



MÉDECIN-PSYCHIATRE EN INSTITUTION

Humaniser l'institutionnel

ABGRALL Luisa, FRANCESCHINI Marie Lou

POURQUOI LA PSYCHIATRIE, POURQUOI L'HÔPITAL ?

*Si je devais recommencer ma
carrière médicale, je choisirais...*

81,1%

des participants ont répondu une
autre spécialité que la
psychiatrie



La psychiatrie, un secteur en état d'urgence

Editorial. Délais de prise en charge, soignants à bout, patients abandonnés, la situation dans les services de psychiatrie est critique. Les pouvoirs publics ne semblent pas en mesurer la gravité.

Publié le 18 août 2018 à 10h51, modifié le 19 août 2018 à 13h40 | 🕒 Lecture 2 min.

POURQUOI LA PSYCHIATRIE, POURQUOI L'HÔPITAL ?

Quelle place pour les réglementations, les protocoles, les prescriptions ?

La présence de 42 % des patients, en psychiatrie active intra-muros, était motivée par une raison administrative, et non par des besoins médicaux. Ce taux, très variable d'un service à l'autre, allait de 21 % à 75 %.

Plus d'un patient sur cinq, en psychiatrie active intra-muros, étaient en attente d'une place pour sortir. L'attente pouvait durer depuis plusieurs mois. Plus d'un patient sur huit attendaient une clarification d'une situation administrative ou financière : dérogation d'âge pour maison de retraite, succession, expertise, possibilité de rentrer dans son pays, divorce, vente d'un immeuble, etc.

Le motif de la prolongation des séjours hospitaliers était donc sans rapport avec les besoins médicaux des patients.

La moitié des prescriptions de neuroleptiques et des prescriptions d'hypnotiques s'écartaient des recommandations de bonne pratique (tableau I).



Des faits banalisés ?

Source : BORGÈS DA SILVA 1, G. La qualité des soins en hôpital psychiatrique: revue de la littérature et perspectives. *Santé publique*, 2003, no 2, p. 213-222.

PRÉSENTATION DES INTERVIEWÉES

Madame I

Médecin - psychiatre

*au sein d'un
CMP*

- + Relation patient et techniques non médicamenteuses
- Manque de psychiatre (1/4) et exigences institutionnelles

Madame R

Médecin - psychiatre

*au sein d'un
CMP*

- + Le soin et la relation patient
- Manque de psychiatre (6/13)

Madame F

Médecin - psychiatre

*En intra et extra
hospitalier*

- + "Cheffe d'orchestre" de l'hôpital, réussir à soigner
- Manque de moyens matériels

*accompagnée de son
interne*

RETOURS PERSONNELS SUR LES ENTRETIENS

► DES DIFFICULTES...

Crédibilité lors des demandes d'entretiens

Détecter les tensions dans la routine

Manque d'interactions spontanées



FORMAT :

Vidéos Zoom

Entretiens de 1 à 2 heures

► MAIS AVANT TOUT UN ENRICHISSEMENT

Complémentarité des rencontres

“Expérience” du réel du travail

Sentiment de partage réciproque



PLAN

I. L'évolution de la psychiatrie, moteur d'un changement d'échelle de la profession de psychiatre

II. Le métier de psychiatre, une activité conceptuelle au coeur de la pratique

III. L'hôpital, un cadre de travail rassurant et étouffant

Quelle influence le cadre hospitalier a-t-il dans la pratique du psychiatre ?



MÉDECIN PSYCHIATRE, AU DELÀ DU CHAMP MÉDICAL

ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT

- ▶ Consultations
 - 30 mins à 1 heure
 - RDV tous les 2 mois environ
 - Jusqu'à 300 patients en suivi
- ▶ Prescription médicale
- ▶ Suivi du diagnostic et du traitement



40 %

20 %

DIMENSION MANAGERIALE

- ▶ Prise de décision collective
- ▶ Equipe pluridisciplinaire
 - Réunion hebdomadaire pour chaque sujet



PREVENTION

- ▶ Primaire
- ▶ Secondaire
- ▶ Pratique non systématique



10 %

30 %

GESTION ADMINISTRATIVE

- ▶ Consultations
- ▶ Prescription médicale
- ▶ Suivi du diagnostic et du traitement



UN AGENCEMENT DE SAVOIRS VARIÉS



- Capacité à “voir” les symptômes
- Recherche du traitement



- Gestion des consultations
- Adaptations des protocoles



- Suivi complet et spécifique
- Accompagnant (qualités d’écoute, ...)

DU DIAGNOSTIC ARTISANAL AU DPI : UN CHANGEMENT D'ÉCHELLE SIGNIFICATIF



PRISE DE NOTE

- ▶ Le DSM comme ligne directrice
- ▶ Accès à l'information restreint
- ▶ Formalisme libre



DIAGNOSTIC PATIENT INFORMATISÉ (DPI)

- ▶ Données centralisées
- ▶ Critères de diagnostic pré-inscrits
- ▶ Indicateurs systématiques

LE DPI, SYMBOLE DE LA MÉDECINE INDUSTRIELLE

PROCEDURES

STANDARDISATION DES
DONNÉES
(INDICATEURS)

DOSSIERS CONSERVÉS
DANS LES BASES DE
DONNÉES

COMPTAGE DES DPI
⇒ MESURE DE PRODUCTIVITÉ



CONSEQUENCES

SAVOIR FAIRE DU
PSYCHIATRE BANALISE

QUID DE LA
CONFIDENTIALITE ?

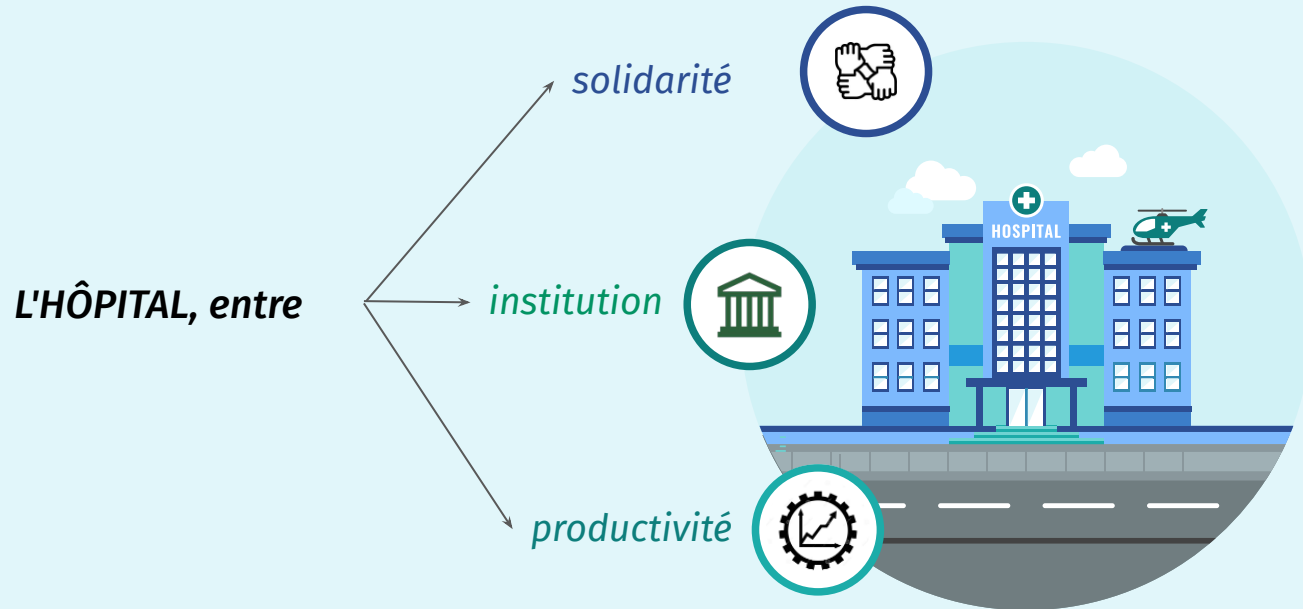
PRISE EN CHARGE "A
LA CHAINE"

UNE ADAPTATION FASTIDIEUSE MAIS NÉCESSAIRE

<i>Exemple de tâche</i>	<i>Prescription, (par qui? Sous quelle forme?)</i>	<i>A qui bénéficie le résultat du travail ?</i>	<i>Produit principal du travail</i>	<i>Qu'est ce qui est censé aller de soi?</i>	<i>Sources de résistances, l'écart prescrit-réel</i>	<i>Sensibilités développées par le travailleur</i>
Procédures administratives de remplissage de dossiers DPI (suivi de diagnostic)	Rédaction des informations relatives aux patients dès le premier contact/entretien puis mise à jour lors de chaque suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Bénéfice économique pour l'hôpital - Intérêt administratif, judiciaire et professionnel - Protection judiciaire/preuve juridique 	Mise en place d'un dossier exhaustif qui recense le suivi du patient depuis le début de sa prise en charge	Trouver le diagnostic à partir des symptômes du patient (lien direct symptôme-maladie)	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'informations pour la pose du diagnostic (risque de mauvais diagnostic) - Monopolisation du temps par l'administration (en dépit de la relation avec le patient par exemple) 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de l'option "NIM" (dont l'utilisation a été dérivée à cet effet) - Prise de contact avec le patient en dehors des créneaux (lacunes d'informations de suivi des patients du au manque de temps) qui, <i>in fine</i>, permettent de donner un réel diagnostic

Analyse de l'écart prescrit-réel des procédures administratives de remplissage du dossier relatif au patient par les psychiatres

L'HÔPITAL, UN CADRE DE TRAVAIL INDUSTRIEL A LA FOIS RASSURANT ET ÉTOUFFANT



L'hôpital, un cadre rassurant ...



Entre les soignants
(infirmières, internes, cadres,
aide-soignants et ASH)

Entraide



Entre les différentes unités
hospitalières

Collaboration



Lieu de transmission des
savoirs théoriques et pratiques

Echanges



Protection

Justification des soins
effectués et traitements
administrés



Suivi

médicamenteux, physique,
psychique et social du
patient pendant son
hospitalisation puis lors de
sa réinsertion

... mais également un cadre étouffant

Gestion de documents administratifs lourde

Ecart prescrit-réel entre le protocole administratif imposé et la réalité psychiatrique

- 20 à 30% du temps de travail à ces tâches procédurales au détriment de leur pratique clinique

Réduction des moyens matériels et humains



Protocoles de soins contraignants

- Protocoles de soins standardisés → pas de singularité du patient et des situations cliniques
- Obligations de poser un diagnostic dès la 1ère consultation → pas réalisable
- Traitements médicamenteux >>> thérapies non médicamenteuses (demandent plus de temps et de régularité avec le patient)

➔ Reflet d'une saturation du système actuel combinant plusieurs dysfonctionnements

PDV des institutions

Le psychiatre doit respecter les directives protocolaires et administratives de l'institution

Adapter la pratique selon les demandes administratives de l'institution (poser une cotation dès le premier examen)

Pose d'un diagnostic précoce et standardisé, psychiatre se plie aux protocoles

Diagnostic précipité et/ou erroné, stigmatisation du patient (mis dans une case), perte de sens pour le psychiatre

Comment lutter contre cette dérive ?

Le psychiatre veut respecter l'essence de son métier

Traiter les patients de façon singulière, examen régulier permettant le suivi du patient et la pose d'un diagnostic

Les professionnels ne remplissent pas les clauses administratives demandées

Pas de cotations effectuées = pas budget alloué au service, pas de moyen matériel et humains

Comment lutter contre cette dérive ?

PDV du psychiatre

Étude plus approfondie de la tension liées aux protocoles administratifs (dans la pose et le suivi du diagnostic)

Mais qui gère et comment fonctionne l'hôpital ?

régis par des agences régionales de santé (ARS) sous la tutelle du ministère de la santé

COÛTS

- Depuis 2022 : financement selon une tarification à l'activité (T2A)
- Ressources allouées selon un système de calcul de coûts par groupes homogènes de malades (GHM) ou de séjours (GHS)
- Réduction des moyens matériels et humains



PRODUCTIVITÉ

- Indicateur de mesure capital dans les hôpitaux
- Personnel médical soumis à des contraintes temporelles ⇒ pression accrue

=> effets pervers et dysfonctionnels réduisant l'autonomie professionnelle des psychiatres

“Peut-on mesurer cette activité et doit-on mesurer cette activité ?”

- pertinence de l'approche RAPM d'une organisation professionnelle relevant d'une **mission de service public qu'est l'hôpital**
- intégrer à la médecine actuelle des **méthodologies quantitatives**



Alors que la médecine psychiatrique =
activité fondée sur un savoir-faire non formalisable : le RELATIONNEL

MISSIONS ET SOURCES DE PRESCRIPTIONS

SURTOUT DES INSTANCES...

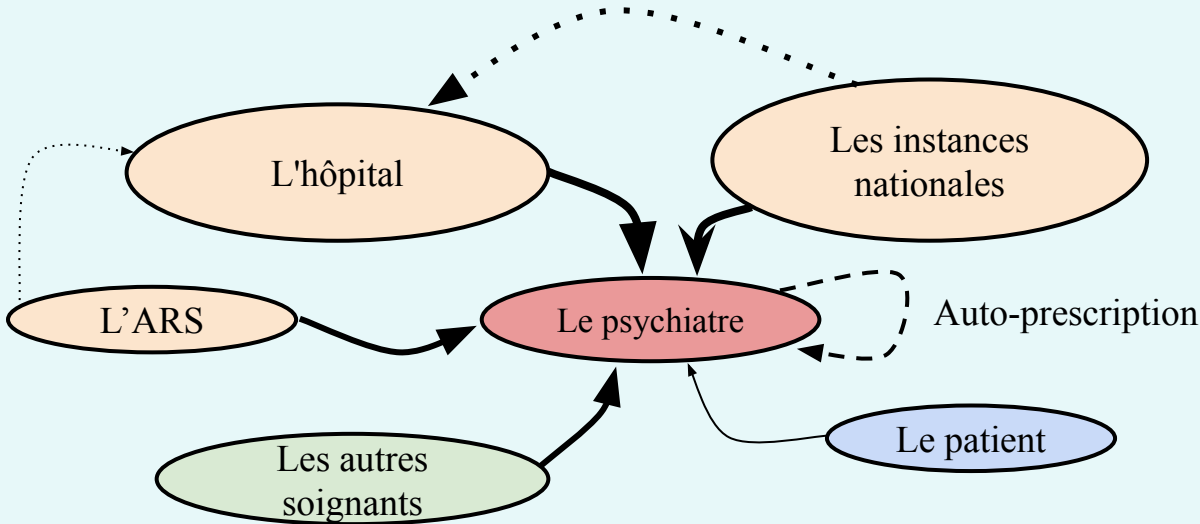
qui encadrent et contrôlent à différentes échelles

SOUVENT EN OPPOSITIONS

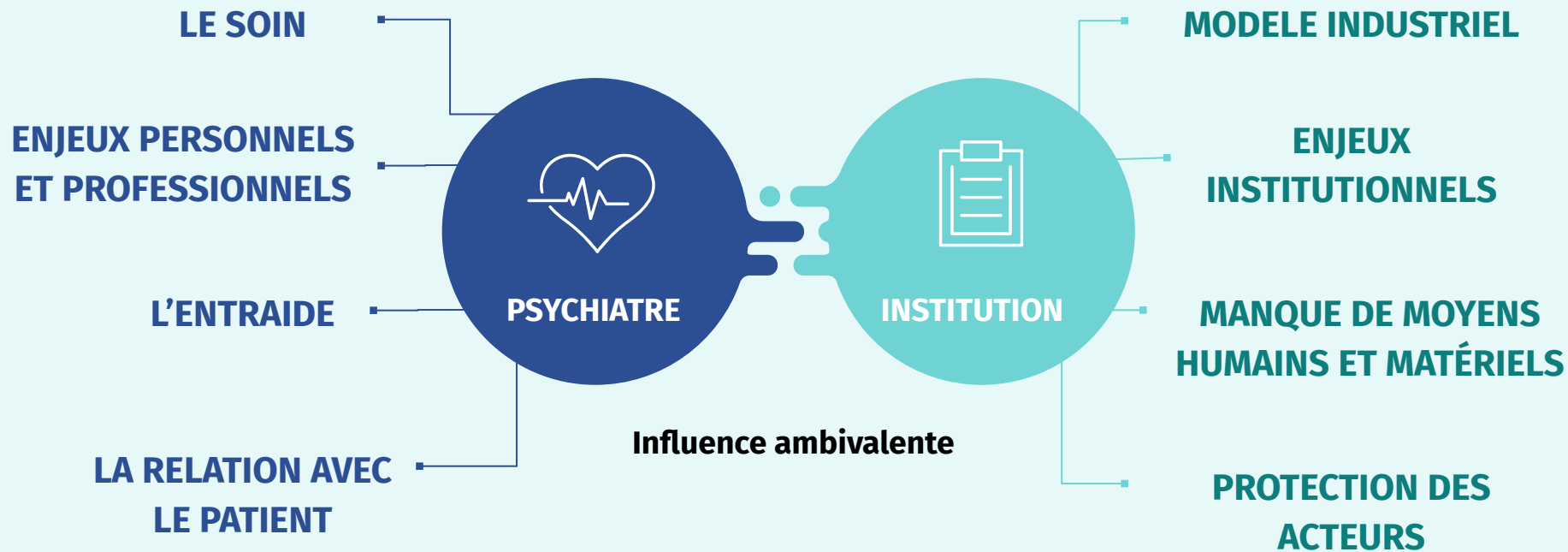
Dû à un manque d'interactions entre les prescripteurs

QUI REFLÈTENT DES ENJEUX DICHOTOMIQUES

Côté institutionnel	Côté relationnel
Enjeux économiques, de productivité, juridiques, réglementaires	Enjeux médicaux, personnels, éthiques



CONCLUSION





MERCI POUR VOTRE ÉCOUTE :)