

Réflexions sur l'activité de Psychiatrie

La consultation psychiatrique

Le tarif conventionné de la consultation de psychiatrie doit résulter de données particulières à cette spécialité :

- une consultation longue, l'acte technique se confondant en psychiatrie avec l'acte clinique, pour permettre l'évaluation du diagnostic initial et de l'évolution du patient qui s'évaluent par un interrogatoire détaillé et soucieux de l'économie psychique du sujet, puis le traitement non médicamenteux qui consiste en un étayage du patient pour modifier sa représentation de lui-même ;

- car rappelons que si l'on veut limiter de manière pertinente les prescriptions de psychotropes, le consensus est que leur principale alternative est la psychothérapie, qui nécessite une fréquence de consultations adaptée à chaque patient, mais qui implique qu'elle doit être soutenable financièrement par les patients psychiatriques, dont la moyenne de niveau de vie est notoirement bas ;;

- par essence, le malade psychiatrique, quand bien même il en est conscient, a un rapport profondément biaisé à la nécessité de ses soins ; plus que pour d'autres domaines de la médecine, l'accès à ces soins doit être favorisé par un reste à charge minimal;

Le **CNPSY** doit être valorisé en conséquence, et être automatiquement indexé aux revalorisations du C : c'est à dire revenir **au CNPsy = 3C** originel.

Revalorisation du MP

Malgré sa nécessité, la pédopsychiatre libérale est en train de disparaître :

- les centres de soins pédopsychiatriques publics et médico-sociaux : CMP, CAMPS-CMPP, SESSAD, sont saturés avec des délais d'inscription de plusieurs mois voire se comptant en années, ce qui constitue des pertes de chance énormes pour des êtres en développement ;
- OR la pédopsychiatrie libérale ne représente que 1% de l'investissement public dans la pédopsychiatrie (rapport *La pédopsychiatrie* de la Cour des Comptes pour la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, mars 2023) ; elle est l'une des spécialités médicales les moins rémunérées;
- RESULTAT le nombre d'enfants et d'adolescents suivis en ville est en forte et constante diminution (-15% en 5 ans) (rapport *La pédopsychiatrie* de la Cour des Comptes pour la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, mars 2023)

alors que

- cette population subit une épidémie de troubles anxio-dépressifs sévères depuis quatre ans, avec un taux de tentatives de suicide et de déscolarisation augmentés, et que des troubles instrumentaux sont de plus en plus dépistés.

- le président de la République vient d'annoncer un programme de dépistage de troubles du développement dont les TSA et les TDAH, qui vont révéler des besoins de suivis. Si ces diagnostics ne sont pas assortis de suivis, cela induira implicitement et littéralement une maltraitance pour ces enfants et leurs familles. L'hôpital et le médico-social ne pourront assurer seuls cette mission.



PAR CONSÉQUENT pour des raisons sociales, de santé publique et de prévention secondaire de suicides de jeunes et de troubles psychiatriques adultes, il convient de **valoriser particulièrement les consultations pédopsychiatriques en augmentant le MP pour les secteurs 1 et 2** bien au-delà de ces malheureux 3€ (au moins 10 euros)

- Maintien de la majoration de consultation avec les responsables légaux : MPF ou transformation en **1,5CNPSY**, pour tout patient mineur.

- actuellement le pédopsychiatre n'est pas rémunéré pour ses participations aux réunions avec les professionnels qui travaillent autour de l'enfant, que ce soit les échanges diagnostiques avec les équipes des centres de références (CRA, CRTLA,... ou les équipes éducatives et équipes de suivis dans les établissements scolaires pour accompagner les inclusions de nos patients. Au lieu qu'il soit ainsi sanctionné financièrement, il est temps que cet investissement dans la défense des besoins de nos patients soit valorisé : **réunions avec partenaires : 3 x CNPSY** (ce qui est un minimum pour une moyenne d'une heure de réunion et le temps de trajets).

Réponses aux questions de l'Assurance Maladie

-lien avec le médecin traitant / accès direct

L'articulation psychiatre/somaticien est indispensable tant par les intrications en terme de diagnostic (pathologies à présentation psychiatrique mais d'origine somatique) que par les comorbidités existantes ou induites par les traitements psychiatriques. Les recommandations HAS incitent à l'évaluation somatiques avant prescription de psychotropes. La population psychiatrique souffre d'un manque de suivi en raison d'une tendance à peu consulter. De ce fait, le psychiatre devrait pouvoir solliciter un médecin spécialiste en médecine générale (traitant du patient ou non). Il faudrait donc créer une lettre clé quand c'est au médecin traitant que le psychiatre renvoie leur patient pour une évaluation somatique particulière lui paraissant nécessaire (bilan pré-thérapeutique, diagnostic différentiel , surveillance d'une comorbidité...), de manière à améliorer la qualité de prise en charge.

La possibilité de l'accès direct devrait être générale afin de permettre à tout patient de bénéficier d'un traitement basé sur une expertise spécialisée, qui permette de faire au plus tôt dans le parcours de soin la part des médicaments psychotropes et de la psychothérapie dans le traitement. Le ratio démographique généralistes/psychiatres ne le permet pas actuellement. Il est essentiel que le psychiatre puisse alors évaluer l'indication et l'efficacité du premier traitement que le médecin de premier recours a eu à mettre en place.

- Rôle expertise/ rôle de suivi :

L'avis d'expertise (APY à 2CNPSY) doit rester possible, ce d'autant que certains patients demeurent réticents à consulter de manière régulière un psychiatre, et préfèrent se fier à leur médecin traitant. Cependant, l'essence de l'activité psychiatrique demeure dans le suivi.

Un psychiatre est souvent engagé dans un suivi dès lors qu'il est appelé à faire un diagnostic : l'évaluation diagnostique peut nécessiter du temps, d'aborder des questions intimes, certains symptômes sévères demandent une disponibilité pour en surveiller



l'évolution. Il est donc très difficile pour un psychiatre de ne réaliser qu'une consultation ponctuelle.

Une configuration particulière est celle où le psychiatre est amené à évaluer l'indication d'un traitement – médicamenteux ou psychothérapique – qu'il n'a pas lui-même engagé. Il se trouve alors en place de référent. C'est ce qui pourrait se poser pour MonSoutienPsy qui actuellement, initialement prescrit par le médecin traitant faute de disponibilité en psychiatres, conduit à une rupture prématurée d'un processus psychothérapique en raison d'un nombre limité de séances conventionnées. On peut concevoir que les renouvellements du conventionnement des séquences suivantes de séances du psychologue seraient possibles mais devraient alors être prescrits par un psychiatre.

-SAS/accès en urgence

Pour des raisons de sécurité tant du patient que parfois du praticien, une urgence psychiatrique (idéation ou intention suicidaire avec péril imminent, syndrome délirant avec risque d'auto ou hétéroagressivité,...) doit être prise en charge dans un service d'urgences.

Le dispositif de « Service d'accès aux soins » (SAS) dans sa définition légale ne peut pas convenir à la psychiatrie. Un psychiatre ne peut accueillir un nouveau patient s'il n'est pas assuré d'une disponibilité suffisante pour répondre à la souffrance de son patient. Etant responsable de ses suivis, il est donc le seul à même de juger s'il est à même d'en débiter un nouveau.

Un dispositif analogue devrait donc avoir des spécificités adaptées à la psychiatrie. D'ailleurs hors l'urgence, les délais de rendez-vous peuvent être plus long que ce qui est demandé en médecine générale : le patient psychiatrique peut supporter ses symptômes quelques jours à quelques semaines, et d'autant plus s'il est assuré d'avoir un rendez-vous. Que ce soit sur adressage du médecin traitant ou en relai d'une hospitalisation, pourrait par exemple être envisagée (sur le site ameli.fr ?) une plateforme d'une liste d'attente commune de psychiatres volontaires d'un même territoire (comme le font déjà certains professionnels de santé). Le psychiatre qui saurait qu'il a une disponibilité pour un véritable suivi potentiel contacterait alors le patient en tête de cette liste d'attente mutualisée.

-Intérêt de l'ESS

En période de crise de l'accès aux soins, tout dispositif peut avoir son intérêt, dès lors qu'il est basé sur le volontariat.

En psychiatrie, cette liberté n'est pas qu'un impératif déontologique : elle a une dimension technique. L'un des outils majeurs du psychiatre, tant diagnostique que thérapeutique, est sa propre réactivité émotionnelle à l'état psychologique du patient. La qualité de cet outil dépend des conditions dans lesquelles il travaille. Il est donc essentiel qu'il en ait la maîtrise.

Quant aux bénéfiques à en attendre en matière d'accès aux soins, ils seront à la marge tant que la démographie psychiatrique ne sera pas plus favorable.

-Place de la téléconsultation :

Le plafond des 20% n'a pas de sens en psychiatrie. A condition que celle-ci se fasse avec des patients déjà connus en présentiel et dans le respect de la confidentialité sur le



lieu où se trouve le patient, la téléconsultation pourrait en pleine pénurie être une vraie plus-value en matière d'accès aux soins psychiatriques.

-La question de l'OPTAM

Cette option est une bonne idée pour le remboursement des patients, mais peu pérenne pour les praticiens, puisque la prime OPTAM qui se veut à l'origine une aide pour minimiser les charges sociales, n'en a réellement pas une du fait que la prime perçue vient gonfler le chiffre d'affaire et donc les charges URSSAF, et n'est donc pas réellement rentable pour le praticien. Cette incitation à limiter les dépassement d'honoraires pour permettre un meilleur accès aux soins doit être révisée afin de mieux accompagner les professionnels de santé.

- Autres propositions pour l'attractivité:

-indexer le CNPSY à l'inflation annuelle (implicite si le CNPSY redevient corrélé à un C lui-même indexé à l'inflation)

-permettre la valorisation du temps passé auprès des familles/aidants(comme le souhaitent les associations de patients UNAFAM et autres) en permettant un entretien familial : 2 ou 3 CNPSY fonction du temps passé

- Consultations potentiellement longue en cas d'hospitalisation pour « négocier » le soin avec le patient (soin sous contrainte ou non)

- Simplifier la nomenclature en limitant la clé au CNPSY, et en l'indexant en fonction de sa complexité.

- donner une prime annuelle défiscalisée aux praticiens donnant de leur temps pour aider de manière ponctuelle (fréquence à définir) en consultant en déserts médicaux.

- indemnisation du temps en formation médicale continue DPC : 2 CNPSY par heure ?

- cumuler les CNPSY de chaque membre d'une même famille en cas de thérapie familiale.

- Concernant le secteur 1, maintien de 30% de DA pour des CNPSY hors coordination et du HN pour des psychothérapies.

