Textes réglementaires

Gérard Bles

CIRCULAIRE CNAMTS DU 2/04/97

Pour application de l'arrêté du 28.01.97 modifiant la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

VI PSYCHIATRIE - TITRE XIII - CHAPITRE II.

Le libellé du Titre XIII, Chapitre II : «Chimiothérapie intensive (cure de sommeil, cure dite dépressive, neuroleptique) réalisée en établissement, par jour, K 15» était manifestement inadapté à la pratique actuelle. En fait, cet acte codé K 15 correspond actuellement à la prise en charge initiale intensive des pathologies dans les cliniques psychiatriques. L'objectif recherché avec les représentants de la profession a donc été d'actualiser et de rationaliser la nomenclature des psychiatres exerçant en établissements privés, réglementés par l'Annexe XXIII du décret du 9 mars 1956.

Le libellé précité a donc été remplacé par un acte forfaitaire et spécifique coté CNPSY 0,8 par jour de prise en charge intensive.

L'acte tel qu'il est défini s'appliquera prioritairement à la période initiale de l'hospitalisation, pendant laquelle les soins et la prise en charge sont plus denses. Cette période est schématiquement de l'ordre de deux semaines, alors que la durée de séjour est, au plan national de l'ordre de six semaines. Une demande d'entente préalable doit donc être formulée lorsque la prise en charge intensive est prolongée au delà de quatorze jours.

Sur le plan clinique, le CNPSY 0;8 correspond à tout épisode de décompensation psychiatrique non stabilisé.

Il s'agit donc de situations cliniques évolutives. A titre d'exemple et pour marquer les grandes lignes des situations cliniques d'application de cet acte - cette liste étant forcément incomplète et non exhaustive - le CNSPY 0;8 peut s'appliquer dans :

- les réactions névrotiques aiguës (psychonévroses émotionnelles, traumatismes psychiques, etc.),

- les troubles de l'humeur (états dépressifs de tous types, accès de mélancolie et de manie),

- les psychoses délirantes aiguës,

- les psychoses pré- et post-puerpérales,

- les états confusionnels,

- les épilepsies,

- les décompensations des troubles de la personnalité (psychopathiques ou états-limites),

- les troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie),

- les traitements des conduites addictives,

- les décompensations des névroses, des personnalités névrotiques et perverses,

- les décompensations des psychoses chroniques,

- les épisodes évolutifs des états démentiels,

- les épisodes évolutifs des processus organiques générateurs de troubles mentaux,

- les décompensations psychiques des pathologies organiques.

Le CNPSY 0,8 durant la période initiale n'inclut pas l'éventuelle CNPSY d'entrée, mais couvre tous les paramètres de la prise en charge initiale, marquée par la nécessité du changement d'environnement qui a dicté l'indication d'hospitalisation.

Le renouvellement éventuel du CNPSY 0,8 au delà de quatorze jours sera fonction de :

- la non stabilisation de l'épisode évolutif,

- la survenue d'un nouvel épisode de décompensation de type soit identique, soit différent de celui ayant motivé l'hospitalisation.

La demande de renouvellement précise la durée nécessaire à la réduction symptomatique de l'épisode, bien que cette estimation soit difficile.

Un accord a été conclu avec la profession pour revoir, au cours de l'année 1997, la nomenclature des actes utilisés en établissements psychiatriques privés.

Pour comprendre ce texte, il faut bien avoir présent à l'esprit que la modification de Nomenclature qu'il commente ne correspond pas de prime abord à une recherche d'un meilleur ajustement des cotations à la réalité des pratiques institutionnelles mais, concrètement, à la recherche d'économies «à tout prix» via, en l'occurrence, la suppression du K 15. C'est l'effort syndical qui a permis, dans un deuxième temps, de dévier de cette cible première pour obtenir un libellé reflétant mieux la complexité de principe du travail du psychiatre en établissement. Mais nos interlocuteurs de la Caisse ont gardé à l'esprit une «confusion» entre acuité, période initiale d'hospitalisation, et complexité de l'acte. La rédaction de la circulaire d'application (qui nous a été soumise) reflète cette ambiguïté tout en ouvrant potentiellement par ailleurs à une acception plus large des situations visées en parlant de «situations cliniques évolutives», et en citant notamment les «décompensations» et «épisodes évolutifs» dans divers cadres nosologiques.

Tel quelle, cette circulaire offre potentiellement un élargissement pour l'application de la cotation de l'acte complexe, tout en maintenant la possibilité d'interprétations restrictives - ce que nous avons déjà observé à l'échelon du contrôle médical de certaines CPAM, qui propose de limiter l'application du CNPSY 0,8 aux situations «de crise», de «décompensation aiguë» et «d'urgence» afin d'en limiter l'utilisation dans le cadre des «pathologies chroniques lourdes» (ce qui ne va pas sans paradoxe quand on évalue la complexité du travail en établissement de psychothérapie institutionnelle).

Il faut bien comprendre que, du côté des Caisses, le risque est l'extension de l'application de la cotation, alors que du côté syndical, l'enjeu est d'ouvrir la Nomenclature en sorte qu'elle offre une meilleure adéquation à la réalité des pratiques.

De toute façon, nous sommes en situation «expérimentale», un bilan est prévu sur la nouvelle cotation d'ici la fin 97 - mais un bilan qui devrait porter malheureusement prioritairement sur les résultats économiques du changement de cotation et de libellé. A nous de faire valoir la dimension dynamique du problème -

représentants syndicaux mais aussi (avant tout ?) praticiens de terrain auxquels il appartient de démontrer la validité du concept de complexité - ce qui implique parfois une certaine évolution des modalités d'intervention.

La révision «en profondeur» de la Nomenclature est prévue pour l'an 2000. Quelle sera d'ici là l'évolution des doctrines pour ce qui concerne notamment les prises en charge en clinique, avec en particulier la mise en oeuvre des PMSI ? Il est possible que nous soyons confrontés à une tentation de dissociation des systèmes de rémunération entre l'activité en établissement de soins et l'activité en cabinet de ville - dissociation à laquelle apparaît prête une partie des opérateurs institutionnels. Il importe de poursuivre sur ce sujet une réflexion très active, car c'est tout un pan de l'activité dite libérale du psychiatre qui pourrait se trouver ainsi remise en question.

Gérard Bles

LETTRE MINISTÉRIELLE DU 19/02/97

Précisant les modalités de coordination de l'équipe médicale et paramédicale mentionnée à l'article 11 de l'annexe XXIV relative aux conditions techniques d'autorisation des établissements et services prenant en charge des enfants et adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptées.

(...) Mon attention a été appelée à plusieurs reprises sur le fait que dans certains établissements et services relevant de l'annexe XXIV précitée, la qualification du médecin chargé de coordonner l'équipe mentionnée en objet n'était pas toujours adaptée aux caractéristiques dominantes des enfants et adolescents accueillis et notamment à la nature des handicaps résultant d'une déficience intellectuelle ou d'une inadaptation.

Dans le respect de la responsabilité générale du directeur de l'établissement mentionné à l'article 10 de ladite annexe XXIV, l'article 11 précise notamment que l'équipe médicale comprend d'une part un psychiatre, d'autre part un pédiatre ou, en lieu et place de ce dernier, un médecin généraliste «selon l'âge des personnes accueillies et en fonction des besoins de l'établissement».

Dans ce même article 11 il est également précisé que *«sous la responsabilité de l'un de ces médecins, l'équipe médicale et paramédicale :*

- veille à la mise en oeuvre et à l'adaptation du projet thérapeutique et rééducatif des enfants ou adolescents;

- assure la surveillance de la santé des enfants ou adolescents en coordination avec leur médecin de famille;

- assure, en coordination avec le directeur ainsi qu'avec le médecin du travail, la surveillance générale de l'établissement en ce qui concerne l'hygiène de vie des enfants ou adolescents, leur alimentation et l'hygiène des locaux».

En application de ces dispositions, il importe que le médecin responsable de l'équipe médicale et paramédicale détienne la qualification requise au regard de la nature et de l'importance des déficiences rencontrées principalement dans chaque établissement.

En conséquence je vous demande de bien vouloir veiller au respect du principe suivant dans toute la mesure du possible: lorsque les enfants et adolescents majoritairement accueillis dans l'institution relèvent de la section I du chapitre Ier (au titre des difficultés du comportement) ou de la section I du chapitre II (déficiences du psychisme) du guide-barême mentionné en référence, le médecin coordinateur doit être un psychiatre ayant acquis une formation ou une expérience professionnelle dans le domaine de l'enfance et de

l’adolescence.