

# Enquête sur l'infrastructure et les heures de travail en psychiatrie

ou «Comment l'on impose étrangement des chaussures trop étroites – II<sup>e</sup> Partie» [1]

H. Lachenmeier\*

Les données RoKo et l'enquête de la FMH sur le temps de travail ont servi de base de calcul pour le TARMED. Toutefois, la rubrique RoKo «Frais généraux de cabinet» ne reflète pas la situation effective en matière d'infrastructure dans les cabinets psychiatriques. Tout psychiatre est contraint d'accepter des restrictions massives en matière d'infrastructure du cabinet en raison de la situation tarifaire. Ce ne sont par conséquent que les coûts de cabinet «rationnés» qui ont été saisis; il en découle que la prestation technique a été fixée à un niveau plus bas.

Simultanément, la saisie du temps de travail réalisée par la FMH présente dans le domaine de la psychiatrie des carences méthodologiques reconnues qui ont débouché sur une productivité fixée à un niveau trop élevé.

La SSP et la SSPPEA ont chargé un institut indépendant de réaliser une enquête sur l'infrastructure et le temps de travail. Cette enquête a mis à jour un important besoin de rattrapage dans l'infrastructure des cabinets psychiatriques.

La productivité effective dans les cabinets psychiatriques se situe en moyenne entre 65,5% et 67,1%. Une telle productivité comporte déjà une surcharge émotionnelle importante des psychiatres – surcharge qui va croissant avec le taux d'occupation et le nombre d'années de pratique dans le cabinet. Il est temps de briser le tabou de la problématique du burnout qui a atteint des proportions endémiques avec quelque 40%.

Cette situation doit se refléter de manière équitable et conforme à la réalité dans la conception tarifaire.

Deutsch erschienen  
in Nr. 25/2002

## Introduction

Les psychiatres sont confrontés quotidiennement au fait que l'indemnisation de leur travail ne leur permet de disposer que d'une infrastructure insuffisante et qu'il existe une part étonnamment élevée de temps de travail dit improductif. Une autre expérience quotidienne est celle des confrères non-psychiatres qui sont d'avis que les psychiatres n'ont besoin que d'une pièce meublée et d'aucune infrastructure supplémentaire puisqu'ils n'ont rien d'autre à faire que d'écouter.

Dans le cadre du TARMED, mais aussi pour donner au monde médical une image réaliste des conditions de travail de la psychiatrie, la SSP et la SSPPEA ont chargé en automne 2001 un institut indépendant de réaliser une enquête représentative sur l'infrastructure et les heures de travail dans les cabinets psychiatriques de Suisse [2]. Il s'agit de présenter ici les résultats essentiels de cette étude et d'en discuter.

600 cabinets de psychiatres d'adultes et d'enfants ont été contactés. Le taux de réponses a dépassé 50%. 40% des questionnaires renvoyés ont pu servir à l'analyse.

## Infrastructure

Un questionnaire a permis de saisir l'état actuel de 65 critères concernant l'infrastructure et de demander en même temps si ces critères sont nécessaires pour que la structure d'un cabinet psychiatrique soit de qualité adéquate (= valeur requise). Les questions portaient sur l'espace, la conception et l'ameublement, le secrétariat, l'équipement technique, la sécurité, les urgences et l'entretien des locaux. Une comparaison entre l'état actuel et la valeur idéale devait permettre de déterminer les carences, respectivement le besoin de rattrapage, pour obtenir une qualité de la structure de niveau professionnel.

Dans ce contexte, il sied de tenir compte du fait que les psychiatres se sont habitués depuis des années à disposer d'une infrastructure limitée, pour ne pas dire «rationnée». L'analyse des résultats de l'enquête démontre également que les valeurs idéales indiquées se situent à un niveau inhabituellement modeste pour des cabinets médicaux. Cette situation s'exprime par exemple par le fait qu'un quart des spécialistes hautement qualifiés qui ont participé à l'enquête sont disposés à assumer eux-mêmes les travaux de secrétariat et à se charger eux-mêmes également de l'entretien des locaux. Les principales constatations concernant l'infrastructure sont récapitulées dans le tableau 1.

On voit que les carences sont nombreuses. L'espace à disposition ne correspond pas du tout aux exigences professionnelles: il manque des bureaux, des salles de groupe, des salles d'attente, des locaux d'archivage et des WC pour les patients. L'équipement ne suffit pas à satisfaire les exigences médicales. Même des besoins aussi fondamentaux que des parois insonorisées ou l'accès en fauteuil roulant manquent dans trois quarts, respectivement dans deux tiers des cabinets.

\* Président de la commission permanente de tarification de la SSP/SSPPEA.

1 Lachenmeier H. Das merkwürdige Diktat der zu kleinen Schuhe: Psychotherapie und Kosten. Bull Méd Suisses 2002;83(7):315-9.

2 Frei A. HealthEcon Basel. Infrastruktur- und Arbeitszeiterhebung der Schweizer Psychiater. 2002 (www.psychiatrie.ch).

Correspondance:  
Dr Heiner Lachenmeier  
Breitenstrasse 20  
CH-8910 Affoltern am Albis  
e-mail: hlachenmeier@tiscalinet.ch

Tableau 1

Principales constatations concernant l'infrastructure (selon [2]).

	Etat actuel	Valeur idéale
<i>Espace</i>		
Bureau séparé du local de consultation	46,3 % non	69,3 % oui
Salle de groupe	82,4 % non	52,5 % oui
Salle d'attente	10,7 % n'ont pas du tout de salle d'attente, 27,5 % utilisent le corridor comme salle d'attente	77,5 % considèrent qu'une salle d'attente séparée est importante (discretion)
Salle d'archives	72,1 % non	70,9 % oui
WC séparé pour les patients	78,7 % non	63,9 % oui
<i>Equipement / Aménagement / Sécurité</i>		
Parois insonorisées	73,4 % non	73,0 % oui
Accès en fauteuil roulant	66,0 % non	75,4 % oui
Places de parc pour les patients	83,2 % non	69,7 % oui
Equipement de lumino-thérapie	86,9 % non	45,5 % oui
Logiciel de cabinet	51,2 % n'ont pas du tout de logiciel de cabinet, ni pour les décomptes, ni pour l'historique du patient, ni pour le compendium des médicaments	67,2 % sont favorables à un logiciel de facturation
Installation vidéo	82,4 % non	48,4 % oui
Ouverture de la porte à partir de la salle de consultation	64,8 % non	62,3 % oui
<i>Secrétariat</i>	75,8 % font eux-mêmes les travaux de secrétariat	76,2 % au total considèrent qu'un secrétariat est nécessaire
		51,6 % considèrent qu'un propre secrétariat est important, notamment pour la facturation (50 %), la correspondance (50 %) et l'archivage (44,7 %).
		24,6 % sont d'avis qu'un secrétariat externe représente une solution possible.
<i>Entretien des locaux</i>	44,7 % nettoient eux-mêmes leur cabinet	75 % considèrent qu'il serait judicieux que les locaux soient entretenus par une personne externe.

L'équipement au moyen d'une installation vidéo joue un rôle particulier. Cet équipement est une condition *sine qua non* pour plusieurs méthodes thérapeutiques. Il fait partie de l'équipement de base dans le cadre institutionnel mais il fait défaut dans plus de 80 % des cabinets. Il est remarquable que seuls 50 % environ le considèrent comme nécessaire. Une explication qui vient tout de suite à l'esprit est que le contrôle de la thérapie au moyen de la vidéo est exclu des prestations dans l'ordonnance sur l'assurance maladie [3] (ce qui est aussi grotesque que si l'on excluait des prestations assurées les examens Rx par des radiologues). Ainsi, l'utilisation de la vidéo est pratiquement impossible pour des raisons économiques et ne constitue dès lors pas un objectif.

Trois quarts des psychiatres assument aujourd'hui eux-mêmes l'intégralité des travaux de secrétariat. Ils sont le même nombre à estimer

que l'aide d'un secrétariat est nécessaire. La majeure partie a besoin d'un propre secrétariat puisque une grande part du travail est liée au cabinet. Cette constatation est également très importante en ce qui concerne la collaboration avec les autres médecins, entre autres avec ceux qui veulent adresser des patients. L'absence de secrétariat a pour conséquence une restriction dans la possibilité de joindre les psychiatres, ce qui cause régulièrement des frictions inutiles dans la collaboration, et une mauvaise humeur bien compréhensible de la part des autres médecins.

Les constatations concernant l'entretien des locaux parlent d'elles-mêmes.

Outre les indications qui figurent dans le tableau 1, il existe de nombreux autres déficits de moindre importance. Ainsi, dans plus d'un tiers des cabinets, il est impossible de préparer une tasse de thé ou d'accéder à l'Internet.

3 Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins OPAS (état au 28.12.2001).

Tableau 2

Durée totale du travail selon les classes de taux d'occupation (selon [2]).

Taux d'occupation	1–40%	41–60%	61–80%	81–100%	Total
Nombre de participantes et participants	4	27	53	98	182
<i>Dans le cabinet et à l'extérieur du cabinet en heures par semaine (pourcentage)</i>					
– dans le cabinet	9,4 (81,7%)	23,1 (82,4%)	31,1 (83,3%)	39,6 (83,1%)	34,1 (83,1%)
– à l'extérieur du cabinet	2,1 (18,3%)	4,9 (17,6%)	6,2 (16,7%)	8,1 (16,9%)	6,9 (16,9%)
<b>Total</b>	<b>11,5 (100%)</b>	<b>28,0 (100%)</b>	<b>37,4 (100%)</b>	<b>47,7 (100%)</b>	<b>41,0 (100%)</b>
<i>Selon le genre de travail en heures par semaine (pourcentage)</i>					
– temps indemnisé sur des bases tarifaires	7,5 (67,6%)	17,7 (62,9%)	22,4 (60,0%)	30,2 (63,4%)	25,6 (62,5%)
– temps indépendant d'un tarif	0 (0%)	0,6 (2,3%)	1,2 (3,3%)	2,7 (5,6%)	1,9 (4,6%)
– temps improductif	3,6 (32,4%)	9,8 (34,8%)	13,7 (36,7%)	14,8 (31,0%)	13,5 (32,9%)
<b>Total</b>	<b>11,1 (100%)</b>	<b>28,1 (100%)</b>	<b>37,3 (100%)</b>	<b>47,7 (100%)</b>	<b>41,0 (100%)</b>

La récapitulation de tous les résultats donne un besoin d'investissement considérable. Deuxièmement, le besoin de rattrapage en matière de place, de secrétariat et d'entretien des locaux cause des coûts fixes récurrents s'il est couvert.

L'enquête estime le besoin moyen par année de rattrapage à Fr. 3200.– pour une pièce supplémentaire, à Fr. 17 663.– pour un propre secrétariat et à Fr. 950.– pour l'entretien des locaux. Ces chiffres se basent sur le besoin estimé par les personnes qui ont participé à l'étude. *A notre avis, ils sont clairement trop bas.* Les dépenses supplémentaires nécessaires seraient vraisemblablement beaucoup plus élevées en réalité, notamment pour le secrétariat, aussi bien au niveau des charges de personnel qu'en raison du fait que les locaux nécessaires à cet effet n'ont pas été saisis. Les frais d'entretien des locaux sont également plus élevés: si l'on compte avec deux à trois heures par semaine, ils s'élèvent au moins à Fr. 2000.– jusqu'à Fr. 3000.– par année.

Dans l'ensemble, l'enquête met à jour la vaste palette des domaines dans lesquels les cabinets psychiatriques doivent renoncer aujourd'hui à couvrir certains besoins d'infrastructure. La remarque a été faite de diverses parts que les frais d'entretien des locaux, par exemple, pourraient sans autre être payés. Cette remarque est inadmissible dans la situation actuelle. Les psychiatres sont contraints par la situation actuelle en matière d'honoraires à faire des économies importantes dans le domaine de la qualité de l'infrastructure. L'un économise plutôt dans le domaine technique, par exemple en ce qui concerne la vidéo, et l'autre plutôt dans des questions structurelles comme l'entretien des locaux, en fonction des priorités personnelles.

### Supplément

#### «coûts spéciaux d'infrastructure»

Un facteur spécial de coûts des cabinets psychiatriques, qui doit être décompté par analogie comme infrastructure, est la partie de la formation continue obligatoire en psychothérapie, partie qui doit être prise en charge par le médecin lui-même. Dans une enquête rétrospective datant de 1992 [4] la valeur moyenne de ces coûts pendant le perfectionnement se situait à l'époque à Fr. 43 250.– pour les psychiatres installés (avec des valeurs de pointe dépassant Fr. 200 000.–), et à Fr. 70 000.– pour les personnes actives dans des institutions (avec des valeurs de pointe dépassant également Fr. 200 000.–). Ces coûts ont certainement crû pendant les dix dernières années.

Ces coûts sont souvent «vendus» aux futurs psychiatres comme étant l'équivalent des investissements que réalisent leurs confrères et consœurs du domaine somatique pour l'installation du cabinet. Contrairement à ce qui est usuel pour les investissements dans les cabinets, ils ne sont toutefois pas pris en considération pour fixer les coûts d'infrastructure.

Il existe à ce sujet une constatation intéressante de la CFPC [5]. Avec l'entrée en vigueur de la LEPM (Loi fédérale concernant l'exercice des professions de la médecine), les assistants de toutes les spécialités devraient en principe endosser eux-mêmes les coûts de leur formation postgrade (selon des estimations réalisées dans le canton de Vaud, ce montant s'élève de Fr. 40 000.– à Fr. 50 000.– par année et par candidat, en fonction de la spécialité). Cette prise en charge est toutefois impossible en raison des

4 Schenkel H, Michel K, Valach L. Die Weiterbildung zum Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH: rückblickende Beurteilung durch die Psychiater. Teil 2. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 1992;143(2):161-72.

5 Beschlussprotokoll der Plenarsitzung KWFB vom 21. 3. 2002.

Tableau 3

Productivité en fonction du taux d'occupation (selon [2]).

Taux d'occupation	1–40%	41–60%	61–80%	81–100%	Total
Productivité 1: Ensemble du temps de travail payé / ensemble du temps de travail	71,9%	65,2%	63,3%	69,0%	67,1%
Productivité 2: Temps de travail indemnisé sur des bases tarifaires / ensemble du temps de travail moins le temps de travail indépendant d'un tarif	71,9%	64,4%	62,1%	67,2%	65,5%

Tableau 4

Dépouillement supplémentaire concernant le travail (selon [2]).

Variable	Oui	Non	Missing	Total
Charge de travail trop faible	3 (1%)	234 (97%)	4 (2%)	241
Charge de travail idéale	129 (54%)	105 (44%)	7 (3%)	241
Charge de travail trop élevée	119 (49%)	110 (46%)	12 (5%)	241
Augmentation de la durée du travail possible sans mise en danger de la santé	28 (12%)	211 (88%)	2 (1%)	241
Restrictions inadmissibles de la vie privée en raison de la charge de travail	108 (45%)	127 (53%)	6 (2%)	241
Risque de burnout	125 (52%)	111 (46%)	5 (2%)	241
Burnout existant	100 (41%)	135 (56%)	6 (2%)	241

montants en jeu, même s'il existait la possibilité d'en acquitter une partie au moyen de travail. Les psychiatres vivent toutefois dans cette situation impossible depuis toujours, et avec des valeurs pouvant dépasser Fr. 200 000.–.

### Temps de travail

La saisie du temps de travail a porté sur une période de deux semaines et sur l'intégralité du temps de travail dans le cabinet et à l'extérieur de ce dernier (entretiens, visites d'urgence, administration, éventuelles activités d'enseignement, etc.). Cette saisie a considéré séparément le temps indemnisé sur des bases tarifaires (assurance maladie, AM, AA, AD), les heures payées mais indépendantes d'un tarif (par exemple comme superviseur) et les temps de pause. Une série de questions supplémentaires a permis de saisir le taux d'occupation, les éventuelles particularités de la période de saisie, la charge de travail et la durée de l'activité dans le cabinet.

Les temps de travail déterminés ont été comparés au temps d'occupation déclaré spontanément et au temps de travail normal selon TARMED. Les cas extrêmes ont été éliminés pour la suite de l'étude. Il est resté ainsi 182 participantes et participants pour lesquels le taux d'occupation indiqué correspond approximativement aux heures effectives de travail.

La majorité des participantes et participants restant travaillent entre 80 et 100 pour-cent, une part importante se situant entre 60 et 80 pour-cent. Les détails sont récapitulés dans le tableau 2.

Le temps de travail payé indépendant d'un tarif représente au total moins de 5 % et n'a une certaine importance que pour les personnes travaillant entre 80 et 100 pour-cent.

### Productivité

Une attention particulière a été apportée à la productivité qui peut être déduite des temps de travail saisis. Elle a été calculée au moyen de deux formules:

P1 correspond au rapport entre l'ensemble du temps de travail payé et le total du temps de travail (les temps de pause sont déjà déduits). Pour faire ce calcul, il a été admis que le temps de travail non payé est réparti à parts égales sur le temps indemnisé sur des bases tarifaires et le reste du temps de travail payé.

P2 part du principe que lors de travail indépendant d'un tarif, l'intégralité de ce temps de travail est payée (le rapport est dès lors établi entre l'ensemble du temps de travail non payé des psychiatres et le temps de travail indemnisé sur des bases tarifaires).

Les résultats sont récapitulés dans le tableau 3.

Tableau 5

Taux d'occupation comparativement au nombre d'années de pratique (selon [2]).

Nombre d'années de pratique	Total	Taux d'occupation			
		1-40%	41-60%	61-80%	81-100%
0-5	33%	74,8%	31%	42%	26%
6-10	30%	19%	29%	24%	35%
11-15	17%	6,2%	13%	23%	16%
16-20	10%	0%	15%	6%	11%
21-25	8%	0%	10%	2%	11%
>25	2%	0%	2%	3%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

La productivité réelle se situe entre P1 et P2 et se trouve en moyenne entre 65,5% et 67,1%. Cette valeur est clairement inférieure aux 85% de la saisie du temps de travail réalisée par la FMH en 1995/96. Les psychiatres ont mis en doute les résultats de cette dernière étude dès sa publication. Le président de la FMH a confirmé récemment que la saisie du temps de travail réalisée à l'époque dans la psychiatrie présente des carences méthodiques et que les résultats sont douteux [6]. Cette constatation est très importante puisque la fixation de la productivité des psychiatres dans TARMED continue de se fonder sur ces résultats douteux.

### Questions supplémentaires

Outre les chiffres considérés seuls, il est intéressant de savoir ce qu'il en est du rapport entre le temps de travail et la manière dont le travail est vécu, respectivement de la charge ressentie. Les résultats principaux sont récapitulés dans le tableau 4.

Près de la moitié ressent la charge de travail comme trop élevée et 45% vivent des restrictions inadmissibles au niveau de la vie privée. En moyenne, 41% indiquent la présence manifeste de phénomène de burnout.

Ces chiffres correspondent très bien avec ceux d'une thèse [7] qui a examiné en 1999 la question du burnout chez les médecins actifs dans la psychiatrie dans le canton de Zurich. Cette étude a constaté chez 38% des psychiatres installés un syndrome moyen à grave de burnout.

La corrélation entre les facteurs «surcharge de travail», «restrictions inadmissibles de la vie privée», «risques de burnout» et «burnout existant» et le taux d'occupation, mise à jour par l'étude de Frei, démontre que les facteurs énumérés vont croissant avec l'augmentation du taux d'occupation. Chez les personnes qui travaillent entre 81% et 100%, 65% indiquent un risque de burnout, ce dernier phénomène étant présent chez 44%.

Il est naturellement aussi intéressant de connaître les indications à long terme concernant le rapport entre le taux d'occupation et le nombre d'années de pratique (tableau 5).

Nous remarquons que la proportion des personnes travaillant à plein temps est la plus élevée entre la sixième et la dixième année. Le taux d'occupation diminue dans une proportion importante les cinq années suivantes. Il y a vraisemblablement une corrélation avec la problématique du burnout. Les chiffres disponibles ne suffisent toutefois pas pour prouver définitivement cette corrélation. Il est par conséquent urgent de réaliser des enquêtes à ce sujet. En effet, la présomption exprimée correspond à l'expérience selon laquelle la problématique du burnout augmente après une dizaine d'années de pratique.

### Problématique du burnout

La problématique du burnout, spécifique aux psychiatres, est toujours remise en question. On entend régulièrement dire qu'il s'agirait d'un problème d'attitude des psychiatres. Même les psychiatres tendent encore parfois à éviter de discuter entre eux de ce problème. Les chiffres et les expériences sont toutefois clairs. Nous devons veiller à éviter une forme de comportement «machiste émotionnel» qui nous interdirait d'en parler. Les conséquences pour la profession (maladies, réduction de la durée totale du travail avec perte de revenu, renforcement de la problématique de la relève) sont graves, de même que pour les patients (diminution de la qualité des traitements).

Rappelons encore que ce ne sont pas que les données épidémiologiques et l'arrière-plan psychologique qui sont connus; nous pouvons nommer aujourd'hui les mécanismes neurophysiologiques essentiels qui débouchent sur une fatigue plus rapide et accrue en présence des exigences émotionnelles en comparaison avec les exigences intellectuelles.

6 Brunner HH. Aktennotiz betreffend Aussprachen FMH und ZMT/MTK mit SGP/SGKJPP vom 12. 2. 2002; Suva Luzern.

7 Amstutz M. Burnout bei den psychiatrisch tätigen Ärztinnen und Ärzten im Kanton Zürich. Dissertation. Universität Zürich 1999.