

Moins de 200 francs l'heure? – Jamais!

Interview du Dr Heiner Lachenmeier, Affoltern am Albis

Monsieur Lachenmeier, vous êtes président de la Commission des tarifs de la Société suisse de psychiatrie récemment créée. Qu'est-ce qui vous a poussé à accepter cette honorable et sans doute difficile fonction?

Je me suis peu occupé de questions de tarif jusqu'au début de 1999, moment où fut publiée la version Bêta 3. Comme beaucoup d'autres psychiatres, je fus alors effaré. Ce que je lisais ne correspondait pas à ce qui avait été discuté à l'origine. Manifestement, des aspects fondamentaux tels que la péréquation des revenus médicaux, la revalorisation du travail intellectuel et émotionnel n'avaient pas été pris en compte. C'est là que commence, avec celui de beaucoup d'autres, mon engagement dans notre société de discipline. Une dynamique s'est développée, dont est issue ce printemps la commission tarifaire de notre société.

Un réveil bien tardif?

C'est vrai, il est bien tard. Peut-être avons-nous fait trop confiance aux objectifs formulés et admis à l'origine et qui – on le constate aujourd'hui – n'ont pas été réalisés.

L'entente sur les objectifs n'était peut-être pas aussi parfaite qu'on le pensait?

Nous avons entendu de divers côtés, et même le président de la FMH avait déclaré et répété que le travail émotionnel et intellectuel devait être réévalué, que les revenus médicaux les plus bas – entre autres ceux des psychiatres et des pédopsychiatres – seraient relevés, que la fourchette des revenus devait être réduite et que le besoin de rattrapage dans le secteur de l'infrastructure serait couvert. Autant d'objectifs déjà clairement formulés.

Qu'entendez-vous par besoin de rattrapage dans l'infrastructure?

Un psychiatre ne peut se permettre pratiquement aucune infrastructure raisonnable, il n'a pas les moyens d'engager des auxiliaires à son cabinet. C'est là que manifestement il y a un besoin de rattrapage.



Vous parlez de charge émotionnelle; ce n'est sûrement pas une exclusivité des psychiatres.

Tout médecin est soumis à des charges émotionnelles mais elles sont de diverse nature. Il y a la confrontation à la souffrance d'autrui qui est le lot de chaque médecin: destinées malheureuses, coups du sort, décès, perte de patients. A cela s'ajoute le fait d'accomplir un travail lourd de responsabilité, parfois d'importance vitale. C'est le cas en chirurgie, en médecine générale et en psychiatrie aussi, ce que souligne par exemple le taux élevé de suicides en Suisse. Mais il y a une autre forme de charge émotionnelle qui prend de très grandes proportions en psychiatrie. Elle est tout à fait spécifique, on pourrait parler de charge active-émotionnelle. En psychiatrie, tout au moins dans les traitements de psychiatrie – psychothérapie, notre principal outil est notre propre personne. Nous investissons notre appareil affectif tout comme un chirurgien travaille avec ses mains. Cet appareil affectif n'est pas commandé uniquement par le conscient et l'intellect mais en grande partie par l'inconscient. Cela signifie que dans son travail, le psychiatre-psychothérapeute se confronte aussi à sa propre histoire de vie et à ses propres domaines peut-être problématiques. D'où une charge plus forte, une fatigabilité plus rapide. Des temps de récupération sont indispensables entre les séances s'il ne veut pas compromettre la qualité de son travail.

En somme, ces différentes formes de charge émotionnelle ne sont pas comparables.

Je ne crois pas. En faisant cette distinction, je n'entends surtout pas minimiser la charge émotionnelle d'un chirurgien. Je l'ai moi-même éprouvée dans mes précédentes activités; mais puisque nous en sommes à comparer avec la chirurgie, n'oublions pas qu'en chirurgie la charge diffère selon la difficulté du domaine traité. Une appendicectomie, c'est autre chose que d'opérer une tumeur cérébrale. Il en va de même naturellement pour des travaux émotionnels.

La version 3.0 vient justement d'être soumise à l'approbation du Conseil fédéral, dans le délai. Le Tar-Med est ainsi pratiquement terminé. Qu'en sera-t-il concrètement pour vous l'année prochaine?

Je ne connais pas la version 3.0; malgré nos demandes elle n'a pas encore été mise à notre disposition. Je dois donc me fonder sur la version 2.2 et sur les domaines qui ont été discutés dans les tours de négociations tarifaires 2000. Pour nous concrètement, les choses sont telles que nous arrivons à un tarif horaire plus bas que le tarif AI actuellement en vigueur.

Vous partez de l'idée que la valeur du point tarifaire sera inférieure à un franc. Mais le but de la FMH reste toujours 1 fr.

Je suis heureux de vous l'entendre dire. C'est bien sûr le but de la SSP également. Nous le faisons savoir aussi à nos présidents cantonaux qui sont responsables de la mise en pratique sur le plan cantonal. Mais j'ai lu aussi les prises de position du Surveillant des prix, de Mme Dreifuss, des représentants des caisses-maladie ...

Si le point tarifaire à 1 franc aboutit, nous pourrions compter comme psychiatres sur un tarif horaire d'environ 200 fr., ce qui correspond à notre exigence minimale. En regard d'autres professions universitaires, nous serions d'ailleurs encore et toujours à la traîne.

Indépendamment de la valeur du point tarifaire, êtes-vous d'accord sur la structure du tarif comme telle?

Les positions du tarif en psychiatrie ont été définies en somme convenablement. Le tarif horaire n'est pas l'unique objet de nos préoccupations. Ce qui compte beaucoup, c'est de savoir quel travail peut être facturé. Selon le tarif actuel il n'y a, dans la plupart des cantons, aucune possibilité de facturer le travail effectué en l'absence du patient. C'est dire que pendant des années, des décennies, nous avons fourni cette prestation entièrement gratuitement. Nous l'avons fait quand même sans quoi un travail judicieux n'eût pas été possible. Ce n'est que dans la version 2.2 que la position «travail psychiatrique en l'absence du patient» a été créée pour la première fois. Nous avons enregistré là une des importantes améliorations. Cette position est toutefois soumise à des limitations, des

limitations intolérables sous l'angle professionnel: elles contraignent les psychiatres – s'ils ne veulent pas les subir – à mesurer trop juste le temps accordé à des cas nécessitant une très grande part de travail en l'absence du patient (en pédopsychiatrie ou en socio-psychiatrie, psychothérapie selon des méthodes très absorbantes). On nous répète sans cesse maintenant qu'avec la facturation électronique les limitations sont supprimées. Certes, mais il y a quelques nœuds; et d'abord la menace de réintroduire ces limitations si la hausse des coûts, en soi attendue, devient manifeste.

Une autre chose qui surprend dans la structure 2.2, c'est que dans toutes les positions, la valeur intrinsèque est identique. N'y a-t-il pas en psychiatrie un échelonnement pour des cas de différents degrés de difficulté? Cela ne vous dérange pas?

Je vous sais gré d'aborder cette question. Il n'y a pas de gradation jusqu'à présent. Nous devons provisoirement vivre avec le concept de valeur intrinsèque. En psychiatrie, cette valeur a été fixée en tenant compte de la durée de formation postgraduée qui est de six ans. Mais le Dr Brunner a aussi déclaré que la valeur intrinsèque ne doit plus être liée au curriculum de formation. La formation en psychothérapie va en effet bien au-delà de la formation de spécialiste. Il est habituel de la compléter dans plusieurs instituts. Cela peut durer jusqu'à dix ans ou même plus après l'obtention du titre de spécialiste. C'est un peu comme en chirurgie où un très haut degré de spécialisation est exigé. Il devrait en être tenu compte dans le concept de valeur intrinsèque. On ne sait pas très bien pour le moment comment cela peut se faire en détail mais il est clair que cela doit être pris en considération.

Il y a probablement encore d'autres aspects spécifiques à la psychiatrie dont il n'a pas été tenu compte. Je pense à l'absentéisme. Lorsqu'un patient ne se présente pas à la consultation vous n'avez pas la possibilité d'appeler le suivant.

C'est exact. L'absentéisme est un phénomène connu de longue date. Il existe aussi, naturellement, au cabinet du généraliste et partout ailleurs. Mais pour diverses raisons, la situation est différente en psychiatrie. Nous n'avons pas des rythmes de 5, 10 minutes ou un quart d'heure, loin de là: les séances durent le plus souvent une heure environ. Nous n'avons donc pas de patient en salle d'attente pour remplacer un absent. La seconde raison est que le taux d'absentéisme est particulièrement élevé chez les patients psychiatriques. Il varie entre 10 et 15%. Cela tient à la nature même des patients que l'on soigne. L'absentéisme est inhérent à la pathologie psychiatrique car précisément, des patients mal structurés peuvent difficilement respecter les rendez-vous, soit qu'ils les oublient, soit que l'angoisse les submerge. Je pense que l'absentéisme devrait aussi être pris en considération sous l'angle structurel du tarif. Le TarMed



contient d'autres domaines dans lesquels l'absentéisme est couvert par le tarif: par exemple les visites d'urgence faites inutilement peuvent être facturées.

En fixant le taux de productivité pour la psychiatrie, a-t-on admis implicitement que les psychiatres travailleraient en réalité davantage?

Vous touchez là un des points décisifs. La productivité dépend fortement du genre de travail qui est fourni. Le taux a été établi en présumant que le travail en psychiatrie peut, comme dans un autre cabinet de consultation, être très diversifié (au sens d'intellectuel, manuel, émotionnel). Or des changements rapides ne sont pas possibles en psychiatrie. Après s'être plongé dans le vécu d'une personne, avoir suivi les cheminements et les réactions d'une existence, il n'est pas possible en deux ou trois minutes de «commuter» sur un autre patient. Le psychiatre a besoin d'assimiler ce qu'il a ressenti avant de pouvoir se mettre à la place d'un autre patient. Il y a des laps de temps, en l'absence du patient, qui ne comptent pas dans le tarif. C'est pourquoi 85% est un taux de productivité nettement trop élevé. D'après nos calculs il devrait se situer autour de 70%.

Combien d'heures de travail par année pourriez-vous admettre au maximum?

Dans un cabinet de psychiatrie et psychothérapie – avec un collectif de patients mixte et un taux relativement élevé de travail en psychiatrie-psychothérapie –, le plafond devrait être de 1200 heures par an. Au-dessus, ce ne serait pas judicieux. 1200, c'est la valeur moyenne d'une limite supérieure correspondant aux expériences actuelles; il faut la mettre en relation avec les conditions de vie d'un psychiatre. Près de 40% des psychiatres en pratique privée souffrent de burnout d'intensité moyenne à grave! La forte charge émotionnelle inhérente à leur travail n'y est sans doute pas étrangère. Sous l'angle de la médecine du travail il faut donc exclure une limite supérieure. Bien sûr, il y a quelques psychiatres qui ont beaucoup plus de séances. Ce sont pour une part des psychiatres qui font moins de psychiatrie-psychothérapie et peuvent ainsi avoir un plus grand nombre d'heures. Mais ce n'est pas la règle.

Un psychiatre pourrait-il s'en tirer avec des expertises ou par la remise de médicaments?

Je pense que cela n'a pas de sens de mettre sur pied un nouveau tarif pour que l'on doive recourir à des astuces. L'activité d'expertise est à mon avis adéquatement évaluée; quoique moins difficile, elle est beaucoup mieux rétribuée que le travail thérapeutique. J'ai personnellement encore la possibilité de délivrer directement des médicaments et je fais usage de cette possibilité. Le chiffre d'affaires que je réalise ainsi suffit tout juste à couvrir les dépenses. C'est à mettre de nouveau en parallèle avec le cabinet du généraliste. En médecine générale le secteur des médicaments joue un rôle essentiel pour le chiffre d'affaires. Chez les psychiatres cela représente en moyenne une très faible part. Voulez-vous un exemple? Quand les médecins zurichois ont lancé leur initiative sur les médicaments on nous a demandé de contribuer aux frais de l'initiative par un certain pourcentage du chiffre d'affaires réalisé sur les médicaments. J'ai calculé: pour moi, cela fait juste 32 fr.

Rétrospectivement, quels enseignements tirez-vous de la «carrière» de TarMed jusqu'ici? Qu'est-ce qui fut bien, qu'est-ce qui s'est mal passé? Le TarMed a-t-il permis aussi de découvrir des choses qui n'ont pas un rapport direct avec le tarif, mais plutôt avec l'exercice de la profession, sa raison d'être?

Bien entendu, je ne peux parler qu'à mon point de vue. Je n'ai pas la vue d'ensemble sur tout ce qui s'est passé dans les négociations du tarif. Il me semble que d'une manière générale l'identité des médecins a amorcé un tournant. Les études et la formation achevées, nous nous sommes concentrés à 100% sur le travail au service du patient, éventuellement sur la recherche, considérant cela comme notre devoir. Ce serait la situation idéale pour qui veut devenir médecin. Dans la société actuelle, la réalité est malheu-

reusement différente. Il faut revoir notre façon de penser. Un point important est la communication, le travail de relations publiques. Dans mon groupe de spécialistes, la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie, nous nous sommes attachés l'année passée à structurer et développer un travail de relations publiques. Nous en sommes au début. Le travail de psychiatrie-psychothérapie est aussi peu connu dans le corps médical que celui du médecin dans l'ensemble de la société. Il n'existe à ce jour du côté des médecins aucun travail de relations publiques systématique et fondé. Je pense que le modèle «Tonton docteur vous informe» n'a plus aucun effet sur le public. Ce qui manque, c'est une action en politique.

Cela veut dire s'engager en politique?

Absolument.

A votre avis, comment est perçu actuellement le corps médical dans le public?

Il faut différencier. Au chapitre «satisfaction du client» par exemple, on voit que les médecins conservent leur première place. Les patients sont très satisfaits du médecin en pratique privée. Nous sommes les premiers et loin derrière viennent, par exemple, les caisses-maladie. Mais manifestement, cela ne concerne que la perception du médecin pris individuellement, «mon médecin». Cette haute estime accordée à son propre médecin n'est pas transposée sur le corps médical dans son ensemble. Un travail intelligent de relations publiques devrait savoir relier ces deux pôles.

Comment interprétez-vous, en tant que psychiatre précisément, le fait qu'un groupe professionnel pris globalement soit aujourd'hui attaqué de toutes parts. Est-ce que la jalousie joue un rôle ou bien le corps médical est-il devenu le bouc émissaire?

Ce sont des spéculations mais je spéculerais volontiers entre les deux. Je pense que l'envie joue un rôle lorsque les revenus extrêmes font les grands titres des médias. Pour le médecin moyen – je dirai même pour 95% des médecins –, ces revenus ne sont nullement représentatifs. Vous le savez bien, on met toujours ces gros chiffres en exergue et l'on parle beaucoup moins de la réalité du quotidien d'un médecin de clinique ou en pratique privée. Cela tient à notre carence en communication: tant que les médecins, le corps médical dans son ensemble, n'apprennent pas à faire connaître leur situation réelle, moyenne, on ne pourra pas faire comprendre à la population qu'il n'est pas possible de continuer à rogner sur les revenus des médecins. Pour ce qui nous concerne en tant que psychiatres, je voudrais dire ceci: Nous sommes avec tous les autres médecins dans le même bateau. Mais il est très important qu'à l'intérieur de la société médicale, à l'intérieur de la FMH, des domaines spécifiques de la psychiatrie soient beaucoup mieux connus.

De tout temps le revenu des psychiatres a été le plus bas comparé aux autres disciplines. Serait-ce là aussi une forme de dépréciation, l'évaluation généralement faible d'une profession ou d'une prestation que l'on n'est pas disposé à honorer autant qu'une prestation de pointe de l'artisanat?

Cela se pourrait; on trouve d'ailleurs dans certains spots de publicité un genre de plaisanterie qui va dans cette direction; je pense par exemple à la mise en scène de l'achat d'une cuisine Piatti: le dialogue parodie un entretien de thérapie de couple. On peut voir là bien sûr une certaine dépréciation, un dénigrement. Encore un problème de communication! Il est difficile de présenter le travail de psychiatrie. Plus facile de montrer la réparation d'un os fracturé et l'état du patient six semaines plus tard. Le travail psychiatrique est souvent un processus long et complexe qui ne saurait être expliqué en une minute.

Vous êtes maintenant lancé dans cette nouvelle activité. Qu'en attendez-vous exactement? – de faire passer votre exigence minimale de 200 fr. l'heure?

Je pense que pour l'introduction du tarif il y a deux choses importantes. La première est l'exigence minimale d'un tarif horaire qui ne soit pas inférieur à 200 fr. La seconde est que le travail en l'absence du patient soit intégralement indemnisé, sans limitation; que les limitations soient abolies et que ce travail en l'absence du patient ne soit pas compris dans le calcul de la neutralité des coûts. Je le rappelle brièvement: c'est un travail que nous avons accompli gratuitement pendant longtemps. Si maintenant il devait être ajouté au volume des prestations dans le calcul des coûts, nous serions pénalisés une deuxième fois pour les sommes que nous avons économisées. Ce ne serait pas acceptable. Il doit être clair aussi qu'une poussée des coûts est attendue en psychiatrie. C'est le but qui a été clairement défini et que les caisses-maladie ont aussi accepté.

Les perspectives ne sont pas roses pour les futurs psychiatres qui sont encore en formation postgraduée et qui envisagent d'entrer dans cette profession. Craignez-vous que cela se répercute sur la qualité de la relève?

Bien sûr, je le crains. Si les revenus ne sont pas établis à un niveau raisonnable, aucune personne intelligente, à moins de s'engager par pure philanthropie, ne voudra devenir psychiatre. La formation de psychiatre est dure et difficile; elle nécessite, des années durant, une confrontation de tous les instants avec soi-même dans un environnement professionnel peu considéré. Lorsque autrefois je disais dans un cercle d'amis que j'étais assistant en chirurgie, je voyais briller tous les yeux. Quand je me suis donné comme assistant en psychiatrie, on m'a regardé d'un drôle d'air.

Aurions-nous donc déjà un problème de relève?

Tout à fait. Les mauvaises perspectives économiques ne sont pas la moindre des raisons qui pèsent sur l'at-trait de la profession.

Comment pensez-vous vous en tirer personnellement avec le nouveau tarif?

Je ne saurais le dire pour le moment; cela dépendra de la valeur du point tarifaire. Si c'est 80 centimes – ma femme a une bonne profession; elle pourrait reprendre le travail. En Suisse, on ne doit pas avoir faim; on peut toujours vivre. La question à se poser est celle-ci: la charge de travail, la formation, la responsabilité sont-elles en adéquation avec le revenu? Ce ne serait certainement pas le cas avec un point tarifaire de 80 centimes. Dans le canton de Zurich, un psychiatre gagne moins qu'un maître d'école primaire.

Malgré tout, votre profession vous donne-t-elle encore satisfaction?

Oui, la profession, c'est une tout autre chose que le tarif. Ma profession, je l'aime. C'est pour moi le plus beau domaine de la médecine. On pourrait dire que la psychiatrie est la discipline où la médecine humaine se différencie le plus nettement de la médecine vétérinaire parce qu'elle réunit tout ce qui fait l'être humain: le corps, l'âme et le social. Dans certains secteurs de la médecine, il n'y a plus cette unité. La psychiatrie, ce n'est pas planer sur les nuages. C'est un travail intellectuel et émotionnel d'une grande intensité. J'aime voir que par mon travail je peux aider d'autres personnes à régler leurs problèmes avec la vie, que soudain un mariage fonctionne de nouveau, qu'un beau jour le contact avec les enfants se rétablit. Il y a le patient qui voit disparaître ses troubles gastriques fonctionnels, celui qui n'a plus besoin de somnifères; ce sont des moments magnifiques que

pour rien au monde je ne voudrais manquer. Je suis fasciné aussi par les connaissances que nous livre la recherche en neurophysiologie et qui rejoignent celles de la psychologie.

Notre population a besoin, je pense, de bons psy-chiatres et de bons psychiatres en nombre suffisant.

Sans aucun doute. C'est un fait politiquement reconnu en théorie. En mai, la deuxième conférence de la Confédération et des cantons sur l'état de santé de la population a placé la «santé psychique» au deuxième rang dans l'ordre d'importance. Malheureusement l'action ne suit pas la théorie. Dans les régions rurales il y a encore trop peu de psychiatres. Ici à Affoltern am Albis par exemple, nous sommes huit psychiatres. C'est beaucoup pour une petite localité et pourtant nous sommes tous largement occupés. Prenez la question du suicide: le taux de suicide est très élevé dans notre pays; c'est la cause de décès la plus fréquente chez les jeunes hommes. Le suicide tue davantage en Suisse que les accidents de la circulation. Chez les médecins, les psychiatres spécialement, son taux est très élevé, ce qui est une indication de la charge professionnelle.

Il est important que dans le cadre de la FMH on accorde plus d'attention aux souhaits des psychiatres. Important aussi que le corps médical se montre uni dans les futurs débats. Pour que cette cohésion soit réelle, il faudrait qu'une grande société comme la SSP ait davantage de raisons de se sentir à l'aise au sein de la FMH.

Je vous remercie beaucoup de cet entretien.

Dr Markus Trutmann

Deutsch erschienen in Nr. 33/2000