médecine générale de première ligne et une médecine spécialisée de second recours.

Cette distinction n'est cependant pas pertinente en psychiatrie pour plusieurs raisons qu'il importe de clarifier.

Tout d'abord, du fait des particularités du diagnostic en psychiatrie qui présente cinq caractéristiques essentielles :

- Le diagnostic différentiel est bien plus important pour décider de la prise en charge que le diagnostic positif ; il demande souvent plusieurs consultations pour être posé.

- Ce diagnostic doit se faire à un double niveau : d'une part au niveau syndromique (par exemple état dépressif, délire paranoïde, trouble anxieux, etc.) et d'autre part au niveau de la structure de la personnalité (structure névrotique ou psychotique de la personnalité, troubles de la personnalité, etc.).

- L'émergence complète des manifestations cliniques nécessaires à l'élaboration du diagnostic suppose préalablement la mise en place d'une relation avec le patient qui soit déjà thérapeutique. En effet, les signes cliniques ne se dévoileront pas si le patient ne ressent pas au moins déjà un soulagement de la rencontre avec le praticien, ce qui signale la mobilisation d'une dynamique psychique inconsciente dans laquelle le praticien doit rapidement se repérer.

- L'élaboration du diagnostic et la mise en œuvre du traitement intègrent des hypothèses du fonctionnement psychique elles-mêmes fondées sur une pluralité de modèles théoriques dont aucun ne rend complètement compte de l'ensemble du fonctionnement psychique. Le psychiatre doit donc opérer des arbitrages parmi ces modèles en fonction de sa formation, ses références théoriques propres et l'adéquation au cas particulier du patient.

- Le diagnostic est toujours dynamique, les effets thérapeutiques de la relation soignante pouvant amener le psychiatre à le remettre en cause à tout moment.

C'est pour rendre compte de la complexité de cette intrication particulière des temps du diagnostic et du traitement que les psychiatres préfèrent le terme globalisant de « clinique » pour désigner leur démarche diagnostique, voulant signifier ainsi que cette démarche ne se réduit pas à la maîtrise d'une séméiologie aussi fouillée soit elle comme c'est généralement le cas en médecine somatique mais intègre des aspects psychodynamiques.

De même, le traitement psychiatrique se décrit dans plusieurs dimensions qui doivent constamment être articulées entre elles en dépit de leur hétérogénéité pour être efficaces :

- Une dimension relationnelle, constamment à l'œuvre et la plus déterminante, pour mobiliser les fonctionnements psychiques du patient.

- Une dimension historique, sociale et culturelle, le psychiatre devant tenir compte au cas par cas du contexte singulier dans lequel s'inscrit l'histoire de chacun de ses patients, afin d'ajuster sa position aux représentations psychiques du patient sans polluer ce dernier de ses propres représentations du trouble psychique.

- Une dimension psychopharmacologique parfaitement maîtrisée afin de permettre en cas de besoin le recours au médicament sans figer pour autant la dynamique psychique du patient.

Généralement appelée psychothérapique par la communauté professionnelle, la dimension relationnelle du traitement en constitue le socle. Les récents débats à propos de la réglementation des techniques psychothérapiques – improprement désignées du terme de « psychothérapies » – ont apporté de notables confusions sur cette notion, la plus pernicieuse étant de laisser croire que ces techniques pourraient sans aucun risque pour les patients être mises en œuvre de manière isolée, alors qu'elles ne peuvent valablement s'intégrer que comme des supports de pratique dans la démarche globale, à la fois diagnostique et thérapeutique, que nous venons de décrire.

Le respect de la qualité des soins suppose que ces particularités du diagnostic et du traitement psychiatriques soient respectées dans l'organisation du système de soins. En effet, quelle que soit la nature de la pathologie en cause, quel que soit le cadre des soins, l'articulation permanente entre ces différentes dimensions doit pouvoir être respectée.

Quand l'état du patient impose de recourir à une hospitalisation, la multiplication des intervenants (psychiatres, psychologues, infirmiers et travailleurs sociaux) impose donc un travail collectif de réflexion afin de soutenir l'efficacité des soins sous la responsabilité du psychiatre qui demeure garant de leur adéquation à l'état du patient. La pénurie de personnel rend d'ailleurs ces temps de travail en commun de plus en plus difficiles à mettre en œuvre, ce que dénoncent régulièrement les organisations représentatives des infirmiers.

A l'inverse, les prises en charge réalisées par les psychiatres libéraux, si elles ont l'inconvénient de restreindre les indications aux patients dont l'état de santé n'impose pas d'hospitalisation, permettent l'économie de ce travail d'articulation, cette dernière étant garantie par le fait qu'il est le seul intervenant dans la prise en charge.

Cette économie de moyen a des effet très mesurables puisque 6000 psychiatres libéraux prennent en charge à eux seuls autant de patients que les 6000 psychiatres publics assistés de leurs équipes soignantes. Cela repose sur le fait que les psychiatres libéraux peuvent consacrer l'essentiel de leur temps aux patients alors que les psychiatres publics doivent constamment partager le leur entre les patients et le travail de ré-articulation des différentes dimensions du soin auprès de leurs équipes soignantes.

Une compréhension claire des procédures diagnostiques et thérapeutiques en psychiatrie permet aussi de comprendre pourquoi la question des transferts de compétence ne va pas sans poser de nombreux problèmes en psychiatrie.

En médecine somatique, une organisation tayloriste du travail peut à la rigueur se concevoir : le traitement peut être divisé en une séquence d'actes prédéfinis et bien codifiés, permettant que certains d'entre eux soient

confiés à des professionnels ayant reçu une formation adéquate, ce qui permet d'économiser le temps des professionnels les plus qualifiés tels que les médecins.

En revanche, ce modèle ne peut être appliqué à la psychiatrie puisqu'il serait contre-productif. En effet, toute répartition des tâches entre différents intervenants imposant au contraire une augmentation du temps de travail du psychiatre puisque ce dernier doit consacrer une partie de son temps à l'indispensable travail de réarticulation des différentes dimensions de la prise en charge avec tous les autres intervenants pour soutenir l'efficacité des soins. A l'inverse des schémas de soins en M.C.O., la division des tâches consomme du temps de psychiatre au lieu d'en épargner. Cette division des tâches devrait donc être utilisée de manière aussi parcimonieuse que possible, et réservée aux patients nécessitant des prises en charge institutionnelles, que ce soit en hospitalisation à temps-plein ou à temps partiel, ainsi que dans le secteur médico-social.

L'utilité sociale des psychiatres libéraux paraît dès lors beaucoup plus évidente : leur formation leur permettant de prendre en charge un patient dans toutes les dimensions nécessaires à l'efficacité du traitement tant que l'état du patient n'impose pas de recourir à l'hospitalisation, cette modalité de prise en charge constitue sans doute la plus économique pour les patients qui en bénéficient.

Dr Jean-Jacques LABOUTIERE
Psychiatre – Mâcon – Président d'honneur de l'AFPEP – SNPP
Dr Yves FROGER
Psychiatre – Lorient – Secrétaire Général de l'AFPEP – SNPP