

PENSER, VOIR ET DESIGNER LE TRAVAIL

Médecin-psychiatre en institution

Humaniser l'institutionnel



Table des matières

La psychiatrie, une profession en crise ?	4
Introduction	5
Méthodologie d'entretien	7
1. Présentation de Madame I, médecin-psychiatre au sein d'un CMP	7
2. Présentation de Madame R, médecin-psychiatre au sein d'un CMP	7
3. Présentation de Madame F, médecin-psychiatre en intra et extra hospitalier accompagnée de son interne	7
I. L'évolution de la psychiatrie, moteur d'un changement d'échelle de la profession de psychiatre	9
1. Trouver le sens en le redonnant : l'essence de la psychiatrie	9
2. La psychiatrie moderne, au gré des découvertes médicales	10
3. Le diagnostic, outil technique emblème de la médecine industrielle	11
II. Le métier de psychiatre, une activité conceptuelle au coeur de la pratique	14
1. Un accompagnant dans l'amélioration du bien être des patients	14
2. Apprendre à gérer l'institutionnel	17
3. La dimension managériale du métier : confrontation des points de vue et prise de décision	19
4. Voir la maladie, entre apprentissage et savoir-faire	20
III. L'aporie de l'hôpital, un cadre de travail rassurant et étouffant	24
1. Un lieu d'entraide pour les professionnels de santé/soignants	24
2. Un cadre restrictif limitant les pratiques	25
3. Une entreprise intégrée dans une logique productiviste	27
4. Le DPI, symbole d'une grammatisation des pratiques	29
Conclusion	32
Sources	33
Annexes	34

Remerciements

Nous remercions chaleureusement les quatre médecins-psychiatres que nous avons pu rencontrer d'avoir accepté d'échanger et de partager leur quotidien avec nous. Ces échanges, riches, passionnants et sincères ont été un réel moteur pour penser et comprendre le métier de psychiatre. Nous tenions également à remercier toutes les personnes qui nous ont permis d'être mises en contact avec les professionnels de santé. Un grand merci à Elodie Gratreau pour ses conseils qui nous ont été très précieux.

La psychiatrie, une profession en crise ?

Depuis le Covid, les articles se succèdent. L'augmentation du nombre de patients concomitamment à la baisse du nombre de professionnels pose la question de la qualité de la prise en charge du soin. Pourtant, les acteurs de ces hôpitaux ne semblent pas être entendus sur cette problématique. Les hôpitaux psychiatriques sont les premiers touchés, notamment car les hospitalisations sont souvent longues et demandent un accompagnement régulier. Le compte rendu de l'ONDPS réalisé en 2010 sur 13 000 psychiatres dénonce l'insuffisance du nombre de médecins qui a chuté jusqu'à atteindre un rapport de 1 pour 5 000 habitants¹. Le déficit est alors évident et pourtant, aucune mesure ne semble être mise en place ou prévue par le gouvernement. Les patients se plaignent de ne pouvoir recevoir une prise en charge adéquate. De la même façon, les psychiatres n'ont pas les conditions nécessaires pour assurer un suivi de qualité : la pérennité de leur profession dépend de celle de l'hôpital. Ces problèmes de fond soulèvent alors le rôle de l'hôpital dans le dysfonctionnement de ce secteur. *Quelle corrélation peut-il y avoir entre pratique psychiatrique et entité institutionnelle ?*

La très grande souffrance de la psychiatrie française

Par Catherine Vincent

Publié le 17 juillet 2020 à 06h00, modifié le 19 juillet 2020 à 14h57

🕒 Lecture 12 min.

🔒 Article réservé aux abonnés

🔖 Ajouter à vos sélections

ENQUÊTE | **La demande des patients explose et l'offre dysfonctionne : la pandémie a aggravé les maux chroniques des hôpitaux psychiatriques. La profession est divisée sur les raisons de la crise comme sur les remèdes.**

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.

« On redoute un effondrement du système » : après le Covid-19, la crainte d'une « vague psychiatrique »

Le secteur psychiatrique estime que 10 % des malades ont été perdus de vue pendant le confinement et voit affluer de nouveaux patients sans antécédents.

Par Faustine Vincent

Publié le 11 juillet 2020 à 04h04, modifié le 11 juillet 2020 à 17h03 - 🕒 Lecture 7 min.

¹ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte_rendu_de_l_audition_des_Psychiatres.pdf

Introduction

Exercer dans un hôpital psychiatrique, c'est évoluer dans un milieu qui a ses propres règles et fonctionnement. Marginalisés pour mieux soigner, ces établissements deviennent des lieux de vie temporaire pour les personnes atteintes de maladies mentales. Contrairement à un exercice en libéral, l'hôpital rend compte du cadre de vie des psychiatres qui se doivent de s'insérer dans un collectif qui a un objectif partagé et des contraintes. La majorité du temps du psychiatre s'organise selon l'institution dont il dépend et s'adapte à cette dernière. Quelles sont les particularités de l'exercice du métier de psychiatre en hôpital psychiatrique ? Avec les difficultés du système médical et la fragilité du milieu hospitalier, comment s'organise cette profession face aux enjeux contemporains ?

Toutes les deux attirées par le milieu médical, nous avons spontanément pensé à étudier le métier de psychiatre. Encadré par le secret médical, ce métier conserve une part de mystère qu'il n'est possible de "toucher" qu'en étant immergé dans ce milieu. Les organisations modernes doivent s'adapter au fonctionnement de la société pour prospérer. Or la prise en charge à l'hôpital est très variable - dans la durée, dans l'intensité et le nombre - notamment en psychiatrie où les soins liés à la maladie mentale nécessitent une approche pluridisciplinaire. De plus, la psychiatrie est une discipline des plus subjectives, régie par l'imprévisibilité. Ce flou dans la pratique peut alors sembler en opposition avec le cadre déterminé par le système institutionnel. On peut notamment se demander comment travailler en tant que psychiatre lorsque la pratique est intégrée dans une logique industrielle ? Pour tenter de s'appréhender le quotidien de l'hôpital, nous avons réalisé plusieurs entretiens avec des professionnelles qui ont accepté de partager leur travail avec nous. Ces échanges ont été l'occasion de prendre connaissance du métier de psychiatre et d'étudier les aspects qui nous ont marqué dans la suite de ce mémoire.

Travaillant au sein d'une équipe, les psychiatres se doivent de poser un diagnostic pour le patient, avis qui sera ensuite confronté avec ceux du reste de l'équipe de soin. Touchés par le manque d'effectif, les psychiatres ont de plus en plus de responsabilités et de tâches à faire pour continuer d'assurer le suivi du patient. De plus, le cadre de l'hôpital implique une confrontation des points de vue des différents professionnels qui peuvent parfois être très divergents. La loi impose également l'obligation de remplir les fiches de suivi des patients, même lors d'une hospitalisation à court terme ou lors d'un soin en ambulatoire. Ces saisies d'informations se faisaient autrefois manuellement. Or, avec les adaptations informatiques des établissements, celles-ci sont maintenant faites à l'aide d'un logiciel. On comprend ainsi que, contrairement à l'exercice de la profession en libéral (cabinet, téléconsultations, centres privés), travailler dans une institution publique demande aux médecins d'adapter leur pratique selon des exigences et des contraintes bien spécifiques.

Diagnostiquer une personne en psychiatrie demande de développer une approche holistique afin de lui prescrire le traitement le plus adapté. L'hôpital s'est vu s'adapter au paradigme contemporain dans lequel la logique industrielle demeure la clef de voûte dans les organisations du travail. Dans ce cadre, la psychiatrie ne fait pas exception. D'une pratique artisanale à un exercice standardisé, la pose du diagnostic s'est vue être modifiée drastiquement sous le joug de la productivité moderne.

Ainsi nous chercherons à montrer à travers ce mémoire comment le cadre hospitalier impacte la pratique du psychiatre dans la pose et l'évolution du diagnostic du patient ?

Méthodologie d'entretien

Pour alimenter notre rapport, nous avons eu l'occasion de réaliser trois interviews différentes. Ces moments précieux nous ont permis de recueillir de nombreuses informations mais également de percevoir différents points de vue et ressentis sur le métier de psychiatre à l'hôpital. Au total, trois praticiennes ont pris le temps de nous parler de leurs professions ; deux travaillant en extra hospitalier au sein de CMP (Centre médico-psychologique) et une psychiatre (et son interne) en intra et extra hospitalier. Ainsi, nous avons pu avoir une vision des métiers de psychiatre en hôpital dans sa globalité, en intra et extra hospitalier.

1. Présentation de Madame I, médecin-psychiatre au sein d'un CMP

Nous avons eu l'opportunité d'échanger avec Madame I au sujet de son métier de psychiatre à l'hôpital. Cette dernière exerce en extra hospitalier au sein d'un CMP (Centre médico-psychologique). Initialement composé de 4 psychiatres, deux en psychiatrie et 2 en pédopsychiatrie, Madame I s'est retrouvée depuis peu seule à gérer les deux services adultes et enfants. Ces départs successifs ont inévitablement eu des conséquences importantes ; Madame I suit à présent 300 personnes en ambulatoire l'obligeant donc à voir ces patients à des fréquences moindres.

Madame I utilise le plus possible les techniques non médicamenteuses auxquelles elle s'est formée. Cependant, ce type de pratique nécessite du temps et un suivi régulier du patient, ce qui est difficile dans son cas au vu du nombre de patients. Ainsi, par sa situation, nous avons pu avoir des informations précieuses aussi bien sur les différents types de soins psychiatriques possibles et sur le dysfonctionnement du système hospitalier en termes de moyens humains et administratifs.

2. Présentation de Madame R, médecin-psychiatre au sein d'un CMP

Grâce à Madame I, nous avons pu réaliser un entretien via Zoom avec Madame R, médecin-psychiatre au sein d'un CMP. Jeune psychiatre, Madame R a pu nous confier sa vision du métier de psychiatre en extra hospitalier. Elle aussi connaît ce manque de moyens humains ; en effet, ils sont actuellement 6 psychiatres pour 13 postes. Ainsi, elle a pu notamment évoquer les conséquences de cette pénurie de soignants sur la réalisation de son métier au quotidien.

3. Présentation de Madame F, médecin-psychiatre en intra et extra hospitalier accompagnée de son interne

Nous avons eu la possibilité de rencontrer en visioconférence Madame F ainsi qu'une interne en stage pour quelques mois qui était présente avec elle pour échanger sur son métier

de psychiatre. Madame F a toujours travaillé en psychiatrie et est spécialisée dans l'accompagnement des jeunes adultes. Elle travaille en intra-hospitalier et en extra-hospitalier dans le même centre hospitalier. L'établissement dans lequel elle exerce propose des soins à long terme (le site dispose de 10 lits et d'une chambre d'isolement) et des soins à court terme en ambulatoire (pouvant accueillir jusqu'à 40 patients). Les soins en ambulatoire lui permettent de faire de la détection précoce de patients qui présentent des symptômes de troubles mentaux. Cette prévention est très importante selon elle car elle permet de limiter en amont les risques de maladies et de récurrence. Elle se décrit comme "une cheffe d'orchestre" de l'hôpital, conjuguant les rôles d'accompagnateur des patients, de coordinatrice d'une équipe et d'organisatrice administrative. Lors de ses études de médecine, elle avait décidé de se diriger spontanément vers la psychiatrie, ce qui était pour elle comme une évidence. Après avoir réalisé son internat, elle choisit de s'orienter vers la prise en charge des patients adultes et notamment des adolescents. Ayant un attrait particulier pour l'étude de la schizophrénie, elle se consacra plus précisément à cette pathologie. Ce parcours l'a finalement mené à développer un projet de prévention des jeunes adultes et de prévention précoce en ambulatoire pour détecter les pathologies en amont du diagnostic.

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

Le libéral, remède à tous les maux ?

Conscients des difficultés liées à l'exercice du métier en hôpital, beaucoup de psychiatres s'installent en libéral. Rythme moins soutenu, nombre de patients limité, salaire à la hausse, tout semble pousser les professionnels à partir en libéral. Pourtant, certains psychiatres continuent de penser que le système public demeure essentiel pour maintenir une prise en charge non sélective des patients. Conserver les soins par les établissements publics, c'est en effet garantir un accès à tous, peu importe la condition sociale et économique d'une personne. Cela permet également d'assurer une prise en charge globale, car dans certains cas, les symptômes peuvent être liés à des troubles physiques. L'hôpital est le lieu de convergence de plusieurs acteurs, permettant ainsi d'avoir des avis complémentaires et divers. C'est par cette pluralité de vision que l'hôpital peut garantir un diagnostic précis au patient.

1. Trouver le sens en le redonnant : l'essence de la psychiatrie

Les différents psychiatres interrogées nous ont fait part de leur vision propre de leur métier de psychiatre. Leurs témoignages ont été des moments de partage très intéressants car chacune porte une opinion singulière sur leur pratique et la place de l'hôpital dans celle-ci. Dans leurs cas, différents facteurs les ont mené à travailler dans ce domaine. Par attrait naturel pour la psychanalyse ou par nécessité d'aider l'autre à se sentir mieux, les professionnelles ont toutes souligné l'importance de la relation au patient dans leur travail. Contrairement aux autres spécialités, la psychiatrie est l'une des seules à assurer un suivi de proximité et sur le long terme avec le patient, donnant ainsi la possibilité de "prendre le temps d'observer et d'accompagner sur la durée du suivi et sur le après" et ainsi de créer une relation patient-soignant de qualité. Quant au sens du travail de psychiatre, elles étaient unanimes pour dire qu'il pourrait être défini comme *l'accompagnement des personnes en souffrance psychique afin de remettre de l'humanité là où la personne l'a perdue*. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, le psychiatre ne trouve pas une solution pour le patient mais *l'aide à retrouver ses capacités pour lui permettre d'aller mieux*. L'autonomie et - dans la mesure du possible - le consentement du patient sont alors des repères importants pour le praticien à favoriser dans le processus de guérison.

2. La psychiatrie moderne, au gré des découvertes médicales

La psychiatrie est une “discipline qui se cherche encore et qui ne s’est toujours pas totalement dégagée de la tendance hagiographique de ses origines².”

Après la Révolution française, la psychiatrie devient un domaine médical à part entière au profit de la psychanalyse et de la philosophie modifiant ainsi le statut social des malades aliénés depuis des siècles. Les premiers médecins aliénistes mettent au point un système de classification primaire des maladies mentales ainsi que les premiers traitements psychiques des troubles, appelé « traitement moral ». Considérés au XIX^e siècle comme les « asiles d'aliénés », les premiers établissements, éloignés des villes, sont mis en place dans l'optique d'isoler le malade de la société. L'avènement de la psychanalyse permet de verbaliser le mal être mental en analysant certains symptômes récurrents et les interactions humaines. Cependant, il faudra attendre la moitié du XX^e siècle pour observer une réelle dynamique de désenclavement de « la folie ». Cette tendance est accompagnée par l'apparition des premiers traitements psychotropes à partir de 1950. Durant cette période, la psychiatrie est touchée par la réforme sans précédent que connaît l'hôpital à cette époque d'après guerre : « Les deux objets réformateurs, l'introduction du contrôle judiciaire des hospitalisations et la réforme progressive de son mode de financement apparaissent dans le prolongement de la réforme institutionnelle des années 1940-1970³. » Qui dit établissement public dit réforme générale. Et il en est de même au niveau organisationnel. L'industrialisation des établissements de santé au cours du XX^e siècle s'est matérialisée par la hausse des indicateurs, de la régulation par des instances plus hautes placées et la standardisation des pratiques. On est alors passé d'une médecine clinique, basée sur l'autocontrôle des professionnels de santé à une médecine de la preuve qui s'appuie quant à elle sur des indicateurs de qualité. Ce passage étant fait, « la source principale de l'autonomie professionnelle des médecins résid[ant] dans le contrôle de l'aspect technologique du travail⁴ », on peut alors affirmer que l'industrialisation des institutions s'est vu déresponsabiliser les professionnels de la dimension d'individuation psychique de leur pratique. De ce fait, quelle place est aujourd'hui accordée à l'autonomie professionnelle des psychiatres lorsque la pratique est réalisée dans un cadre institutionnel ?

² POSTEL, Jacques et QUÉTEL, Claude. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Dunod, 2012, p. 4.

³ Tonya Tartour. *L'administration du désordre. Gouverner l'hôpital psychiatrique depuis les années 1980*. Sociologie. Centre de sociologie des organisations; Sciences Po Paris, 2021. p. 22.

⁴ WECKERT, Elina et BERTILLOT, Hugo. ? La régulation de la qualité dans le secteur de la santé?. *Quaderni*, 2014, vol. 85, p. 39.

3. *Le diagnostic, outil technique emblème de la médecine industrielle*

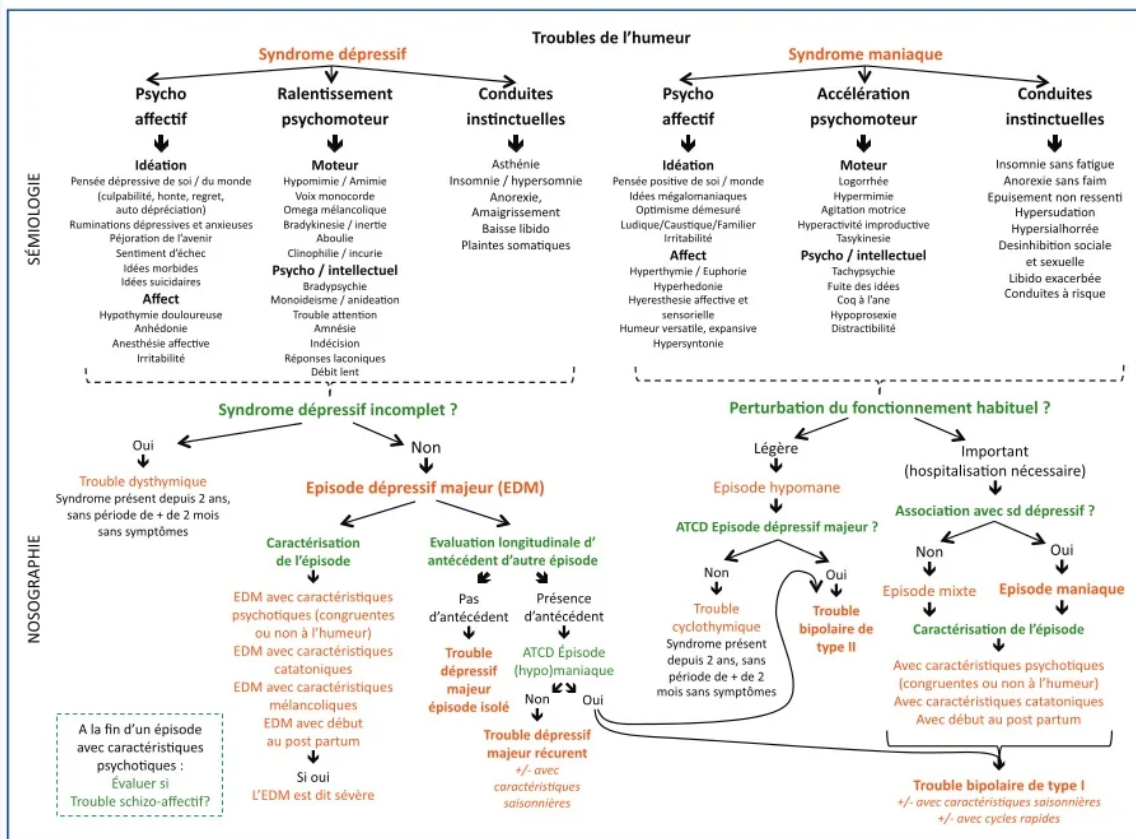
“Ce que l’on observe donc n’est pas tant la disparition du concept de diagnostic, mais plutôt la mise en oeuvre d’un lien de réciprocité spécifique, de correspondance univoque entre le diagnostic et le(s) geste(s) techniques(s) correspondant(s)”⁵.

Le diagnostic a beaucoup évolué pour s’adapter à la prise en charge telle qu’elle est aujourd’hui assurée. Le passage à une ère numérique a radicalement changé la façon dont le diagnostic est réalisé, notamment par l’utilisation d’interfaces comme le logiciel EDGAR (Entretien Démarche Groupe Accompagnement Réunion) qui rend compte des activités réalisées par le patient et qui a pour ligne directrice le CIM (actuellement CIM-10) rédigé par l’OMS et le DSM (manuel de diagnostics et statistique des troubles mentaux, actuellement DSM-5). Ces deux documents sont centraux dans la psychiatrie, ils contiennent toutes les informations liées aux maladies mentales d’après une classification par symptômes et qui proposent des diagnostics et traitements adaptés à chacune d’elles. Or, cela pose une interrogation : cherche-t-on à soigner le patient ou à éliminer la maladie ? En interrogeant les psychiatres il nous semblait être clair que l’objectif du diagnostic était *l’identification de la maladie pour la mise en place du traitement dans le but d’améliorer la santé mentale du patient*. Bien que la maladie et le bien être de la personne soient extrêmement corrélés - de façon inversement proportionnelle à l’évidence - le traitement conserve une finalité curative, autrement dit une diminution voire un arrêt des symptômes et non des causes. Pour des raisons économiques, logistiques et pratiques, les hôpitaux psychiatriques se doivent d’assurer un rendement - qualitatif et quantitatif - pour subsister.

“Le charme de la psychiatrie c’est le fait que ca soit du cousu main”

Le schéma ci-dessous rend compte de la stigmatisation de certaines maladies lors de la formation des psychiatres. Lorsqu’on a parlé des protocoles d’aide à la décision aux psychiatres, celles-ci nous ont répondu qu’ils étaient des références mais qu’ils ne représentaient pas le réel et ne pouvaient rendre compte de la situation d’un patient. Dans la pratique, les psychiatres sont guidés par leurs expériences, l’acquisition de savoir-faire, l’apprentissage auprès de pairs. Or, même si cette dissonance entre les protocoles et la réalité du métier est connue de tous, le DSM continue d’être une référence dans la pratique. Ce fait devient problématique dès lors que ce type de document est utilisé comme base de développement de logiciel. En effet, là où le DSM était simplement une référence que le psychiatre pouvait choisir de plus ou moins suivre, l’informatisation du diagnostic a modulé la pratique du psychiatre qui *est dans l’obligation* - par la nature du logiciel qu’il utilise - de fonctionner *avec* les protocoles.

⁵ ADVENIER, Frédéric et KAPSAMBELIS, Vassilis. Le diagnostic psychiatrique à l’ère de la médecine industrielle. *Topique*, 2013, no 2, p. 11.



Exemple d'une démarche diagnostic et proposition d'un arbre d'aide à la décision dans les troubles de l'humeur

Le passage au diagnostic numérisé (DPI, Dossier Patient Informatisé) implique une marginalisation du professionnel dans son travail, qui perd une part décisionnelle, la “*théorie spontanée* de sa propre pratique⁶”. Bien que ce dernier a toujours dû adapter sa pratique selon les catégorisations et les protocoles, l'évolution technique a fait augmenter d'un cran la standardisation des méthodes qui n'en forme maintenant plus qu'une seule. Cette dernière ne représente alors pas “une, mais la manière de diagnostiquer compatible avec un corpus hétérogène d'exigences interconnectées (administratives, pratiques, scientifiques, cliniques, etc).⁷” Ces logiciels, bien que très utiles, demandent une homogénéisation des cas qui est en

⁶ ADVENIER, Frédéric et KAPSAMBELIS, Vassilis. Le diagnostic psychiatrique à l'ère de la médecine industrielle. *Topique*, 2013, no 2, p. 17.

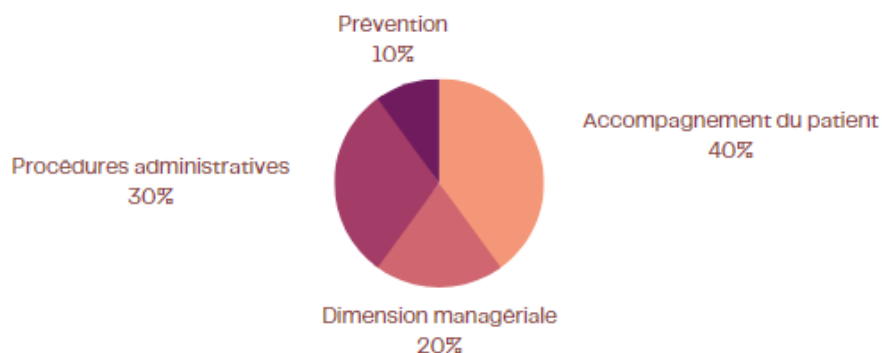
⁷ BAZIN, Yoann. L'institutionnalisation des pratiques organisationnelles: le cas du diagnostic en psychiatrie. 2011. Thèse de doctorat. Conservatoire national des arts et métiers-CNAM, p. 176.

contradiction avec les spécificités d'un diagnostic et se retrouvent être contre-productif. Les psychiatres font parfois face à cette situation lorsqu'ils se doivent de poser un diagnostic dès la première consultation avec le patient, et qu'ils n'ont pas toujours eu le temps ou les informations nécessaires pour remplir la cotation.

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

Le métier de psychiatre, basé sur les théories psychanalytiques, laisse à penser que la profession se cantonne au conceptuel, délaissant la pratique concrète et la matérialisation des savoirs. Or, le psychiatre est celui qui doit avoir une vision plurielle du patient afin de prendre en compte le contexte qui peut être relié à la maladie mentale. Il doit pouvoir être sur le terrain, voir et évaluer l'évolution d'un diagnostic pour adapter sa pratique. Le contexte particulier de l'institutionnalisation de la pratique du psychiatre fait de lui un élément central et moteur d'échanges entre les professionnels qui s'occupent du patient. Qui dit institution dit aussi impératifs, notamment en termes d'objectifs de rentabilité. Pourtant la psychiatrie demeure un métier artisanal, où le savoir-faire tend aujourd'hui à être formalisé par des méthodes de standardisation. On peut alors se demander comment s'organise le travail des psychiatres dans le cadre institutionnel que constitue l'hôpital ? Comment le quotidien du psychiatre est-il modifié par le passage de la profession à une échelle industrielle ?

Les psychiatres avec qui nous avons pu échanger n'ont pas de journée type mais réalisent chaque jour des tâches qui appartiennent aux quatre points que nous avons développés ci-dessous.



Proportion du temps consacrée aux activités quotidiennes réalisées par les psychiatres en hôpital psychiatrique

1. Un accompagnant dans l'amélioration du bien être des patients

Si la psychiatrie est si spécifique, c'est parce qu'elle s'apprend sur le terrain par l'expérience et qu'elle peut être très éloignée de la théorie. L'interne avec laquelle nous avons pu échanger a souligné les difficultés que l'on peut ressentir au début de la pratique dues au décalage entre les descriptions factuelles et standardisées des maladies et de la prise en charge réelle des patients. Il faut alors apprendre à analyser, voir, réagir face au réel dans un environnement spécifique qui possède ses propres codes. Comme l'a souligné l'une des psychiatres, les pratiques modernes mettent l'accès sur le consentement du patient. Dans son cas, elle dit modifier le type de traitements en fonction de ce que souhaite le patient (par

exemple en privilégiant ou non les médicaments). Cette pratique permettrait sur le long terme d'autonomiser la personne - dans le cas où celle-ci ne met pas en danger sa vie et celle d'autrui - pour faciliter sa guérison.

Les entretiens entre le psychiatre et le patient durent généralement 30 minutes. Ce temps, souvent insuffisant, pousse les praticiens à rallonger le temps de consultations. On nous a alors expliqué lors des entretiens que les séances peuvent durer pendant plus d'une heure. Cependant, il est difficile d'accorder plus de temps au patient, notamment dans les gros CMP dans lesquels le nombre de patient est déjà bien au-delà de ce que le psychiatre peut suivre (et qui lui permettrait de faire des consultations plus longues). Comme elles l'ont souligné, les médecins ont toutes été unanimes pour dire qu'elles aimeraient consacrer plus de temps lors des échanges avec le patient en allongeant les séances de consultations à 1h30. La régularité des séances est aussi une problématique majeure pour les psychiatres. Lorsque le nombre de patient devient trop important - comme c'est le cas pour l'une des psychiatres qui s'occupe actuellement de 300 patients en même temps (qui étaient autrefois affiliés à d'autres médecins de l'unité qui ont quitté le CMP) - les rendez-vous deviennent beaucoup plus espacés. Il est alors difficile pour elles d'assurer un suivi de qualité, avec une fréquence de rencontre assez faible. Les patients sont généralement en contact avec le médecin tous les deux mois pour faire le point sur les traitements et l'évolution de leur santé, bien-être, et de leur situation. L'une des psychiatres nous a alors expliqué qu'il lui arrivait de joindre ses patients en dehors des créneaux prévus à cet effet, son temps de travail ne lui laissant pas assez de temps pour le faire. Cela lui permet de solutionner en partie le problème du suivi en se tenant au courant de l'état d'un patient et de s'assurer que l'accompagnement ne soit pas rompu pendant une trop longue période.

La période de Covid met en lumière l'évolution des pathologies avec les maux de la société. En effet, comme l'a expliqué l'une des psychiatres, "les maladies mentales évoluent en fonction du contexte de l'époque". Ce n'est alors pas seulement le nombre d'hospitalisation qui a augmenté depuis le Covid mais aussi des formes d'anxiété spécifique qui se sont développées. Comprendre une pathologie nécessite alors d'analyser les facteurs sociétaux - en plus des facteurs spécifiques à la personne - afin de comprendre comment cela influence les réactions et le mal-être d'un patient. Avec le confinement, les troubles liés à la phobie scolaire ou sociale se sont accrus de façon exponentielle, notamment car de nombreuses adaptations de mode de vie ont été faites rapidement (passage en semi-distanciel, cours en demi-groupe, utilisation des transports en commun avec mesures préventives). Le manque de stabilité et le retour brutal à un mode de vie en communauté - créant des décompensations majeures chez certaines personnes - a drastiquement affecté la façon d'agir et d'interagir. Au-delà du Covid, les nouvelles générations sont également impactées par le numérique dont les effets néfastes touchent un grand nombre de patients. Les soins ont notamment dû être mis en place à distance, modifiant de façon brutale les pratiques des médecins et les habitudes des patients. Le psychiatre doit alors comprendre la pluralité des facteurs qui sous-tendent la maladie - économiques, sociaux, environnementaux, culturels, biologiques - pour modifier sa pratique et les solutions qu'il va proposer au patient.

La place du psychiatre est alors une affaire délicate. Soigner l'autre, c'est faire face au mal-être d'autrui, trouver une distance nécessaire pour pouvoir l'aider sans s'abandonner soi-même, faire preuve de sang-froid pour ne pas prendre personnellement ce qui est l'objet de l'autre. Ce poids peut parfois être difficile pour les psychiatres, ce qui les incite à exercer à terme en libéral afin de réduire la charge mentale infligée par l'hôpital. Comme nous l'a décrit Madame M, "c'est un cercle vicieux, moins on est à l'hôpital plus c'est difficile, plus les psychiatres s'en vont." L'esprit de solidarité est ce qui permet de compenser la pression que le psychiatre peut ressentir en étant "seul" face à un patient qu'il doit prendre en charge. A cela s'ajoute la frustration de ne pas pouvoir gérer son emploi du temps. Avec le rythme de l'hôpital, les psychiatres doivent s'organiser selon les impératifs temporaires et économiques. Comme le soulignent les médecins, si cela dépendait d'elles, elles prendraient moins de patients ou les suivraient sur plus long court. De plus, cela leur permettrait de prescrire moins de médicaments et d'éviter les rechutes de patients. Ce manque d'investissement qu'elles peuvent procurer au patient leur est difficile. Aider le patient en sachant qu'on ne peut leur procurer exactement les soins nécessaires vient limiter la pratique et les solutions proposées. C'est ce dont nous a parlé l'interne pour qui "la difficulté des moyens est un frein. On voit les gens se nécroser car on ne peut pas les envoyer dans d'autres centres".

L'accompagnement des patients n'est pas toujours chose aisée. L'une des psychiatres que nous avons rencontré nous a parlé de la frustration que celle-ci ressentait face au manque de suivi qu'elle était en mesure de proposer. Selon elle, l'hôpital privilégie le nombre de patients au détriment d'une bonne prise en charge (d'un nombre plus faible de patients pour un suivi de meilleure qualité). Ce système de suivi "à la chaîne" ne lui permet pas de suivre les patients correctement mais seulement de poser un diagnostic pour certains. Dans ce cas, les médicaments sont prescrits mais le suivi psychologique ne peut être assuré faute de temps. Dans de nombreux cas, le suivi se résume donc à la mise en place d'un traitement. Dans ce cas, on comprend que l'hôpital ne fait que traiter les problèmes de façon superficielle, sans pouvoir assurer aux patients un suivi complet et durable. Pourtant, c'est de là que le psychiatre tire en partie sa satisfaction : suivre le patient dans l'amélioration de sa santé mentale sur le long terme. Pour le patient, il en est de même. Un accompagnement ne peut être bénéfique que si le psychiatre peut être présent convenablement pour la personne. Les échelles des bénéfices entre l'hôpital et les patients et psychiatres sont ainsi renversées et posent des difficultés dans la pratique...

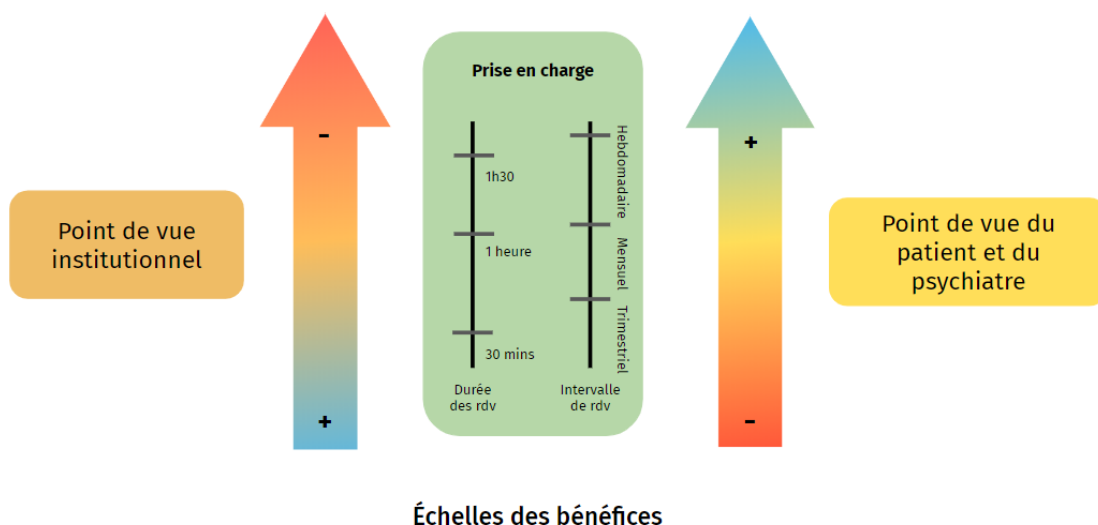


Schéma représentant les bénéfices que tirent chacun des partis selon les modalités de la prise en charge du patient

2. *Apprendre à gérer l'institutionnel*

La psychiatrie s'est développée en même temps que le système judiciaire, domaine tacitement liés par les procédures de protection des patients et d'autrui. Avec l'évolution des droits des patients⁸, le respect du consentement est au cœur des pratiques. Une des professionnelles nous a cependant expliqué que ce cadre législatif pouvait parfois modifier la qualité des soins procurés aux patients. En effet, dans certains cas d'isolements, les droits aux patients exigent à ce que ce dernier puisse sortir dans des cas spécifiques, ce qui peut altérer la prise en charge.

De plus, la psychiatrie est une spécialité en constante évolution avec les avancées scientifiques, ce qui incite les psychiatres à se mettre à jour dans leur pratiques. Il faut alors savoir remettre en cause ses connaissances, sa pratique et adapter ses traitements à la subjectivité du patient. Les psychiatres réalisent donc des formations en continue afin de pouvoir être à jour sur les avancées médicales.

La gestion des documents administratifs, encombrante mais pratique, aux informations exhaustives mais utiles pose la question de la répartition du temps de travail des psychiatres. Comme l'ont évoqué les professionnelles, ces procédures sont longues et représentent environ 30% de leur charge de travail. Pour les psychiatres qui travaillent en ambulatoire ces papiers sont surtout un poids. Comme les patients ne sont pris en charge que pour une courte période de temps - qui se limite parfois à une seule rencontre -, les dossiers tendent alors à prendre le temps destiné à l'entretien avec le patient. En manque de temps, il est compliqué de pouvoir faire état du patient et l'aider, comme l'évoque l'une des

⁸ Notamment la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.

psychiatres qui travaille en extra-hospitalier. Ces documents à remplir sont un fléau pour les psychiatres qui se doivent d'analyser assez rapidement un patient, parfois en posant des diagnostics un peu trop hâtifs, faute de plus d'entrevues. Ces documents témoignent de la surproductivité de l'hôpital. Chaque patient doit avoir un DPI dès son arrivée. Dans le cadre de l'hôpital, plusieurs interrogations sur cette procédure sont soulevées par les psychiatres. Quelle place pour le secret médical au sein d'une équipe pluridisciplinaire ? Plus de renseignements, est-ce que cela mène à une meilleure prise en charge ou un alourdissement des pratiques ?

Comme évoqué précédemment l'hôpital impose aux professionnels de poser un diagnostic, souvent hâtif, pour référencer le patient dans les bases de données afin de le transmettre aux autorités. De l'autre côté, les procédures administratives permettent aux praticiens d'avoir une trace du suivi du patient, de faire état de son avancée dans la prise en charge et d'évaluer l'efficacité d'un CMP (au niveau du nombre d'admissions et de la durée des suivis). La question n'est pourtant pas de savoir si ces procédures doivent être supprimées ou non, ce qui d'ailleurs n'est ni envisageable, ni souhaitable. En effet, ces actes de cotation sont essentiels, comme nous l'ont souligné les psychiatres. Ce qui pose problème réside dans les modalités d'application de ces méthodes. La preuve en est : les médecins ne peuvent appliquer les procédures telles qu'elles sont prescrites si elles veulent assurer un bon diagnostic du patient. Selon elles, il faudrait que ces cotations soient réalisées beaucoup plus tard, après plusieurs entretiens avec le patient (afin de réellement analyser les symptômes et ne pas chercher directement à les rattacher à une maladie) pour éviter de catégoriser le patient. On a alors un phénomène de "fabrication de données de santé"⁹ chez les psychiatres qui se doivent de remplir les documents selon une méthode qui n'est pas toujours en adéquation avec la réalité de la situation psychiatrique du patient. Dans la pratique, les psychiatres se voient donc dans l'obligation de modifier leur façon de faire, en inscrivant la plupart du temps "NIM", indiquant que la maladie n'est pas référencée, par manque d'éléments pouvant orienter le diagnostic. Dans ce cas, les grilles seront alors remplies, le diagnostic établi dans les faits mais ne permet pas dans la pratique de faire avancer la prise en charge du patient.

Les DPI, qui ont succédé aux notes papiers, garde des traces. L'informatisation se veut en effet conservatrice, toute information rentrée dans la fiche ne pouvant être supprimée *a posteriori*. On voit alors que ces procédures mettent en lumière l'écart prescrit-réel qui sous tend la pratique des psychiatres lors de la pose du diagnostic. Cette différence entre la théorie et la pratique les obligent ainsi à réinventer leur pratique pour effectuer correctement les tâches administratives et notamment les dossiers des patients afin que ces derniers ne soient pas de simples comptes rendus qui tendent à alourdir leur travail. C'est par l'appropriation de ces procédures par les psychiatres, l'ajout de zèle du professionnel dans les procédures que la tâche - qui semble *a priori* réalisée sans digression - est en réalité modelée par le savoir-faire de la personne.

⁹ GEKIERE, Claire. Écrire ou saisir, peut-on choisir?. *Empan*, 2018, vol. 168, no 1, p. 65.

<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

3. *La dimension managériale du métier : confrontation des points de vue et prise de décision*

“Le lien que nous avons entre soignants à l'hôpital est avant tout une relation de confiance”

A l'hôpital, le psychiatre s'intègre dans une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, d'infirmières, d'aide-soignantes, de décisionnaires ainsi que tout le reste des accompagnants. Le psychiatre doit alors manager, mettre en commun les points de vue et les avis de l'équipe pour assurer le meilleur traitement au patient. Toutes les psychiatres ont en effet insisté sur l'importance du “collectif”, aucune décision n'est prise individuellement. Au sein de l'hôpital, le psychiatre est le chef d'orchestre du service permettant ainsi la coordination, la coopération et la collaboration des équipes afin de garantir une prise en charge optimale du patient.

Au cours d'une semaine type, les psychiatres ont des réunions très fréquemment. Notamment lorsqu'elles s'occupent de plusieurs unités (psychiatrie adulte, pédopsychiatrie), les réunions leur permettent de faire le point sur l'évolution du diagnostic et du traitement de chacun des patients. Comme nous l'ont expliqué chacune des psychiatres, ces réunions sont essentielles pour mettre en commun les avis de chacun des professionnels qui suivent la personne pour s'assurer que l'accompagnement soit complet et cohérent. Ce temps de mise

en commun représente une partie importante de l'emploi du temps des médecins et peut parfois constituer une surcharge administrative non nécessaire, notamment en extra-hospitalier où les patients ne sont pas toujours suivis sur le long terme. De plus, la formation des praticiens influence leur prise de décision, pouvant causer des divergences sur certaines questions.

“Ce sont mes yeux et mes oreilles”

Travailler en équipe permet “avec des compétences différentes, [que] chacun aide mieux les patients en souffrance”. Par exemple, les infirmiers sont souvent en première ligne comme le souligne Madame N, ce sont donc eux qui peuvent repérer les symptômes en premier et évaluer les patients. L'interne avec qui nous avons échangé nous a décrit une situation dans laquelle la patiente avait été placée en soin psychiatrique suite à des violences conjugales alors que celle-ci avait des blessures physiques qu'il aurait fallu soigner en priorité. Cette confrontation des acteurs mène à “une tendance à la redéfinition des diagnostics en fonction des moyens mis en oeuvre pour soigner, et des résultats attendus ; une correspondance univoque et réciproque entre sous-groupes de diagnostics et actions soignantes, qui découpe le corpus de la clinique traditionnelle de façon totalement inédite¹⁰”. En effet, chaque soignant va avoir une vision du traitement qui est propre à sa discipline. Le psychiatre aura tendance à vouloir comprendre ce qui sous-tend la maladie, les facteurs qui sont à l'origine des symptômes là où un neurologue y verra un dysfonctionnement cognitif. Les méthodes de traitement proposées spontanément par les médecins dépendent alors directement de la pédagogie, de l'approche et des techniques spécifiques d'un secteur médical. Ainsi on comprend que la prise en charge d'un patient n'est jamais un acte neutre mais implique une subjectivité à tous les niveaux - du patient, des techniques de traitement, des professionnels - que le praticien se doit d'avoir en tête lors de la pose d'un diagnostic.

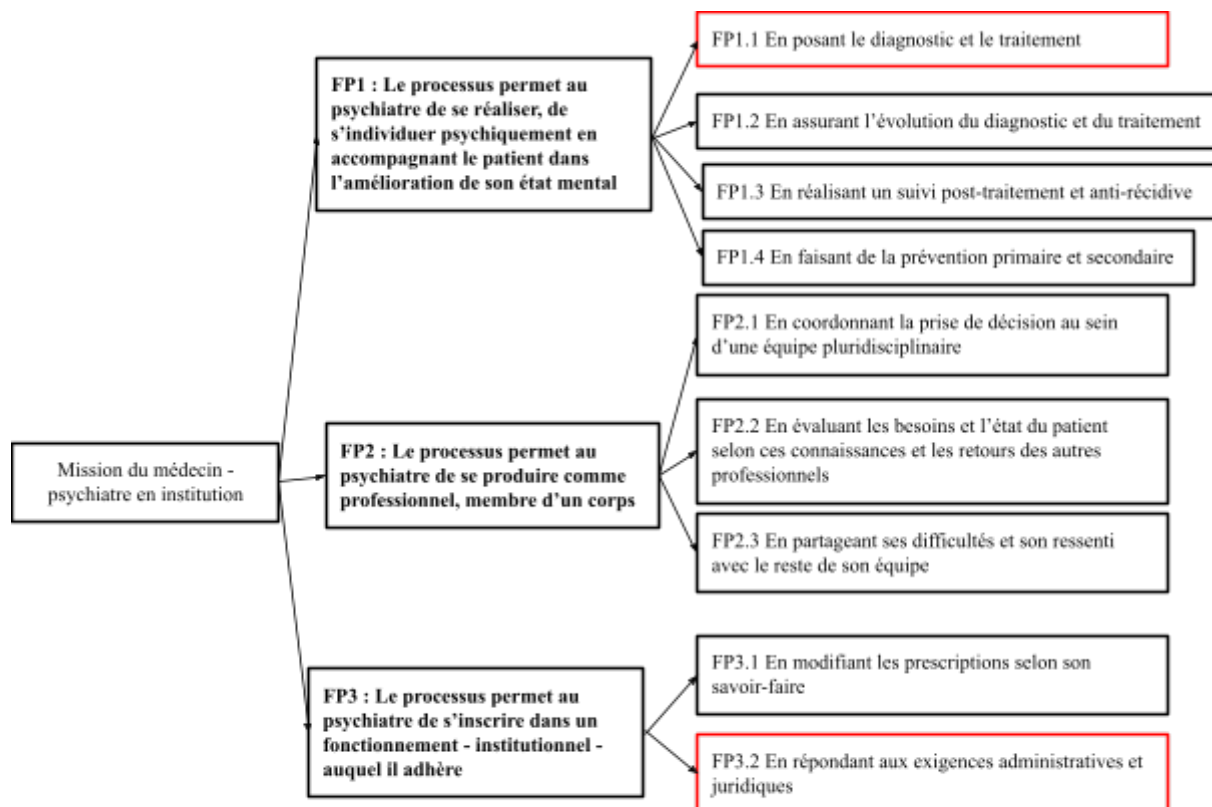
4. Voir la maladie, entre apprentissage et savoir-faire

En particulier en service ambulatoire, la prévention des maladies mentales est centrale. Pourtant, avec le rythme effréné des consultations, il est parfois difficile de pouvoir prendre connaissance du patient suffisamment précisément pour poser un diagnostic. Madame F a insisté sur ce point qui est essentiel pour elle, la prévention précoce psychotique permettant de traiter rapidement les patients et d'éviter les complications. Cela est d'autant plus important que ces mesures permettent de diminuer le nombre d'hospitalisations ou leur durée. La prévention peut également se faire de façon secondaire, pour éviter la rechute du patient et lui permettre de reprendre sa vie progressivement après son hospitalisation. Cette prévention passe par une réelle compréhension de la maladie mentale. Les psychiatres doivent alors observer finement les symptômes à travers les interactions de la personne avec son environnement et autrui.

¹⁰ ADVENIER, Frédéric et KAPSAMBELIS, Vassilis. Le diagnostic psychiatrique à l'ère de la médecine industrielle. *Topique*, 2013, no 2, p. 20.

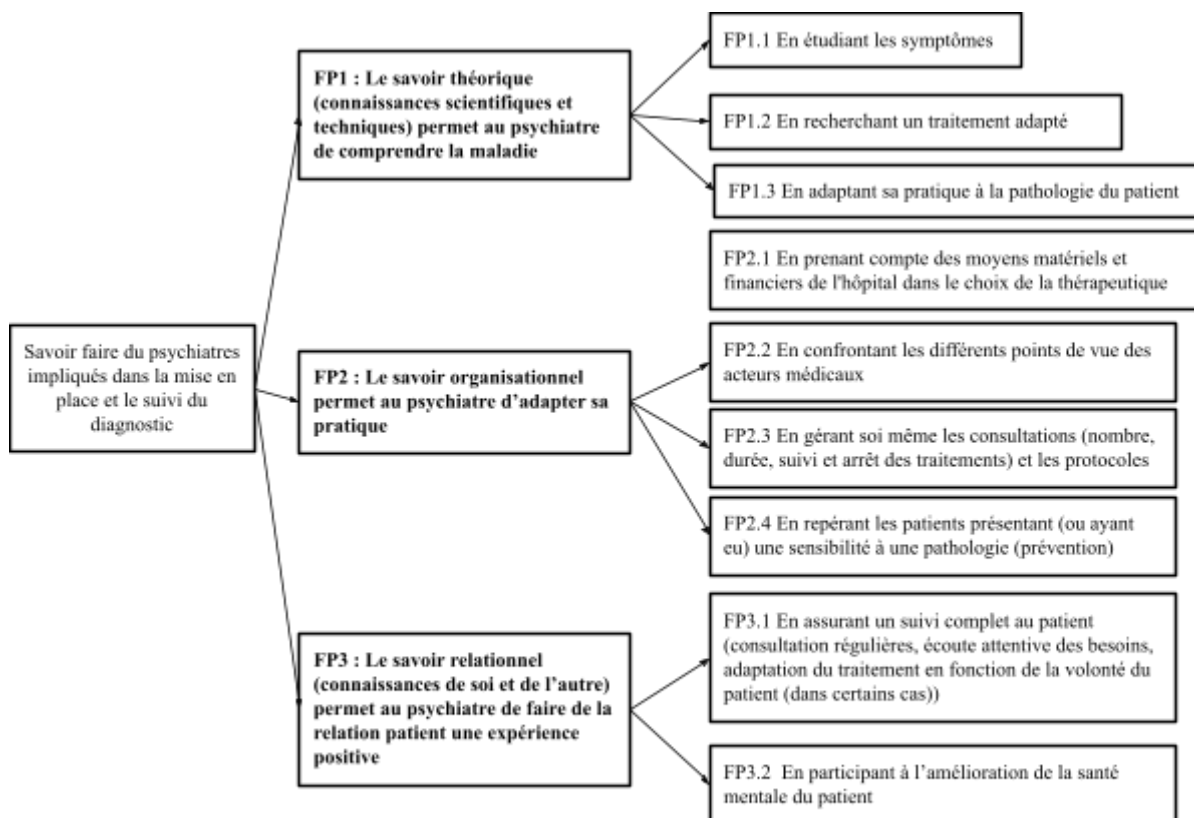
Les médecins doivent également accompagner les patients lors de leur réinsertion sociale, celle-ci étant particulièrement difficile à cause des préjugés des proches et de la société vis-à-vis de la maladie mentale. Comme l'a décrit Madame F, "une personne qui a une maladie mentale est une personne gommée au profit de la maladie". Le patient est alors stigmatisé par ses proches avant même de réintégrer son milieu de vie. La reconstruction, déjà difficile psychologiquement, est rendue plus complexe par les familles qui, par peur, ne souhaitent pas toujours revivre avec la personne hospitalisée. Une double pression pèse alors sur le patient qui doit retrouver ses marques rapidement avec, souvent, un manque d'aide et d'entourage. Le rôle des psychiatres est alors des plus importants pour s'assurer que le patient puisse reprendre des habitudes de vie en dehors de l'hôpital au sein de la sphère familiale et en société.

Si ces préventions sont si importantes, c'est qu'elles permettent de solutionner, en partie, les impératifs parfois très contraignants liés au cadre institutionnel. En effet, la détection précoce permet de ralentir voire de diminuer le nombre de patients qui pourraient être hospitalisés. Dans ce sens, la prévention peut être vue comme un moyen mis en place par les psychiatres pour répondre à l'écart prescrit-réel lié aux procédures imposées par l'hôpital (notamment celle de prendre en charge tous les patients de façon efficace et rapide). Le professionnel cherche des solutions en amont pour s'assurer que le nombre d'internements n'évolue pas de façon exponentielle et faire en sorte que le patient puisse être diagnostiqué et traité le plus tôt possible pour limiter l'évolution de la maladie.



Les missions du service des médecins psychiatres au sein d'une institution psychiatrique

En réalisant un fast des fonctions intrinsèques au métier de psychiatre, nous avons pu réaliser que le cadre institutionnel instaure de nouvelles missions au médecin psychiatre - absentes dans la pratique libéral - qui entrent en contradiction avec certaines composantes de son métier qui lui permettent de se réaliser à l'échelle individuelle. Comme nous avons pu le voir précédemment, les exigences administratives ne donnent pas toujours les conditions matérielles, notamment techniques, ni de travail (temps, qualité de réalisation des tâches) pour permettre au psychiatre de lui donner l'impression de réellement aider le patient. Comme nous l'a décrite l'une des psychiatres, les médecins préfèrent souvent aller en libéral, là où ils ont le temps d'accompagner les patients et de poser un diagnostic plus tardif. On comprend ainsi que les enjeux du métiers de psychiatres en hôpital intègrent de nouvelles dimensions au niveau institutionnel que le professionnel doit apprendre à gérer pour équilibrer (au niveau de la satisfaction, de son individuation personnelle, de sa charge mentale) son rapport au travail.



FAST des différents savoir faire inhérents au travail du psychiatre en institution

En étudiant plus spécifiquement le métier de psychiatre nous avons pu diviser les savoir-faire du psychiatre en plusieurs domaines. Ce qui ressortait de nos échanges avec les médecins était leur capacité à mettre en relation chaque type de savoir pour aboutir à une prise en charge qualitative et globale du patient. Cette complémentarité des savoirs pourrait s'expliquer selon nous comme "la faculté à transformer un problème en une situation qui coule de source". C'est en effet ce que nous répétaient les professionnelles qui parfois avaient

du mal à nous expliquer comment elles pouvaient réagir à une situation car elle impliquait souvent de devoir prendre en charge plusieurs aspects relatifs au patient en même temps. Ainsi la synthétisation des savoir-faire (faite de façon non exhaustive) rend compte de la complémentarité des savoir-faire et l'importance que chacun d'eux joue dans la mise en place et le suivi du diagnostic du patient.

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

En choisissant de travailler sur le métier de psychiatre à l'hôpital, nous souhaitons tout particulièrement comprendre la place de l'hôpital dans la pratique des psychiatres. A quoi sert fondamentalement l'hôpital dans le soin psychique ? Comment cette institution peut être à la fois considérée comme un cadre de travail rassurant et étouffant ?

L'hôpital demeure une institution qui répond à une organisation industrielle. De la méthode de prescription standardisée à la pause du diagnostic rapide et qui tend à être automatisé, le cadre hospitalier crée un environnement professionnel qui reflète notre modèle de société actuel basé sur la surproductivité et les changements rapides. Il s'agit de comprendre comment le soin est influencé par l'hôpital sachant que ce dernier s'intègre dans une logique productiviste, réduisant les moyens matériels, financiers et humains pourtant nécessaires au rétablissement des patients. La crise subie par les hôpitaux n'est-elle pas le symptôme de l'obsolescence du cadre hospitalier pour la pose et l'évolution d'un diagnostic ?

1. Un lieu d'entraide pour les professionnels de santé/soignants

Le métier de psychiatre à l'hôpital est une profession qui nécessite infailliblement une grande collaboration entre les professionnels de santé et les soignants pour offrir les meilleurs soins possibles aux patients. Au sein de chaque témoignage, l'entraide entre l'ensemble des soignantes a été jugée primordiale pour mener à bien les missions du psychiatre. En effet, le travail du psychiatre ne peut se faire seul, il a besoin de l'aide de nombreuses autres fonctions telles que les infirmières, les internes, les cadres, les aide-soignants et les ASH sans qui le soin du patient ne pourrait être exercé. Chaque fonction est nécessaire au bon fonctionnement de la structure et doit être valorisée. Les infirmières sont celles qui chaque jour côtoient le patient et donnent les médicaments. La relation psychiatre-infirmier est donc primordiale dans le suivi du patient et dans l'évaluation de sa tolérance au traitement médicamenteux prescrit.

De plus, la collaboration entre les différentes unités hospitalières, notamment les urgences, est également importante pour assurer une meilleure coordination des soins. En outre, un lien étroit entre les psychiatres qui travaillent en extra et intra hospitalier est crucial car il peut y avoir un besoin d'hospitalisation pour un patient dont l'état se dégrade. A l'inverse, il peut aussi y avoir une nécessité de suivi en ambulatoire après une hospitalisation pour maintenir un contact médical et aider à la réinsertion du patient.

L'hôpital public est également un lieu commun d'échanges permettant la transmission des savoirs théorique et pratique. Des internes viennent régulièrement compléter les équipes, bénéficiant ainsi d'un partage de connaissance précieux entre les étudiants et les médecins plus anciens des services. Les psychiatres réalisent également des formations aux autres professionnels de santé (infirmières, médecin généraliste, ...) pour leur fournir les bases dans

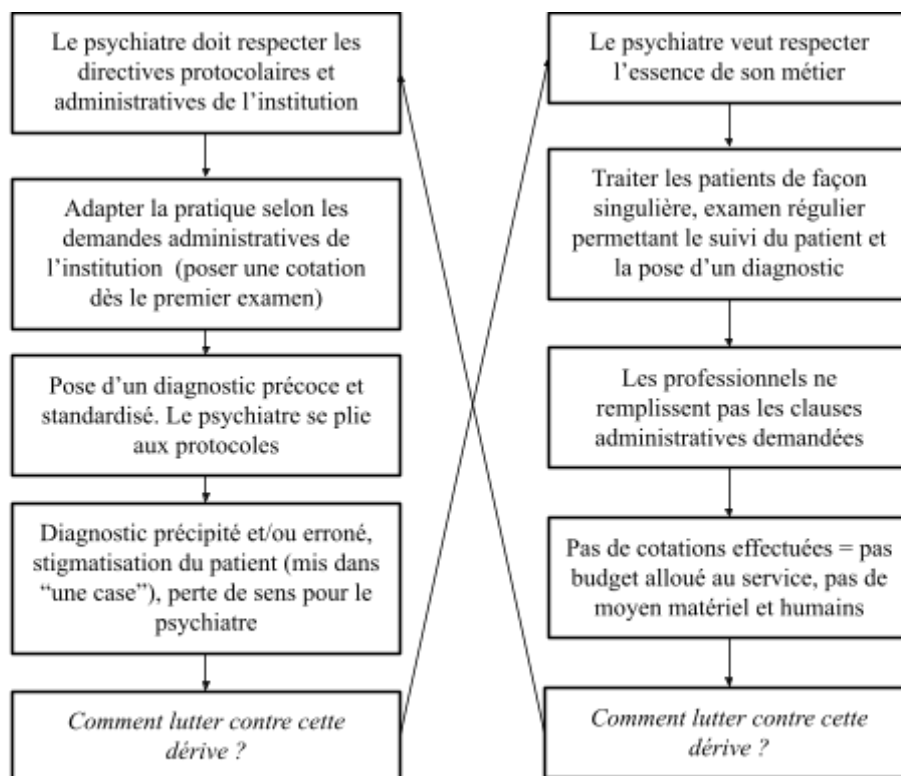
le domaine de la psychiatrie (approche et compréhension des besoins du patient) et dans la prise en charge globale des pathologies mentales.

2. *Un cadre restrictif limitant les pratiques*

Dans le cadre de leur travail, les psychiatres interrogés nous ont fait part de la place importante qu'occupe l'hôpital et qui, dans certains cas, pose un cadre restrictif qui peut limiter leurs pratiques. Ce travail à l'hôpital est souvent marqué par un volume administratif important, qui peut être perçu par certains comme nécessaire et essentiel pour suivre le patient de façon optimale. Outre le suivi médicamenteux, physique et psychique du patient, cela permet également de notifier les différents liens avec les structures et acteurs extérieurs (juges, structures sociales...) qui peuvent être utiles pour aider le patient à se réinsérer dans la société. Comme l'a expliqué l'une des psychiatres, les documents administratifs, détaillés dans l'intérêt du patient et de sa prise en charge, sont la trace des traitements administrés pour soigner ce dernier. Dans le cas d'une saisie de dossier par la justice ou d'une plainte contre les personnels soignants, la justification des soins effectués est primordiale. L'hôpital permet donc une protection de l'ensemble de ses acteurs, aussi bien au niveau des soignants que des patients.

Cependant, cette charge administrative est perçue comme trop contraignante. En effet, la pratique de la psychiatrie à l'hôpital implique la gestion d'un grand nombre de documents administratifs, de procédures et de protocoles de soins. Ces contraintes peuvent être lourdes et chronophages, et les psychiatres doivent souvent consacrer une grande partie de leur temps de travail à ces tâches procédurales au détriment de leur pratique clinique. Lors de nos entretiens, certaines praticiennes ont jugé passer entre 20 et 30% de leur temps de travail à faire de l'administratif¹¹.

¹¹ Confirmé par une étude publiée dans le Journal of Clinical Psychiatry.



Tension instaurée par les impératifs administratifs et protocolaires de l'institution

L'outil tension ci-dessus permet d'illustrer l'opposition qui subsiste entre le point de vue du psychiatre et de l'institution vis-à-vis du métier de médecin psychiatre. Une tension intrinsèque existe entre la volonté de respecter l'essence du métier de psychiatre et la nécessité d'effectuer les démarches protocolaires. Cette tension est d'autant plus forte qu'elle conduit à favoriser le recours à des traitements médicamenteux plutôt qu'à des thérapies non médicamenteuses (TCC, hypnose, psychanalyse) qui nécessitent plus de temps et de régularité de suivi du patient.

Une des prescriptions problématiques est de devoir définir des groupes homogènes de malades (GHM), incohérents avec une recherche et pose de diagnostic unique à chaque patient. Ces nouvelles unités d'œuvre de l'institution hospitalière, gouvernées par la quantité et l'efficacité, s'opposent nécessairement à l'essence même de la psychiatrie, domaine où la qualité des interactions est essentielle.

“Une rationalisation du temps au détriment du relationnel¹²”

¹² CINTAS, Caroline. Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2009, p. 8.

3. Une entreprise intégrée dans une logique productiviste

L'hôpital est une institution fondamentale de notre société qui vise à fournir des soins médicaux et de santé à tous ceux qui en ont besoin. En particulier, les hôpitaux psychiatriques jouent un rôle crucial dans le traitement des troubles mentaux et émotionnels.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un hôpital est défini comme « l'élément d'une organisation de caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs¹³ ». Les hôpitaux psychiatriques sont spécifiquement dédiés à la prise en charge des troubles mentaux, tels que la dépression, la schizophrénie, les troubles bipolaires, etc. Selon la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, les établissements de santé, y compris les hôpitaux psychiatriques, sont régis par des agences régionales de santé (ARS) sous la tutelle du ministère. Ces ARS sont chargées de planifier, d'organiser et de superviser les services de santé dans leurs régions respectives. De plus, l'ensemble des établissements publics de santé sont sous la tutelle du ministère de la Santé, faisant de l'État un acteur central et décisionnaire dans l'élaboration des politiques de santé et l'allocation des ressources aux hôpitaux.

Dans le contexte actuel de l'hôpital, il est difficile de ne pas considérer cette institution comme une entreprise à la logique productiviste. La réduction des coûts est devenue une priorité pour les décideurs hospitaliers, et cela se ressent au quotidien pour les professionnels de la santé, notamment pour les psychiatres. Dans les CMP les psychiatres doivent gérer toujours plus de patients avec des effectifs d'équipe qui diminuent. Une des psychiatres interviewée est actuellement seule pour gérer deux services (psychiatrie et pédopsychiatrie) et s'occupe aujourd'hui de 300 patients. Outre l'allongement des délais des visites, cette situation a pour conséquence une pression accrue sur les psychiatres pour gérer leur temps de manière efficace et productive. Ainsi, la mise en place de la documentation systématique de leur travail a pour but de mesurer et assurer de façon constante la productivité du praticien, du centre et de l'hôpital.

Depuis 2008, les hôpitaux sont financés selon une tarification à l'activité, nommée T2A, visant à rémunérer les établissements en fonction du nombre d'actes réalisés. Le secteur psychiatrique, épargné jusqu'en 2022, est aujourd'hui régenté par cette méthode. Cette mise en place de la tarification à l'activité influence l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital dans sa globalité, en mettant l'accent sur les résultats. Les ressources allouées, directement liées à l'activité du service, sont tarifées par un système de calcul de coûts par groupes homogènes de malades (GHM) ou de séjours (GHS). Chaque année, les financements sont déterminés par un État Prévisionnel des Recettes et Dépenses (EPRD) qui prévoit le niveau d'activité en se basant sur l'activité de l'année précédente. Ce contrôle des résultats, associé à une pression budgétaire constante, entraîne inévitablement des conséquences directes sur l'activité et le comportement des praticiens hospitaliers mais également des effets pervers et dysfonctionnels à une échelle plus globale : « la modification progressive des modalités

¹³ DEL VOLGO Marie-José, « Hôpital d'hier et d'aujourd'hui. Malaise dans le soin ? », *Cliniques méditerranéennes*, 2008/2 (n° 78), p. 168.

d'attributions des budgets hospitaliers aux établissements psychiatriques fait intervenir une série de normes gestionnaires qui viennent, là aussi, réduire l'autonomie professionnelle des psychiatres¹⁴." Nous pouvons alors nous questionner sur la pertinence de l'approche RAPM (Reliance on Accounting Performance Measures) dans le cas d'une organisation professionnelle relevant d'une mission de service public qu'est l'hôpital. L'ensemble de ces approches vise à intégrer à la médecine actuelle des méthodologies quantitatives de nature hypothético-déductive alors qu'il s'agit à la base d'une activité fondée sur un savoir-faire non formalisable : le relationnel. C'est cette logique de quantification précise de la production de soin qu'impose le nouveau régime hospitalier.

“Peut-on mesurer cette activité et doit-on mesurer cette activité ?¹⁵”

Enfin, la réduction des moyens matériels et humains affecte également la pratique de la psychiatrie à l'hôpital. Les psychiatres doivent travailler avec des équipements parfois obsolètes et/ou insuffisants, et la pénurie de personnel affecte la qualité des soins offerts aux patients. Les praticiens sont souvent contraints de travailler dans des conditions qui limitent leur capacité à offrir les meilleurs soins possibles. Faute de moyens, certains patients nécessitant une prise en charge spécifique dans certains centres ne peuvent y avoir droit ; cela les laisse ainsi dans un état mental difficile et stagnant du fait de leur environnement qui ne leur permet pas une guérison optimale.

Les soins en santé mentale étant sous-financés par rapport à d'autres domaines médicaux, les hôpitaux psychiatriques sont touchés par une pénurie de soignants sans précédent. Plusieurs facteurs contribuent à cette situation préoccupante. Tout d'abord, la demande en services de santé mentale est en constante augmentation. Les troubles mentaux sont de plus en plus répandus, et la reconnaissance de l'importance de la santé mentale se renforce progressivement. Cette prise de conscience accrue a conduit à une demande croissante des soins psychiatriques. La pratique de la psychiatrie elle-même peut également être émotionnellement intense et exigeante. Les psychiatres font face à des situations complexes posées par des patients souffrant de problèmes de santé mentale. Cette réalité engendre bien souvent un niveau de stress élevé et une charge de travail importante pour les psychiatres, qui doivent trouver un équilibre délicat entre les exigences de la pratique clinique et leur propre bien-être. Du fait de ce contexte et de la stigmatisation encore persistante au sujet de la psychiatrie, cette dernière est une spécialité moins choisie en comparaison avec d'autres domaines tels que la médecine générale, la chirurgie, ou la pédiatrie. De ce fait, les psychiatres, les psychologues et les infirmiers spécialisés sont en sous effectifs pour répondre aux besoins des patients, qui eux augmentent. Dans l'ensemble de nos entretiens, ce manque de moyens humains a été souligné. C'est le cas de madame I, initialement accompagnées de 4 psychiatres au sein du CMP, qui se retrouve aujourd'hui seule à gérer deux services (psychiatrie et pédopsychiatrie). Cette réduction des effectifs entraîne inévitablement un allongement des délais de suivi, mettant ainsi à mal le processus de guérison des patients.

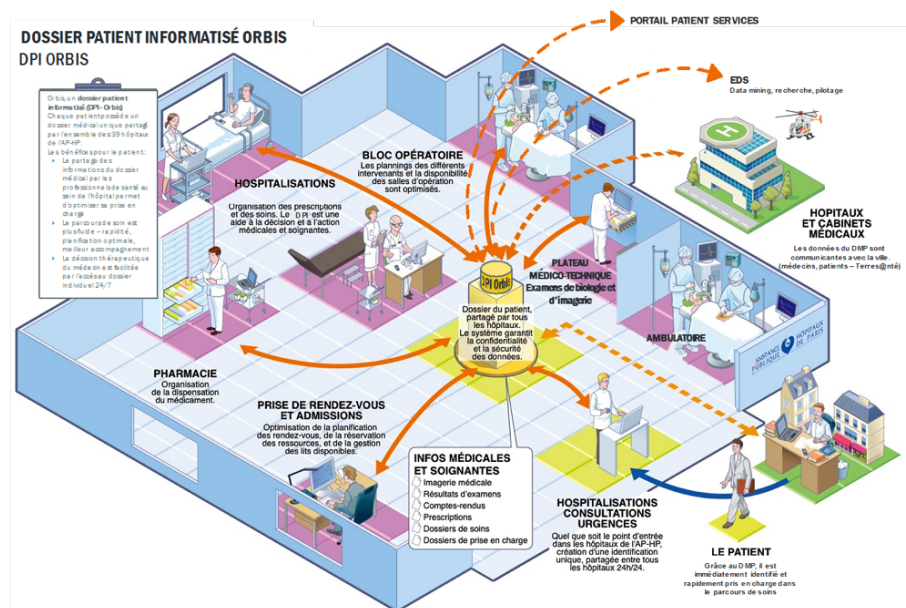
¹⁴ TARTOUR, Tonya. L'administration du désordre. Gouverner l'hôpital psychiatrique depuis les années 1980. *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, 2021, no 31 | 2nd semestre, p.26.

¹⁵ CINTAS, Caroline. Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2009, p. 3.

Voir l'état de certains patients se dégrader par faute de suivi plus régulier est insoutenable pour l'ensemble des psychiatres qui disent ne pas pouvoir exercer correctement leur métier. Depuis une dizaine d'années, un vif soulèvement des professions psychiatriques s'opère, réclamant davantage de moyens humains et matériels. Cette revendication se traduit par une nécessité immédiate de réintroduire le relationnel au cœur de la pratique afin que leur travail ait un sens et réponde aux exigences qualitatives initiales d'accompagnement du patient dans l'amélioration de sa santé mentale.

4. Le DPI, symbole d'une grammatisation des pratiques

Quid de la confidentialité à l'ère du numérique ? Le secret professionnel n'est pas une nouveauté dans la médecine, ni dans la psychiatrie. Avec le serment d'Hippocrate, la pratique des professionnels est guidée par des règles et des principes strictes. Or, l'informatisation des données est venue poser un flou sur cette question. Recenser des données n'est pas un acte anodin. Tout d'abord la question de la quantification des données, spécifique au numérique. Les DPI sont comptés automatiquement par les logiciels, fournissant à l'hôpital toutes les informations liées au nombre de patients et à la charge de données relatives à chacun d'eux. Comme évoqué précédemment, ces chiffres sont utilisés par les établissements pour différentes finalités : assurer la productivité des hôpitaux (répondant à l'impératif du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information)), rendre compte de toutes les informations (de façon exhaustive) relatives au patient, conserver le dossier du patient sur le long terme (par exemple, dans le cas d'une deuxième admission, avoir une trace des anciens diagnostic et des traitements effectués). Dans les faits, tous ces actes sont non neutres. Les DPI contiennent un nombre d'informations bien supérieur à ce que le professionnel aurait spontanément relevé et à celui qu'il est nécessaire d'avoir pour poser le diagnostic car les logiciels imposent de répondre à des informations aux critères standardisés.



Exemple des acteurs impliqués impliqués dans le projet de DPI du progiciel Orbis ®

Ce qui rentre aussi en jeu est le changement qualitatif instauré par le DPI. Là où un psychiatre en cabinet gère directement les données liées au patient, l'hôpital impose un accès plus laxiste sur les données. «[Il] est devenu banal que des secrétaires ou des soignants vérifient spontanément (ou soient poussés à le faire) l'identité de patients [...] alors même qu'aucune loi ne l'autorise¹⁶». Comme on peut le voir sur le schéma de la page précédente, de nombreux hôpitaux mettent en avant le partage et l'accès au DPI du patient entre les services. Bien qu'utile, ce dossier est créé sous une forme unique, chaque acteur ayant alors accès à toutes les informations relatives au patient, même lorsque certaines ne lui sont pas destinées. Dans le cas de la psychiatrie (le DPI étant appliqué dans tous les domaines médicaux), cet accès aux données prend une autre dimension car elle touche directement à l'état psychique du patient. Ces informations sont conservées sous forme de dossier pendant toute la vie du patient. On peut alors se demander jusqu'où le partage des données - par justification de confidentialité - peut être acceptable pour maintenir le respect de l'intimité du patient ? On comprend ainsi que la nécessité du partage d'informations entre les acteurs lors d'une prise en charge pluridisciplinaire en psychiatrie implique de questionner le formalisme des données informatisées qui, dans leur nature, influencent les pratiques des professionnels et le rapport au patient.



Exemple de logiciel utilisé pour effectuer le DPI (non spécifique à la psychiatrie ici)

Comme évoqué précédemment¹⁷, les logiciels utilisés pour la pose du DPI contiennent des indicateurs spécifiques qui se doivent d'être remplis pour valider le dossier. Certaines données peuvent paraître anodines (durée et nombre de consultations, type de maladie) mais elles reflètent en réalité la façon dont on cherche à analyser la situation du patient. En effet, la grammatisation des informations relatives au patient vient restreindre ce dernier à quelques bribes de son identité (types de symptômes, durée et type du traitement) qui, dans ce contexte, influencent la façon de percevoir l'individu. Choisir les indicateurs, c'est donc faire le choix de masquer certains aspects de la personne et d'en valoriser d'autres et donc, dans un

¹⁶ GEKIÈRE, Claire et SOUDAN, Serge. Dossier patient informatisé et confidentialité: évolution des modèles et des pratiques. «Le diable gît dans les détails». *L'information psychiatrique*, 2015, vol. 91, no 4, p. 325.

¹⁷ Cf. I. 3).

sens, stigmatiser sa pathologie ou son état mental. Cette sélection se manifeste par la "discrétisation¹⁸" des informations qui découle de l'utilisation spécifique du DPI comme technique de diagnostic. Ainsi, on comprend que l'influence de la technique va bien au-delà de la simple formalisation des connaissances et de la généralisation des données. En particulier dans le cadre de la psychiatrie, discipline dans laquelle l'agentivité et la subjectivité d'un individu sont telles que la standardisation vient heurter le réel sans réellement pouvoir en rendre compte.

¹⁸ DELAMOTTE-LEGRAND, Régine. Sylvain Auroux, La révolution technologique de la grammatisation. *Mots. Les langages du politique*, 1995, vol. 42, no 1.

Conclusion

Alors que le soin apporté à notre santé mentale se démocratise peu à peu, la psychiatrie reste néanmoins un des domaines médicaux les plus méconnus et stigmatisés, bien qu'il soit essentiel à l'équilibre de notre société. En enquêtant sur le métier de psychiatre, nous souhaitons en apprendre davantage sur la réalité du métier au sein de l'hôpital. Bien plus qu'un simple changement de lieu, la pratique du métier en institution instaure un cadre qui demande au praticien de s'adapter et d'évoluer rapidement. En effet, les psychiatres cherchent constamment à maintenir le continuum entre adaptation et formalisation dans leur pratique. De même, le psychiatre influence la façon dont l'hôpital est organisé et l'expérience du patient. Le milieu de travail et l'exercice de la profession des professionnels s'articulent ainsi par transduction.

Étudier le métier de psychiatre en institution nous a permis de mettre en lumière l'influence ambivalente que représente l'hôpital dans la pratique du métier de psychiatre. L'industrialisation des établissements de santé a progressivement instauré de nouveaux enjeux et des approches novatrices dans le travail des médecins-psychiatres. Il est ainsi intéressant de voir que le passage à l'échelle d'une pratique "artisanale" comme celle de psychiatre dûe à la présence et à l'évolution du cadre institutionnel ne peut être restreint à de simples changements de pratiques. Car au-delà de la pause du diagnostic qui s'est vu réinventé par l'informatisation des dossiers, ce sont les rapports à la technique, au patient et à l'essence du métier lui-même qui se sont modifiés. Ces modifications tacites, c'est celles que nous avons essayé de mettre en lumière en décrivant les écarts-prescrits réels qui ont été développés par les psychiatres lors de nos échanges. Ces discussions, variées et complémentaires, nous ont fait prendre conscience que la subjectivité jouait une part très importante dans la vision que le psychiatre a de son métier. Ce qui peut sembler être une pratique contraignante pour un professionnel, peut être un réel besoin et avantage pour un autre. La présence d'une équipe pluridisciplinaire peut alors être un atout ou une difficulté ; le psychiatre doit savoir évoluer en modulant son savoir-faire.

La difficulté d'exercice au quotidien des psychiatres est largement liée aux manques de moyens des hôpitaux, ce dont souffrent aussi les autres professions médicales. La pénurie de médecins, les exigences parfois irréalistes et les contraintes budgétaires et matérielles mettent à mal leur pratique. Rejeter la faute sur l'hôpital n'est cependant pas une solution : toutes les problématiques évoquées ne sont en réalité que le reflet d'une saturation du système actuel combinant plusieurs dysfonctionnements. A défaut de pouvoir les modifier, nous avons souhaité, au travers de ce mémoire, mettre en lumière le dévouement des psychiatres dans l'amélioration de l'existence des patients au sein de l'environnement complexe et mouvement de l'hôpital.

Sources

Figures

Figure 1 : BLOND, Marlène. Étude sur les difficultés actuelles du métier de psychiatre hospitalier français De la flamme au burn out. *L'information psychiatrique*, 2016, vol. 92, no 8, p. 625-639.

Documents

ADVENIER, Frédéric et KAPSAMBELIS, Vassilis. Le diagnostic psychiatrique à l'ère de la médecine industrielle. *Topique*, 2013, no 2, p. 7-22.

BAZIN, Yoann. L'institutionnalisation des pratiques organisationnelles: le cas du diagnostic en psychiatrie. 2011. Thèse de doctorat. Conservatoire national des arts et métiers-CNAM.

CINTAS, Caroline. Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2009, no 11-1.

ADVENIER Frédéric, KAPSAMBELIS Vassilis, « Le diagnostic psychiatrique à l'ère de la médecine industrielle », *Topique*, 2013/2 (n° 123), p. 7-22.

GEORGESCU*, Irène et NARO**, Gérald. Pressions budgétaires à l'hôpital: une étude qualitative du concept de «RAPM» auprès de praticiens hospitaliers. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, 2012, vol. 18, no 3, p. 67-95.

GEKIERE, Claire. Écrire ou saisir, peut-on choisir?. *Empan*, 2018, vol. 168, no 1, p. 64-67.

GEKIERE, Claire et SOUDAN, Serge. Dossier patient informatisé et confidentialité: évolution des modèles et des pratiques.«Le diable gît dans les détails». *L'information psychiatrique*, 2015, vol. 91, no 4, p. 323-330.

GELLY, Maud et al. *Les établissements publics de santé en France : gouvernance, politique, performance*. 2018

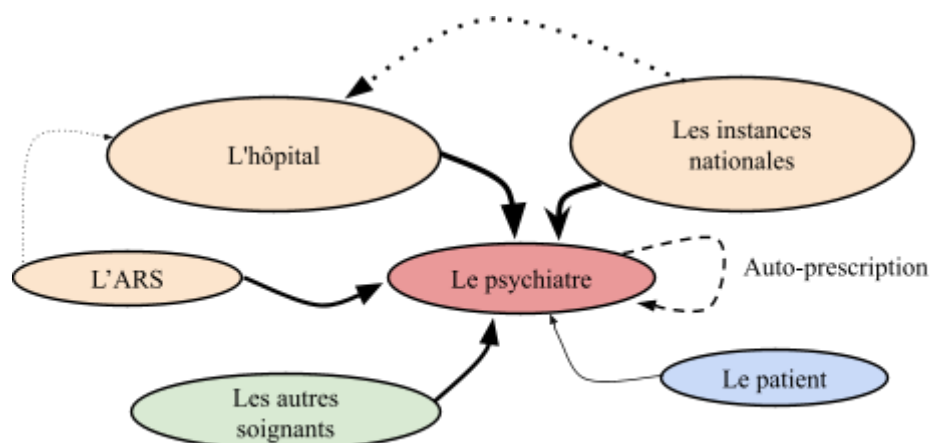
POSTEL, Jacques et QUÉTEL, Claude. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Dunod, 2012.

WECKERT, Elina et BERTILLOT, Hugo. La régulation de la qualité dans le secteur de la santé ?. *Quaderni*, 2014, vol. 85, p. 39-52.

DEL VOLGO Marie-José, « Hôpital d'hier et d'aujourd'hui. Malaise dans le soin ? », *Cliniques méditerranéennes*, 2008/2 (n° 78).

Annexes

Pour mieux comprendre le fonctionnement de l'hôpital et son impact nous avons étudié le lien du psychiatre avec les différents acteurs du système de santé qui sous-tendent sa pratique. La hiérarchie inhérente au système public rend compte du nombre de prescriptions que le psychiatre se doit d'assumer dans sa pratique (et qui peuvent entrer en contradiction, les acteurs n'agissant pas tous à la même échelle).



Missions et source de prescriptions dans le métier de psychiatre

- **Au niveau national, les instances** : Le ministère des Solidarités et de la Santé prescrit au psychiatre de suivre le code déontologique (notamment le secret médical), les politiques de santé mentale.
La Haute Autorité de Santé (HAS) prescrit au psychiatre (par le biais de l'hôpital) des normes de travail (pour la certification des hôpitaux), des directives et des recommandations de pratiques à suivre.
- **Au niveau régional, l'ARS (Agence régionale de Santé)** : L'ARS prescrit des règles - spécifiques à chaque région - pour assurer la gestion des hôpitaux en régulant les pratiques des psychiatres.
- **Au niveau de l'hôpital** : L'hôpital prescrit au psychiatre des objectifs quantitatifs (nombre de patients) et qualitatifs (diagnostic et traitement à évaluer puis à mettre à jour sur le long terme (suivi)). L'hôpital prescrit également les techniques de diagnostic (par le biais du DPI). Le psychiatre doit également interagir et prendre en compte les avis de l'équipe pluridisciplinaire avec qui il travaille.
- **Au niveau du service, l'équipe pluridisciplinaire** : Les autres soignants prescrivent au psychiatre de partager ses connaissances sur l'état de santé mentale d'un patient. Les autres soignants prescrivent aussi le diagnostic et le traitement qui conviendrait le mieux au patient selon eux. Les autres soignants prescrivent au psychiatre d'interagir avec eux afin de coordonner les soins.
- **Au niveau du patient** : Le patient prescrit au psychiatre un suivi de sa santé mentale (suivi quotidien, prise de médicament, ...)
- **Au niveau du psychiatre** : Le psychiatre s'auto-prescrit d'accompagner au mieux le patient dans son processus de guérison tout en respectant, dans la mesure du possible, la volonté du patient. Il se doit de repérer les patients susceptibles d'avoir des troubles

mentaux afin de proposer des soins en prévention. Le psychiatre doit gérer son organisation pour proposer au patient un suivi régulier (dans la mesure du possible).