

EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE ET DES EFFETS IMMEDIATS
DE LA NOUVELLE ORDONNANCE DU DFI SUR LES PRESTATIONS
DANS L'ASSURANCE OBLIGATOIRE CONCERNANT LA
PSYCHOTHERAPIE (OPAS)

Rapport final

Mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Genève et Lucerne, le 15 novembre 2008

Yann Boggio, chef de projet (Evaluanda)

Jérôme Mabillard et Eric Zellweger (Evaluanda),
Cornelia Furrer et Sarah Fässler (Interface),
Dr. Marco Merlo (expert associé)

Table des matières

1	CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'EVALUATION	5
1.1	CONTEXTE	5
1.2	OBJECTIFS, CHAMP ET DISPOSITIFS DE L'EVALUATION	8
1.2.1	<i>Objectifs et questions d'évaluation</i>	8
1.2.2	<i>Champ de l'évaluation</i>	10
1.2.3	<i>Dispositif d'accompagnement de l'évaluation</i>	10
1.3	DISPOSITIF D'EVALUATION	11
1.4	CONSTRUCTION DU RAPPORT	13
2	PRECISIONS METHODOLOGIQUES SUR LES ACTES D'EVALUATION	14
2.1	LE RECUEIL DE DONNEES SUR LES FORMULAIRES D'ANNONCE (FA)	14
2.1.1	<i>Choix des caisses-maladie et éléments de méthode</i>	14
2.1.2	<i>Profil global de la base de données</i>	15
2.2	L'ENQUETE AUPRES DES MEDECINS (MED)	16
2.2.1	<i>Profil global des répondants</i>	18
2.3	LES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS ET L'ANALYSE DOCUMENTAIRE	21
2.4	EN SYNTHESE	21
3	SITUATION DE DEPART	22
3.1	CLIMAT ET DEGRE D'INFORMATION EN AMONT DE L'ENTREE EN VIGUEUR DE LA REVISION	22
3.1.1	<i>Un climat peu favorable en 2006</i>	23
3.1.2	<i>L'information initiale aux médecins traitants et l'outil Infoline</i>	25
3.1.3	<i>En synthèse</i>	27
4	RESULTATS DE L'EVALUATION	28
4.1	REGARDS SUR LES FORMULAIRES D'ANNONCES	28
4.1.1	<i>Le degré de délégation</i>	30
4.1.2	<i>L'émission du formulaire d'annonce par le médecin traitant</i>	30
4.1.3	<i>Le traitement du formulaire d'annonce par le médecin-conseil et la caisse-maladie</i>	35
4.2.1	<i>La charge induite par le formulaire d'annonce</i>	39
4.1.4	<i>En synthèse</i>	40
4.2	REGARDS SUR LE RAPPORT OPAS	42
4.2.1	<i>Du point de vue des médecins traitants</i>	42
4.2.2	<i>Les rapports du point de vue des médecins-conseils</i>	44
4.2.3	<i>En synthèse</i>	45
4.3	PROTECTION DES DONNEES ET RECOURS	46
4.3.1	<i>La protection des données</i>	46
4.3.2	<i>Les voies de recours</i>	47
4.3.3	<i>En synthèse</i>	47
4.4	PANORAMA DES PROCESSUS PSYCHOTHERAPEUTIQUES	48
4.4.1	<i>Profil des patients</i>	48
4.4.2	<i>Données transmises lors de l'annonce</i>	49
4.4.3	<i>Descriptions des psychothérapies</i>	51
4.4.4	<i>En synthèse</i>	55
4.5	PRINCIPAUX RESULTATS DE L'EVALUATION	57
4.5.1	<i>Sur le plan de la mise en œuvre et de l'exécution de l'ordonnance</i>	57
4.5.2	<i>Sur le plan des effets immédiats suite à l'entrée en vigueur de l'ordonnance</i>	59
4.5.3	<i>Au final</i>	62
5	CONCLUSIONS FINALES ET RECOMMANDATIONS	64
5.1	CONCLUSIONS	64
5.2	RECOMMANDATIONS	65
5.2.1	<i>Préciser le champ d'application de l'OPAS</i>	65
5.2.2	<i>Simplifier les procédures</i>	66
5.2.3	<i>Garantir un contrôle au sens de la LAMal</i>	66
5.2.4	<i>Accroître les connaissances</i>	66

Les annexes figurent aux pages 67 et suivantes.

Table des illustrations

Tableau 1 : modélisation de la procédure OPAS.....	6
Tableau 2: choix des caisses-maladie.....	14
Tableau 3 : source des données des caisses-maladie.....	15
Tableau 4 : répartition géographique des répondants.....	15
Tableau 5 : répartition des répondants selon l'âge.....	16
Tableau 6 : échantillonnage du questionnaire OPAS.....	17
Tableau 7 : degré de représentation des sociétés parmi les répondants.....	18
Tableau 8 : degré de représentation linguistique parmi les répondants.....	19
Tableau 9 : répartition des répondants par canton.....	19
Tableau 10 : répartition des répondants selon leur sexe et leur appartenance aux sociétés.....	20
Tableau 11 : répartition par classe d'âge parmi les répondants.....	21
Tableau 12 : perception initiale des médecins traitants sur l'OPAS (MED).....	26
Tableau 13 : satisfaction initiale quant au degré d'information sur l'OPAS (MED).....	26
Tableau 14 : Utilisation de l'Infoline.....	27
Tableau 15 : délégation de la thérapie (FA).....	30
Tableau 16 : proportion de psychothérapies dans le temps de travail.....	30
Tableau 17 : perceptions relatives à la définition des cas soumis à l'OPAS (MED).....	31
Tableau 18 : définition des cas versus formation médicale (MED).....	31
Tableau 19 : perceptions de l'obligation de partage du code diagnostic (MED).....	32
Tableau 20 : nombre probable de séances supplémentaires selon le médecin traitant (FA).....	33
Tableau 21 : nombre probable de séances supplémentaires selon le canton de domicile du patient (FA).....	34
Tableau 22 : nombre probable de séances supplémentaires selon la caisse-maladie du patient (FA).....	34
Tableau 23: perception par les répondants de la décision du médecin-conseil (MED).....	36
Tableau 24 : durée entre la demande du médecin et la proposition du médecin conseil (en jours) (FA).....	37
Tableau 25 : durée entre la demande du médecin et la décision de l'assurance (en jours) (FA).....	38
Tableau 26 : perception du délai de réponse des caisses sur le formulaire d'annonce (MED).....	38
Tableau 27 : appréciation des recommandations OFSP sur la forme du rapport (MED).....	43
Tableau 28 : degré de connaissance des indications nécessaires au rapport (MED).....	43
Tableau 29 : classe d'âge des patients (MED).....	49
Tableau 30 : répartition par sexe selon les classes d'âge (MED).....	49
Tableau 31 : indication de la thérapie (selon formulaire d'annonce) (MED).....	50
Tableau 32 : nombre de séances annoncées au médecin-conseil (MED).....	50
Tableau 33 : principaux codes diagnostic CIM-10 (selon formulaire d'annonce) (MED).....	51
Tableau 34 : Statut du cas (MED).....	52
Tableau 35 : nombre de séances total selon le statut du cas (MED).....	52
Tableau 36 : demande initiale et consommation finale en nombre de séances (cas terminés) (MED).....	52
Tableau 37 : stabilité du diagnostic après au moins 20 séances (MED).....	53
Tableau 38 : Nombre de séances annoncées des diagnostics les plus fréquents (MED).....	54
Tableau 39 : suivi proposé pour les psychothérapies terminées (MED).....	55

Liste des abréviations

Abbreviations	Definitions
CIM-10/ICD-10	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (10 ^{ème})
DFI	Département fédéral de l'intérieur
EAE	Critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité
ELK	Eidg. Leistungskommission
FA	Résultats issus de l'étude relative aux formulaires d'annonce
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen / Fédération Suisse des Psychologues
GDK/CDS	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren / Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
H+	Association des hôpitaux de Suisse
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie
MED	Résultats issus de l'enquête par questionnaire auprès des médecins concernés
OBSAN	Observatoire suisse de la santé
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OPAS	Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins)
SAPPM/ASMPP	Akademie psychosomatische und psychosoziale Medizin / Académie suisse pour la médecine psychosomatique et psychosociale
SBAP	Schweizerischen Berufsverbands Angewandte Psychologie
SGDP/SSMD	Schweizerische Ärztesgesellschaft für Delegierte Psychotherapie / Société suisse des médecins délégués
SGKJPP/SSPPEA	Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie / Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent
SGPP/SSPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie / Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie
SGV/SSMC	Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte / Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances
SPV / ASP	Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Verbands / Association Suisse des Psychothérapeutes
TARMED	Code de tarification des actes médicaux
TPPI	Traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré

1 CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

1.1 CONTEXTE

En date du 3 juillet 2006, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a annoncé diverses modifications des modalités de remboursement des traitements psychothérapeutiques, précisées dans l'Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les prestations de l'assurance des soins du 29 septembre 1995 (OPAS¹).

Parmi ces changements figure une obligation de déclaration du médecin traitant auprès du médecin-conseil de l'assurance maladie si plus de 10 séances de psychothérapies sont considérées comme nécessaires au traitement du patient. Transmis après la sixième séance, cette déclaration (ou formulaire d'annonce) précise le diagnostic selon ICD 10, le but et les finalités visés par le traitement, et la durée probable de celui-ci, soit plus ou moins de 30 séances². Sur la base de cette déclaration, le médecin-conseil prend position sur l'opportunité de la poursuite de la thérapie et propose à l'assureur une durée de prise en charge (30 autres consultations au maximum – art. 3a). Au-delà de 40 séances, un rapport doit être établi. Enfin, si la poursuite de la psychothérapie est toujours jugée nécessaire, un rapport annuel devient obligatoire par la suite (art. 3b).

Sont soumis à l'OPAS les processus thérapeutiques qui ont débuté dès le 1 janvier 2007, conduits par les psychiatres-psychothérapeutes, les pédopsychiatres-psychothérapeutes, les médecins avec droits acquis en psychothérapie (pré-TARMED) ou les médecins délégués, sous réserve que le traitement soit en conformité avec la définition proposée à l'art. 2 ch. 1 de l'OPAS :

On entend par psychothérapie une forme de traitement des maladies psychiques et psychosomatiques qui repose essentiellement sur la communication verbale, une théorie du comportement normal et pathologique et un diagnostic étiologique. Elle comprend la réflexion systématique et une relation thérapeutique suivie, se caractérise par des séances de thérapie régulières et planifiées et vise un objectif thérapeutique défini au moyen de techniques acquises dans le cadre d'une formation.

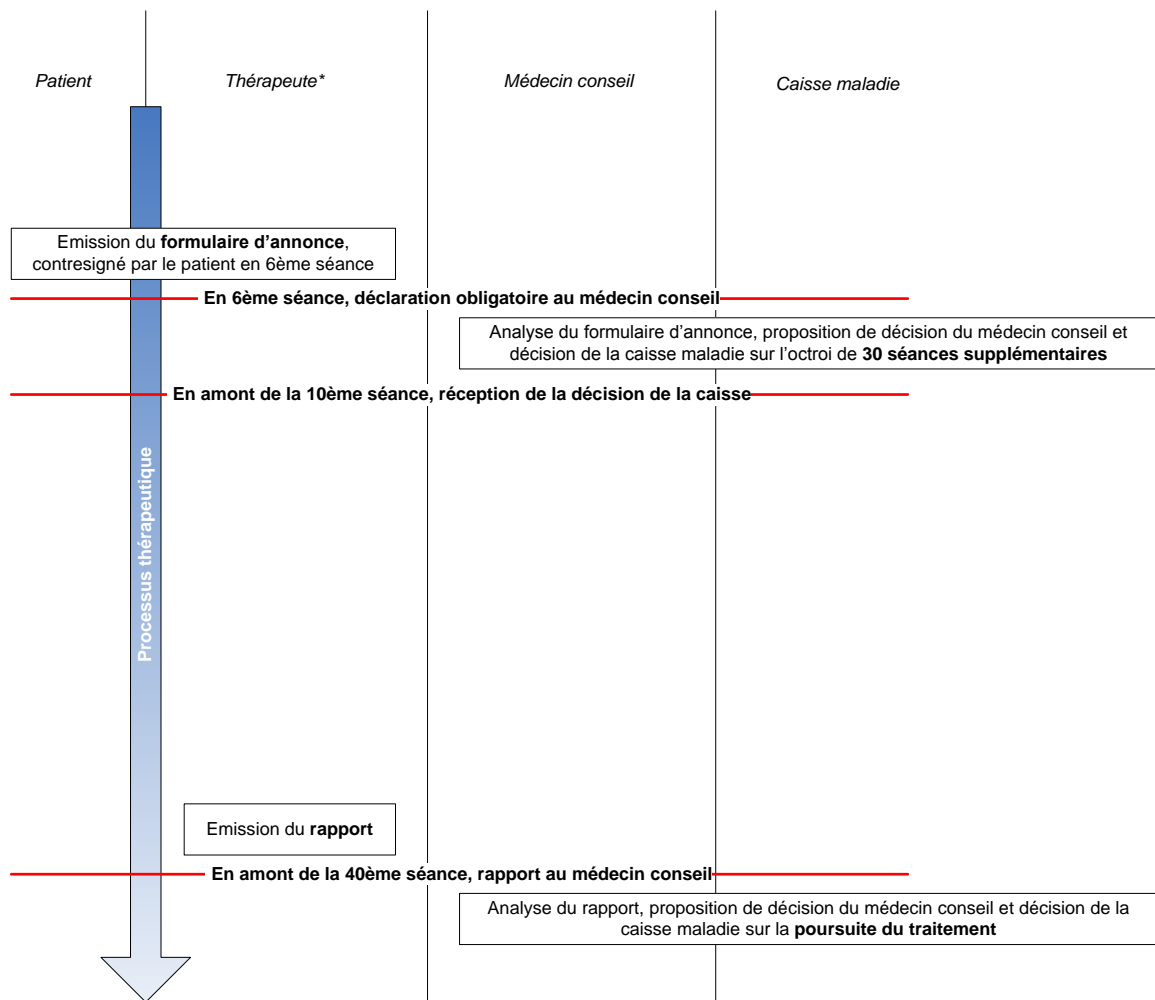
Cette nouvelle procédure change fondamentalement la situation du remboursement des séances psychothérapeutiques³, prises en charge par l'assurance de base sans conditions jusqu'en décembre 2006, si ce n'est l'établissement d'un rapport à l'intention du médecin-conseil au-delà de 60 séances dans un cadre de deux ans.

¹ Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) du 29 septembre 1995 (Etat au 1 janvier 2008).

² Un exemple figure en page 28.

³ Et non pas les TPPI : traitement psychiatrique-psychothérapeutiques intégrés, non concernés par la révision.

Tableau 1 : modélisation de la procédure OPAS



Entrée en vigueur le 1 janvier 2007, cette ordonnance exige également (art. 3d) que l'OFSP procède, en collaboration avec les assureurs et les fournisseurs de prestations, à une étude scientifique sur l'application et les effets de la réglementation prévue aux articles 3a et 3b.

C'est dans ce cadre que s'inscrit le présent rapport.

Les considérants pertinents de l'OPAS pour cette évaluation sont donc les articles 2, 3, 3a, 3b, 3c et 3d, repris intégralement ci-dessous, dans la version du 1 janvier 2008⁴ :

**Ordonnance du DFI
sur les prestations dans l'assurance
obligatoire des soins en cas de maladie
(Ordonnance sur les prestations de l'assurance
des soins, OPAS)¹**

832.112.31

du 29 septembre 1995 (Etat le 1^{er} janvier 2008)

[...]

832.112.31

Assurance-maladie

Section 2 Psychothérapie pratiquée par un médecin

Art. 2⁵ Principe

¹ L'assurance prend en charge les coûts de la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes dont l'efficacité est scientifiquement prouvée.

² On entend par psychothérapie une forme de traitement des maladies psychiques et psychosomatiques qui repose essentiellement sur la communication verbale, une théorie du comportement normal et pathologique et un diagnostic étiologique. Elle comprend la réflexion systématique et une relation thérapeutique suivie, se caractérise par des séances de thérapie régulières et planifiées et vise un objectif thérapeutique défini au moyen de techniques acquises dans le cadre d'une formation.

Art. 3⁶ Prise en charge

L'assurance prend en charge les coûts pour un maximum de dix séances diagnostiques et thérapeutiques. Les art. 3a et 3b sont réservés.

Art. 3a⁷ Procédure concernant la prise en charge en cas de poursuite d'une thérapie après dix séances

¹ Lorsque la psychothérapie nécessitera, selon toute probabilité, plus de dix séances, le médecin traitant est tenu d'adresser au médecin-conseil après la sixième séance, ou, dans des cas exceptionnels et dûment motivés, au plus tard après la neuvième séance, une notification sur le traitement entamé. La notification doit porter sur le type de maladie, le but et la finalité visés par le traitement ainsi que sur la durée probable de celui-ci.

² Lorsque le médecin-conseil déduit de cette notification que le traitement doit être poursuivi, il propose à l'assureur la prise en charge des coûts de trente autres consultations au maximum.

³ L'assureur communique à l'assuré, avec copie au médecin traitant, dans les 15 jours suivant la réception de cette notification, s'il continue de prendre en charge les coûts de la psychothérapie et dans quelle mesure.

⁴ Des modifications de terminologie ont été introduits en juin 2007 : (art.2 al.1, 2 et 3) le terme « notification » remplace « information ».

Art. 3b⁸ Procédure concernant la prise en charge en cas de poursuite d'une thérapie après 40 séances

¹ Pour que, après 40 séances, l'assurance continue de prendre en charge les coûts de la psychothérapie, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et une proposition dûment motivée concernant la poursuite de la thérapie.

² Le médecin-conseil propose à l'assureur de poursuivre la psychothérapie à la charge de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure, ou de l'interrompre.

³ Lorsque le traitement est poursuivi, le médecin traitant doit adresser au moins une fois par an au médecin-conseil un rapport relatif au déroulement et à l'indication de la thérapie.

Art. 3c⁹ Contenu des notifications et des rapports

Les notifications et les rapports au médecin-conseil visés aux art. 3a et 3b ne contiennent que les indications nécessaires pour évaluer l'obligation de prise en charge incombant à l'assureur.

Art. 3d¹⁰ Etude scientifique

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) procède, en collaboration avec les assureurs et les fournisseurs de prestations, à une étude scientifique sur l'application et les effets de la réglementation prévue aux art. 3a et 3b. Il peut faire appel à des instituts scientifiques et à des groupes d'experts.

1.2 OBJECTIFS, CHAMP ET DISPOSITIFS DE L'ÉVALUATION

1.2.1 Objectifs et questions d'évaluation

Le cahier des charges de l'OFSP relatif à l'évaluation de la révision contient différents niveaux d'attentes :

- ⇒ Un premier niveau concerne la détection précoce, la mise en évidence et la proposition de solutions concernant les différents problèmes « techniques » rencontrés par les divers acteurs de la mise en œuvre de l'ordonnance. Il s'agit ici d'une attente d'**optimisation des processus en place**.
- ⇒ Un second niveau vise à **identifier et montrer les effets du changement d'ordonnance**, en vue de créer les bases nécessaires, le cas échéant, à une éventuelle adaptation de celle-ci.
- ⇒ La **contribution à l'amélioration des informations disponibles**, en termes de **connaissance**, de **transparence** et de **compréhension** sur les processus en matière de psychothérapie médicale ambulatoire, constitue le troisième niveau attendu.

Ces différents niveaux sont précisés au travers des questions d'évaluation suivantes, telles que définies en amont du processus d'évaluation :

1. Sur le plan de la mise en œuvre et de l'exécution de l'ordonnance

Globalement, comment se déroule la mise en œuvre de la nouvelle ordonnance du point de vue des principaux acteurs (patients, psychothérapeutes, médecins-conseil, assurances, OFSP) ?

- a. Quels sont les degrés de clarté et d'acceptation, le degré d'appropriation des nouvelles procédures ?
- b. Quels sont les charges induites et les conséquences économiques ?
- c. Comment se déroulent la coopération entre acteurs, quelle mise en évidence des difficultés et améliorations ?

2. Sur le plan des effets immédiats suite à l'entrée en vigueur de l'ordonnance

Globalement, quels effets immédiats les nouvelles règles de procédure ont-elles sur la pratique ? Pour quelles catégories d'acteurs ? Quel est le comportement de ces catégories ? Quelles adaptations des acteurs sont observables ?

- a. Quelles déclarations (formulaires d'annonce), respectivement quels rapports (des divers prestataires pour les divers clients auprès des diverses assurances), sont rédigés ? Quelles en sont les principales formes ? Comment sont-ils traités ?
- b. Quelles sont les relations observables entre diagnostics et durée de traitement ? Quelles sont leur évolution dans le temps ?
- c. Quels taux d'approbation, respectivement de refus, sont observables ? Comment évoluent-ils dans le temps ?
- d. La pratique des prestataires s'est-elle modifiée suite aux nouvelles procédures ? S'est-elle modifiée dès janvier 2007 ? Les diagnostics sont-ils clairs ?
- e. L'accès des patients à la thérapie relationnelle s'est-elle modifiée ?
- f. Est-ce que, dans l'échantillon étudié, la durée, la quantité, la forme, etc., des traitements psychothérapeutiques ont évolué ?
- g. Est-ce que, dans l'échantillon étudié, des déplacements se produisent dans le type de traitement (p. ex. du secteur ambulatoire vers le secteur stationnaire, du traitement principalement psychothérapeutique vers un traitement principalement médicamenteux, etc.) ?
- h. Comment le rôle des médecins-conseils évolue-t-il ? Quelles sont les pratiques qui se développent ? quels sont leurs référentiels ?

3. Sur le plan de la connaissance et de la transparence

Globalement, sur la base des nouvelles procédures (déclarations et rapports, décisions) et de l'ensemble des informations qu'il sera possible de recueillir lors de cette évaluation, quelle est l'image de la psychothérapie ambulatoire qui se dégage (offre et demande, quantité, durée et forme, raisons du traitement, prise en charge ou refus de prise en charge des coûts, etc.) ?

Il s'agit en quelque sorte d'esquisser une image détaillée du « processus psychothérapeutique ». Dans ce sens, ce questionnaire n'est pas directement évaluatif, mais vise à favoriser l'émergence d'une meilleure compréhension et d'une plus grande transparence sur les pratiques.

1.2.2 *Champ de l'évaluation*

L'évaluation s'intéresse prioritairement aux mécanismes de demande, d'acceptation/de refus de remboursement des thérapies relationnelles de type psychothérapie ambulatoire qui sont reconnues comme probantes par la profession, appliquées par le médecin traitant ou en délégation, et remboursable au titre de la LAMAL. Elle vise également leurs conséquences. Subsidiairement, l'évaluation s'intéresse au panorama des processus psychothérapeutiques en Suisse.

Les éventuels déplacements des traitements relationnels vers le secteur stationnaire ou vers des thérapies médicamenteuses font partie du champ d'évaluation.

Nous avons initialement pris le parti d'exclure du champ de l'évaluation les psychothérapies à l'intention des mineurs, considérant la problématique différente et qu'elle ne peut être raisonnablement couverte par le dispositif évaluatif proposé. Nous sommes cependant revenus sur cette position par la suite : nos résultats incluent donc des éléments relatifs aux processus psychothérapeutiques avec des patients mineurs.

1.2.3 *Dispositif d'accompagnement de l'évaluation*

Cette évaluation s'est réalisée en étroite partenariat avec Mme Marianne Gertsch, experte en évaluation, et M. Félix Gurtner, chef suppléant de la section prestations médicales et responsable du suivi de la révision de l'OPAS, tous deux cadres de l'Office fédéral de la santé publique.

Un groupe d'accompagnement a été associé aux travaux d'évaluation dès la conception du cahier des charges.

Il est composé des membres suivants :

- Dr. med. Christian Bernath, Präsident der Schweizerische Ärztegesellschaft für Delegierte Psychotherapie (SGDP/SSMD)
- Dr. med. Markus Binswanger, Chefarzt Psychiatrische Klinik Littenheid, Vertreter von H+
- Dr. med. Heinz Burger, Vertrauensarzt der KPT, Vertreter der Gesellschaft der Vertrauensärzte (SGV/SSMC)
- Prof. Dr. med. Wilhelm Felder, Ordinarius für Kinderpsychiatrie Uni Bern, Präsident der Schweiz. Gesellschaft Kinder und Jugend Psychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP/SSPPEA)

- M. Jürg Gassmann, Rechtsanwalt, Generalsekretär Pro Mente Sana
- M. Hugo Grüwald, Psychologe und Psychotherapeut, Zürich, Dozent HAP Zürich, Vertreter des Schweizerischen Berufsverbands Angewandte Psychologie (SBAP) und der FSP
- Dr. med. Reto Guetg, Vertrauensarzt von santésuisse und Internist; Mitglied der Eidg. Leistungskommission ELK
- M. Pedro Koch, Vertreter der Schweizerischen Patientenorganisation (SPO)
- Dr. med. Hans Kurt, Psychiater in eigener Praxis, Solothurn, Präsident des Dachverbands FMPP (Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum) und der Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP/SSPP)
- Dr. med. Pierre Loeb, Allgemeinpraktiker, Basel, Präsident der Schweizerischen Akademie psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM/ASMPP), Vertreter des Kollegiums für Hausarztmedizin
- M. Thomas Merki, Psychologe und Psychotherapeut, Zürich, Präsident des Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Verbands (SPV/FSP), remplacé en cours d'évaluation par:
 - M. Stefan Dietrich, Dr. phil., Président der Gesellschaft delegiert arbeitender Psychotherapeuten und -therapeutinnen (GedaP)
 - Mme Regula Ricka, OFSP, responsable de projets dans le domaine de la santé mentale
 - Dr. méd. Pierre Vallon, psychiatre en pratique privée et membre du comité de la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (SSPP/SGPP) et de la commission des assurances de la SSPP

L'équipe en charge de l'évaluation a rencontré ce groupe à trois reprises en vue de la finalisation du dispositif d'évaluation, d'une première présentation de quelques données (en phase 2, voir ci-dessous) et d'une présentation plus conséquente des résultats et esquisses de recommandations le 30 juin 2008.

Plusieurs contacts et séances supplémentaires se sont tenus dans une configuration plus restreinte avec les présidents de la SSPP, SSPPEA, SSMD, ASMPP en vue de la légitimation du questionnaire (voir ci-après) auprès des membres de ces sociétés professionnelles.

1.3 DISPOSITIF D'ÉVALUATION

Cette évaluation externe s'est construite sur la complémentarité de méthodes qualitatives et quantitatives. Les paragraphes qui suivent présentent les phases successives de cette évaluation.

Une **première phase** orientée sur une exploration du champ et la construction de premières hypothèses, à travers la réalisation d'entretiens exploratoires⁵ avec dix membres du groupe d'accompagnement (représentatifs des intérêts en présence), des collaborateurs de l'OFSP⁶, et l'analyse d'un premier matériel documentaire. Au terme de cette phase initiale, un dispositif d'évaluation finalisé a été proposé et accepté.

La **seconde phase**, orientée sur la question du traitement du formulaire d'annonce et des rapports par les médecins conseils, aura permis la constitution d'une base de données sur 456 formulaires d'annonce, recueillis auprès de six services de médecins-conseils (six

⁵ Les grilles d'entretiens figurent en page 81 et suivantes.

⁶ Une liste des personnes rencontrées en face-à-face ou par téléphone figure en page 68.

caisses-maladie) sur trois cantons différents dans leur densité en médecins traitants (Cantons de Genève, Lucerne, Thurgovie)⁷. Les données relatives à cette étude sont présentées en page 14 et suivantes.

En parallèle, neuf médecins-conseils et/ou médecins-conseils responsables de caisses-maladie ont été entendus en entretiens semi-directif sur leurs perceptions du système introduit par la révision de l'OPAS.

La **troisième phase** de cette évaluation s'est centrée sur le recueil des perceptions des directions des caisses-maladie, du Préposé fédéral à la protection des données, et des médecins traitants (par questionnaire⁸ et par entretien semi-directif). A travers les réponses au questionnaire des médecins traitants, nous avons constitué une base de données sur les processus thérapeutiques entamés en 2007.

L'étendue des destinataires du questionnaire est importante : 1'400 médecins ont été contactés, 463 nous ont répondu, soit un taux global de retour de 33%, corrigé à 36% en tenant compte des personnes qui nous ont signalé ne pas remplir les conditions⁹. Relevons qu'un total de 2'179 processus thérapeutiques ont été renseignés.

Nous avons également entendu en entretien semi-directifs durant cette troisième phase sept psychiatres ou pédopsychiatres.

Enfin, et toujours dans le cadre de cette troisième phase, quatre membres de direction ou chef de service de trois caisses-maladie ont été entendus, sans compter une dizaine de téléphones informatifs auprès d'acteurs divers.

Une étude spécifique a été menée auprès de sept tribunaux cantonaux des assurances en vue d'identifier les recours éventuels de patients dans le cadre de la nouvelle OPAS.

En parallèle, une analyse documentaire s'est poursuivie sur les principaux articles traitants de problématiques en rapport avec l'application de l'OPAS.

La **quatrième phase**, analytique et rédactionnelle, s'est achevée avec la production du présent rapport.

Ces différentes phases, successives et appuyées par l'emploi de différentes méthodologies dont le contenu est précisé au chapitre suivant, nous ont permis de développer progressivement nos réponses tout en conservant, dans la mesure du possible, la possibilité de nous appuyer sur les évolutions les plus récentes des effets de la révision.

⁷ Selon OBSAN, *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse*, H. Jaccard Ruedin et al, document de travail 22, avril 2007.

⁸ Egalement en annexe, page 64 et suivantes.

⁹ Personnes à la retraite, membres de sociétés professionnelles contactés à double, médecins non psychiatres sans certification de médecin délégué, etc.

1.4 CONSTRUCTION DU RAPPORT

Ce rapport se présente de la manière suivante :

- ⇒ le chapitre 2 précise les choix méthodologiques des principaux actes d'évaluation.
- ⇒ le chapitre 3 évoque le climat et les perceptions dominantes durant la phase de conception du projet de révision en 2006
- ⇒ Le chapitre 4 présente les principaux résultats. Il se concentre sur le formulaire d'annonce en 6^{ème} séance, de sa rédaction par le médecin traitant à son traitement par le médecin-conseil, avant de s'intéresser aux questions relevant du rapport en amont de la 40^{ème} séance. Il examine également la question de la protection des données et des voies de recours, présente quelques résultats issus du panorama des processus thérapeutiques et se termine par des conclusions sur l'évaluation.
- ⇒ le chapitre 5 présente les recommandations de l'évaluation.

Nous tenons à remercier l'ensemble des membres du groupe d'accompagnement et de l'OFSP pour leurs conseils avisés, les personnes rencontrées dans le cadre de cette étude ou répondantes au questionnaire pour la disponibilité et l'engagement dont elles ont fait preuve durant cette étude.

2 PRECISIONS METHODOLOGIQUES SUR LES ACTES D'EVALUATION

Comme précisé dans le chapitre précédent, cette évaluation s'est déroulée en plusieurs phases utilisant des approches différentes en matière de récolte de données. Ce chapitre en présente les éléments clés.

2.1 LE RECUEIL DE DONNEES SUR LES FORMULAIRES D'ANNONCE (FA)

En phase 2, six caisses-maladie ont été contactées pour nous procurer des copies anonymisées des formulaires d'annonce reçus par leur médecin-conseil. La saisie des dossiers fournis a été effectuée par les bureaux Interface et Evaluanda, directement sur site auprès des services des médecins-conseils, dans des conditions d'anonymat strictes.

2.1.1 Choix des caisses-maladie et éléments de méthode

Le tableau suivant présente par canton les cinq plus grande caisses-maladie, ainsi que l'étendue de la couverture des assurés par assurance retenue et par canton. Nous avons privilégié pour le choix des trois caisses par canton un ratio maximal entre le nombre d'assurés des caisses retenues (en violet dans le tableau) par rapport à la population du canton concerné¹⁰. Comme évoqué, notre choix des terrains s'est porté sur les cantons de Genève, Lucerne et Thurgovie, cantons différents dans leur densité en médecins traitants¹¹.

Tableau 2: choix des caisses-maladie¹²

Assurances	Siège	Nbr assurés	GE	LU	TG
Mutuel	VS	284883	101019		
KPT	BE	299025		9182	
Intras	GE	338198	64981		
Assura	VD	367729	54879		
Sanitas	ZH	370180		15118	
Concordia	LU	528351		92358	14997
SWICA	ZH	578094			47339
Helsana	ZH	834114	34530	21385	30466
CSS	LU	951578	22848	105635	22885
Carena	TG	21834			11559
<i>total</i>		4573986	278257	243678	127246
nbr habitants (31.12.2005)			430638	356384	234332
ratio assurés/nbr habitants			64.6%	68.4%	54.3%
ratio assurés retenus (violet)/nbr habitants			51.3%	61.6%	43.0%

¹⁰ Nous avons initialement souhaité prendre également une caisse de petite taille (Carena), mais le nombre de formulaires d'annonce disponible étant trop faible, nous avons renoncé. La SWICA a pour sa part refusé de participer à cette étude.

¹¹ Selon OBSAN, *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse*, H. Jaccard Ruedin et al, document de travail 22, avril 2007.

¹² Sources: OFSP, liste des assureurs autorisés (au 1.10.07) et nombre d'assurés par canton au 31.12.2006.

Nous avons choisi de prendre en compte seulement les formulaires reçus après le 1^{er} février 2007, en excluant le premier mois de mise en œuvre de la révision, car certains ajustements pouvaient encore survenir dans les pratiques. Certaines caisses, minoritaires, nous ont toutefois confiés des formulaires de janvier 2007.

Notre échantillon compte 456 formulaires d'annonce. Cependant, le taux de réponse, c'est-à-dire le nombre de formulaires sur lesquels se base l'analyse pour les différentes variables, est souvent moindre que ce total de 456. Ceci est la conséquence de deux facteurs :

- a. L'**hétérogénéité** des contenus du formulaire d'annonce : la qualité des données présentées ci-dessous est directement tributaire du manque d'homogénéité dans le remplissage des formulaires d'annonce. Les formulaires que nous avons eus sous les yeux présentaient dans de nombreux cas des champs non renseignés ou sur-enseignés. D'un formulaire à l'autre, la forme et la qualité des données pouvait également beaucoup varier. Dans le champ diagnostic par exemple, le niveau de détail va de la mention d'un seul code à une description comprenant plusieurs lignes.
- b. les **exigences d'anonymisation des données** transmises par les caisses. Les analyses ont également été limitées par la volonté de respect scrupuleux de la protection des données, tant de la part des évaluateurs que des caisses ou encore de l'OFSP : les services de médecins-conseils des caisses contactées ont masqués les informations relatives au patient (prénom et nom, adresse, parfois sexe et date de naissance), avant de nous laisser la possibilité de saisir les éléments souhaités.

2.1.2 Profil global de la base de données

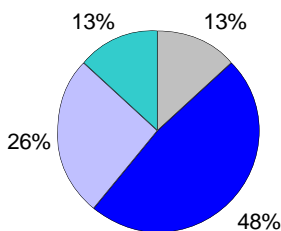
Notre échantillon est basé sur les dossiers fournis par les caisses Assura, Groupe mutuel et Intrins pour Genève, Helsana pour des données sur Lucerne et Thurgovie, Concordia pour Lucerne et la CSS pour différents cantons.

Tableau 3 : source des données des caisses-maladie

	Nb	
Intrins	78	17%
Helsana	120	26%
CSS	60	13%
Concordia	58	13%
Assura	70	15%
Gmutuel	70	15%
Total	456	

Tableau 4 : répartition géographique des répondants

	Nb	% cit.
Non réponse	60	13%
GE	218	48%
LU	118	26%
TG	60	13%
Total	456	100%



Les patients du Canton de Genève sont surreprésentés dans notre échantillon.

Des données sociodémographiques ont été également recueillies pour certaines caisses, ce qui permet de dresser un profil plus précis des répondants. Ainsi, sur 206 patients dont nous connaissons le sexe, 63% sont des hommes. La répartition par âge, sur 255 patients, illustre la prédominance des classes d'âge de 25 à 44 ans.

Tableau 5 : répartition des répondants selon l'âge

Moyenne = 35,29
Médiane = 35,00
Min = 6 Max = 77

	Nb	
Moins de 15	32	13%
De 15 à 24	30	12%
De 25 à 34	59	23%
De 35 à 44	56	22%
De 45 à 54	48	19%
55 et plus	30	12%
Total	255	

La répartition observée (sexe et âge) présente des similarités par rapport aux autres données disponibles sur les caractéristiques des patients en psychothérapie¹³, attestant de la validité de l'échantillon.

La décision de suivre une psychothérapie est du fait du patient pour 44% des cas, 35% sur conseil du médecin traitant et 23% sur conseil d'autres personnes ou institutions : par ordre d'importance, les parents ou représentants légaux, le secteur hospitalier, un autre médecin ou encore un service médico-pédagogique pour les mineurs.

Relevons également que pour 29% des annonces contenues dans la base de données, les patients ont suivi une psychothérapie dans les cinq dernières années.

2.2 L'ENQUETE AUPRES DES MEDECINS (MED)

Initialement non prévue à cette échelle dans notre offre de base, la nécessité de réaliser une large enquête auprès des médecins concernés par cette révision s'est rapidement imposée. Des exemplaires de ces questionnaires sont disponibles en annexe.

Les buts de ce questionnaires ont été de :

- Saisir les perceptions relatives aux différents instruments de la révision (formulaire d'annonce en 6^{ème} séance, rapport en 40^{ème} séance) et aux conditions de leur mise en œuvre.
- Identifier les perceptions relatives à la cohérence et pertinence du modèle proposé par la révision.
- Obtenir des informations sur des processus thérapeutiques débutés en 2007, en vue d'établir un panorama des psychothérapies en Suisse.

¹³ Voir le chapitre consacré aux processus psychothérapeutiques en page 48 et suivantes.

Le nombre des destinataires du questionnaire est importante : 1'400 médecins ont été contactés, 463 nous ont répondu, soit un taux global de retour de 33%, corrigé à 36% en tenant compte des personnes qui nous ont signalé ne pas remplir les conditions¹⁴.

Relevons qu'un total de 2'179 processus thérapeutiques a été renseigné.

Les quatre sociétés professionnelles concernées (SSPP, SSPPEA, ASMPP et SSMD) ont largement appuyé la mise en œuvre de ce questionnaire, dont le principe a été admis par leur comité respectif, en cosignant avec les évaluateurs la lettre d'introduction transmise aux destinataires.

Sur le plan technique, le questionnaire a été mis à disposition des médecins en ligne, avec un code unique d'identification, en deux langues et sur un site internet dédié. Une possibilité d'obtention du questionnaire dans un format PDF ou en papier a également été proposée.

Du point de vue temporel, le recueil de données via le questionnaire se situe après 14 mois d'entrée en vigueur de la révision de l'OPAS, soit en mai/début juin 2008.

Le tableau suivant présente l'échantillonnage effectué entre les membres des quatre sociétés professionnelles associées à l'envoi de ce questionnaire.

Tableau 6 : échantillonnage du questionnaire OPAS

<i>Association prof. (FR)</i>	<i>Association prof. (D)</i>	<i>N = taille population</i>	<i>n = échantillon</i>	<i>n1 (deutsch)</i>	<i>n2 (français)</i>
SSPP (Société suisse de psychiatrie et psychothérapie)	SGPP (Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie)	1852	800	520	280
ASMPP (Académie suisse pour la médecine psychosomatique et psychosociale)	SAPPM (Akademie psychosomatische und psychosoziale Medizin)	818	300	195	105
SSPPEA (Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent)	SGKJPP (Schweizerisch en Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie)	567	150	98	52
SSMD (Société suisse des médecins délégués)	SGDP (Schweizerische Ärztegesellschaft für Delegierte Psychotherapie)	389	150	103	47
	Total	3626	1400	911	489

A noter que les différents échantillons ont été stratifiés selon la langue. Le sous-échantillon francophone a été maximisé pour disposer d'un nombre suffisant de répondants (fixé à 35%)¹⁵.

Les analyses sont effectuées sur l'ensemble des cas valides ($N=463$), sauf mention contraire. Des différences d'arrondi peuvent exister sur les effectifs présentés en raison des redressements effectués (quota par association faïtière).

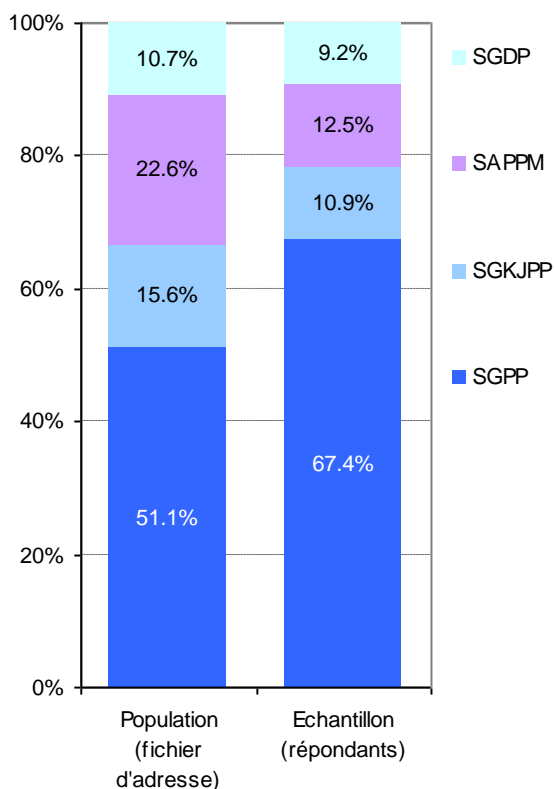
¹⁴ Personnes à la retraite, membres de sociétés professionnelles contactés à double, médecins non psychiatres sans certification de médecin délégué, etc.

¹⁵ Dans le cas de la SGDP, le nombre maximum potentiel de répondants francophones (47/389) est légèrement inférieur à 35%

2.2.1 Profil global des répondants

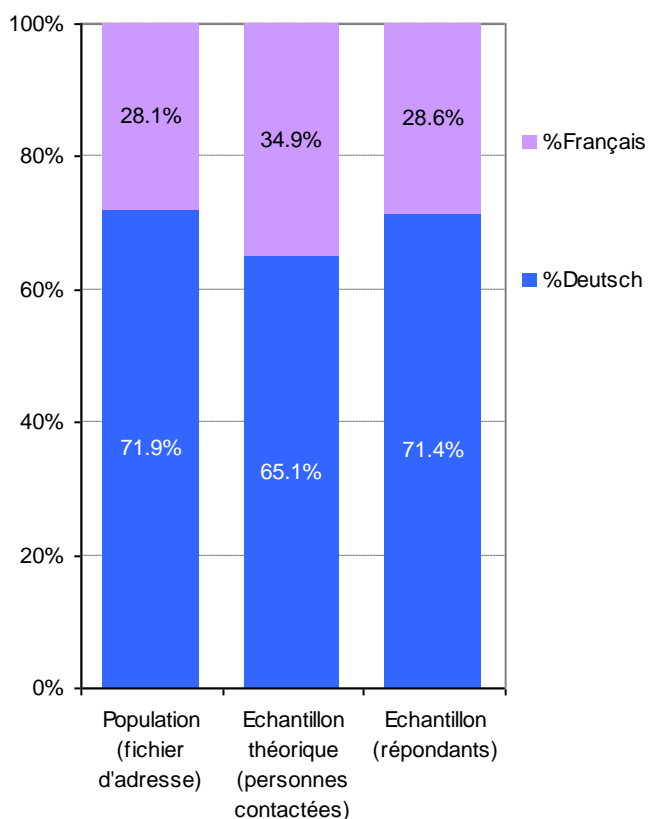
Au regard des appartenances aux sociétés professionnelles, nous observons une surreprésentation des membres de la SSPP parmi les répondants, ce qui nous a amené à effectuer un redressement, en pondérant les réponses des membres d'associations sous-représentés.

Tableau 7 : degré de représentation des sociétés parmi les répondants



La répartition entre romands et alémaniques des répondants correspond à la répartition observable au sein de la population des quatre sociétés participantes, illustrant le bien fondé de la surreprésentation des romands dans l'échantillon théorique.

Tableau 8 : degré de représentation linguistique parmi les répondants



Le tableau ci-après présente la répartition par canton des répondants de notre échantillon, en comparaison avec la population résidente¹⁶. On voit que la répartition par canton au sein de notre échantillon est sensiblement similaire à la répartition de la population résidente en Suisse par canton.

Tableau 9 : répartition des répondants par canton

Canton	% dans notre échantillon	% au regard de la population résidente
AG	6.5%	7.7%
AI		0.2%
AR		0.7%
BE	15.9%	12.8%
BL	3.9%	3.6%
BS	6.7%	2.5%
FR	1.8%	3.4%
GE	11.3%	5.8%
GL	0.5%	0.5%
GR	2.8%	2.5%

¹⁶ Source : Mémento statistique de la Suisse 2008.

JU	0.2%	0.9%
LU	1.8%	4.8%
NE	1.4%	2.2%
NW		0.5%
OW	0.2%	0.5%
SG	3.5%	6.2%
SH	0.5%	1.0%
SO	2.8%	3.3%
SZ	0.7%	1.8%
TG	2.8%	3.1%
TI	2.3%	4.3%
UR	0.2%	0.5%
VD	10.6%	8.8%
VS	1.4%	3.9%
ZG	0.5%	1.4%
ZH	21.7%	17.1%

Sur le plan des conditions de travail, 87% des répondants sont en pratique privée, 13% sont dans une institution publique.

Les hommes sont majoritaires, à hauteur de 60%, parmi les répondants. Les psychiatres et surtout les médecins délégués sont en majorité des hommes (plus de 80%). A contrario, les femmes sont mieux représentées parmi les pédopsychiatres.

Tableau 10 : répartition des répondants selon leur sexe et leur appartenance aux sociétés

	Un homme	Une femme
Psychiatre	61,4%	38,6%
Pédopsychiatre	49,1%	50,9%
Médecin avec droits acquis	59,8%	40,2%
Médecin délégué	82,1%	17,9%

Note : les données en rose illustrent une sous-représentation statistiquement significative par rapport à l'échantillon total, en bleu une sur-représentation également statistiquement significative. Cette remarque est valable pour l'ensemble des tableaux de ce rapport.

En ce qui concerne l'âge, un peu moins de la moitié des répondants a entre 50 et 59 ans, un tiers a moins de 50 ans.

Tableau 11 : répartition par classe d'âge parmi les répondants

Taux de réponse : **99,2%**

	Nb	
Moins de 40 ans	17	3,8%
De 40 à 49 ans	143	31,5%
De 50 à 59 ans	200	44,1%
De 60 à 69 ans	84	18,6%
70 ans ou plus	9	1,9%
Total	453	

2.3 LES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS ET L'ANALYSE DOCUMENTAIRE

L'ensemble des entretiens semi-directifs réalisés durant cette évaluation ont eu une durée de 30 à 120 minutes. Ils ont été conduits sur la base de grilles d'entretien conçues en fonction des caractéristiques des personnes entendues¹⁷.

33 personnes ont ainsi fait l'objet d'entretiens. Une liste est présentée en page 68.

L'analyse documentaire s'est concentrée, en dehors des documents internes à l'OFSP et propres à la procédure de révision, sur les articles et autres publications en relation avec cette révision.

Les informations issues des entretiens et de l'analyse documentaire sont incluses dans différents chapitres.

2.4 EN SYNTHÈSE

Au vu des profils indiqués, nous jugeons que les résultats issus des deux études, auprès des médecins-conseil et auprès des médecins traitants, sont à considérer comme adéquats, pertinents et informatifs.

¹⁷ Les grilles d'entretien figurent en annexe, page 81 et suivantes.

3 SITUATION DE DEPART

Ce chapitre vise à présenter le climat et les hypothèses émises en amont de la révision, ainsi que le degré d'information des acteurs à l'entrée en vigueur de la révision.

3.1 CLIMAT ET DEGRE D'INFORMATION EN AMONT DE L'ENTREE EN VIGUEUR DE LA REVISION

La version antérieure de l'OPAS concernant le remboursement des traitements psychothérapeutiques ne proposait pas de définition précise sur ce qu'il était convenu de comprendre sous le terme de psychothérapie et conditionnait le remboursement des prestations psychothérapeutiques à la présentation au médecin-conseil d'un rapport au terme de 60 séances.

Dans le cadre de la première série d'entretiens réalisés auprès des membres du groupe d'accompagnement¹⁸ et de l'OFSP¹⁹, nos interlocuteurs ont relevé comme élément déterminant d'amorce du processus de révision en 2005 une défiance initiale envers la psychothérapie, avec en point de mire les thérapies longues, essentiellement d'orientation psychanalytique, et les thérapies décrites comme relevant du *wellness*.

Relevons que l'intérêt porté à la psychothérapie relationnelle, donc fondée exclusivement sur une relation patient/thérapeute à la différence d'un traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (TPPI), suit le retrait des médecines complémentaires du catalogue de prestations remboursées au titre de l'assurance de base.

La question de la légitimité de l'inscription de la psychothérapie dans le catalogue des prestations aura bien été l'orientation première de cette modification. Toutefois, et au vu de l'évolution des discussions au sein de l'OFSP et avec les associations consultées²⁰, c'est davantage autour de la question du contrôle de la pertinence des processus psychothérapeutiques en vue d'un remboursement au titre de la LAMAL que les acteurs du processus de révision ont retenu comme axe de travail, d'où le renforcement des mécanismes de contrôle contenus dans la révision en cours : introduction du formulaire d'annonce en 6^{ème} séance à l'intention du médecin-conseil, rapport en 40^{ème} séance et non plus en 60^{ème} séance.

¹⁸ Voir page 9.

¹⁹ Voir la liste des personnes entendues en annexe 1.

²⁰ Documentations interne à l'OFSP relatifs au processus de révision de l'OPAS.

La révision de l'ordonnance s'est donc construite sur un double objectif explicite :

- limiter le remboursement des psychothérapies au contexte du traitement de maladie
 - o à travers une extension des contrôles possibles par le médecin-conseil
- améliorer l'efficacité de la psychothérapie, via l'introduction d'une « pause réflexive » en vue de favoriser l'adéquation diagnostic/approche thérapeutique
 - o à travers la contrainte de la déclaration obligatoire en 6^{ème} séance (formulaire d'annonce)

Un troisième objectif, latent et peu décrit, est de favoriser une meilleure répartition de l'offre en psychothérapies sur le territoire suisse, et précisément dans les régions rurales, à travers l'identification des territoires sous-approvisionnés. L'évaluation de ce troisième objectif n'aura pas été possible dans le cadre de cette évaluation.

On peut ainsi affirmer une évolution des buts initiaux de la révision vers une promotion de l'efficacité et de la qualité des psychothérapies, via le processus réflexif induit par l'annonce obligatoire. Un des éléments déterminants du contenu actuel de la révision est également la volonté de limiter les incohérences entre la stratégie santé mentale de l'OFSP²¹ et les contraintes induites par la révision de l'ordonnance.

La question des modalités de prise en charge des thérapies relationnelles a été au centre du débat sur la modification de l'OPAS et a suscité des prises de positions fortes des principaux acteurs que sont les associations de patients ou de promotion de la santé mentale²² et du milieu médical²³.

3.1.1 Un climat peu favorable en 2006

La mise en œuvre initiale de la révision de l'OPAS s'est en effet réalisée dans un fort climat de défiance entre d'une part l'OFSP et d'autre part les sociétés professionnelles ainsi que les associations de défense des patients concernés.

En résumé et sans prétention d'exhaustivité, les principaux arguments avancés par les différentes parties concernées sont présentés ci-dessous²⁴ :

²¹ Voir le communiqué de presse commun du 7 octobre 2005 OFSP/Promotion santé suisse/pro Mente Sana/Conférence des directeurs sanitaires (CDS), posant les bases stratégiques d'amélioration de la santé mentale en Suisse, à travers le renforcement des traitements ambulatoires, le développement de mesures préventives liées au stress et la lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale. Ceci fait suite et s'inscrit dans les recommandations du projet « Politique nationale de la santé » de la Confédération, qui demandait explicitement en 2000 que l'amélioration de la santé mentale devait former une priorité de politique sanitaire.

²² Voir par exemple : Pro Mente Sana, Lettre trimestrielle n°32, juin 2006.

²³ Voir notamment, mais certainement pas exhaustivement : Balmer. Einige Feststellungen zur Psychotherapie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) : gesundheitspolitische Aspekte, Bulletin des médecins suisses 2006;87:393 ss. Despland/Guex/Ferrero. OFSP et psychothérapie : l'ère de la suspicion, Revue médicale suisse 2006;2:2083 ss. Fédération des médecins psychiatres et psychothérapeutes, Prise de position de la FMPP sur la révision des articles 2 et 3 de l'OPAS : « Psychothérapie médicale », du 1er mai 2006. Fédération européenne de psychothérapie psychanalytique, Prise de position de l'EFPP suisse concernant la modification du remboursement des psychothérapies (OPAS, art. 2 et 3). Fédération suisse des psychologues, communiqué de presse du 7 juillet 2006. Loeb et al. Dernier tour de Couchebin : limitation de la psychothérapie. Primary Care 2006; 6:360 ss. « L'OFAS vise la psychothérapie, interview avec le professeur Jean-Nicolas Despland », Bulletin Psy&Psy n° 3/05;8 ss.

²⁴ Voir la liste des documents consultés en annexe ??.

3.1.1.1 Avantages perçus de la révision de l'OPAS

- L'introduction précoce d'une phase réflexive, induite par le formulaire d'annonce, permettant une amélioration de la réflexion et de la planification du traitement.
- La nécessité de s'assurer que les prestations délivrées répondent à des critères de qualité : la pression mise sur les psychothérapies permet de faire connaître et de diffuser les données scientifiques relatives à leur efficacité et au caractère approprié de ces traitements.

3.1.1.2 Critiques à l'égard de la révision de l'OPAS

Sur la procédure de révision menée en 2006

- Celle-ci est considérée comme une procédure expéditive de consultation, partielle, sans prise en compte réelle des avis autres que ceux des médecins-conseils.
- Elle contiendrait une formulation de la « théorie du comportement normal et pathologique » (art.2) qui renverrait de manière trop univoque à une seule méthode de psychothérapies.
- Une révision qui serait issue d'une vision simplificatrice de la maladie mentale et d'une perception erronée du travail du thérapeute. Les personnes atteintes de maladies psychiques seraient à nouveau soupçonnées de recourir à des psychothérapies pour des raisons de confort.
- Cette révision procéderait d'une vision suspicieuse des psychothérapies et contribuerait à discréditer la réalité des troubles psychiques.
- La révision telle que proposée serait l'expression d'un climat de méfiance envers la psychothérapie malgré l'absence de preuves des abus répétés de la part des thérapeutes.
- L'OFSP n'aurait pas produit de chiffres sur l'évolution des coûts des psychothérapies.

Sur la question du « tiers » et la qualité de la relation thérapeutique

- La relation avec le patient serait parasitée par un tiers susceptible de refuser la poursuite du traitement. L'angoisse des patients les plus faibles en serait aggravée.
- Le processus psychothérapeutique nécessiterait une certaine continuité et ne devrait donc pas être menacé d'interruption par un tiers (l'assureur), interruption pouvant être marquée par l'arbitraire et susceptible de prendre effet dans l'immédiat. Cette continuité serait particulièrement importante dans le cadre d'une approche psychanalytique.
- Les nouvelles conditions de remboursement seraient susceptibles de mettre en danger l'efficacité de traitement pourtant nécessaire, par rupture du traitement.
- La réduction du nombre de séances de 60 à 40 (pour le rapport) se justifierait selon des critères EAE (efficacité adéquation et économie). Or la durée d'une thérapie ne saurait être limitée par un médecin-conseil dépourvu de connaissances pointues en psychiatrie et sans tenir compte de la situation particulière du patient, de sa maladie et du contexte psychosocial. Au risque de ne voir remboursés que les traitements symptomatiques de courte durée.

Sur la question de la protection des données, à travers les échanges d'information induits par la révision

- En multipliant les échanges d'informations, cette ordonnance rendrait illusoire toute séparation entre les données médicales et les données administratives au sein des compagnies d'assurance. Il est craint que l'assurance utilise les informations transmises dans d'autres cadres.

Sur le rôle du médecin-conseil

- L'ordonnance prévoit que soient remboursés uniquement des psychothérapies dont l'efficacité peut être prouvée scientifiquement. Cette modification permettrait au médecin-conseil de demander la preuve scientifique de l'efficacité d'une thérapie qui ne fait pas partie des trois méthodes validées : psycho-dynamique, thérapie systémique et thérapie comportementale.
- Le statut du médecin-conseil n'est pas précisé et son indépendance ne semblerait pas garantie.
- La légitimité des médecins-conseils est également mise en doute, car il s'agit fréquemment de généralistes ou d'internistes et non pas de psychiatres.

Sur la question des buts de la révision

- Le but explicite serait d'améliorer la qualité et l'efficacité, mais il est craint une volonté de rationnement des psychothérapies.

Sur la question des effets pervers de la révision

- Cette révision favoriserait une évolution vers une médecine à deux vitesses : les personnes disposant d'une assurance complémentaire seraient clairement avantagées.
- Cette révision renforcerait une surenchère bureaucratique („bürokratische Aufblähung“), qui ne devrait pas se faire sur le dos des patients. Il y a une crainte de voir le système devenir un « *Papiertiger* ».
- La pression ainsi exercée sur la psychothérapie ne rendrait pas cette pratique plus attractive pour les futurs médecins, ceci dans un contexte qui observe déjà une diminution du nombre de futurs psychiatres-psychothérapeutes et malgré l'existence de besoins avérés.

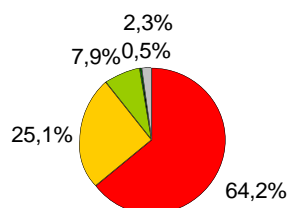
3.1.2 L'information initiale aux médecins traitants et l'outil Infoline

Ce climat négatif n'est pas resté sans conséquence sur les perceptions initiales des médecins traitants, particulièrement des psychiatres : seul 8% des répondants au questionnaire reconnaissent avoir eu une réaction positive.

Tableau 12 : perception initiale des médecins traitants sur l'OPAS (MED)

1. Ma première réaction sur les modifications des modalités de remboursement a été positive

	Nb
Pas d'accord du tout	284
Plutôt pas d'accord	111
Plutôt d'accord	35
Tout à fait d'accord	2
Ne sait pas	10
Total	442



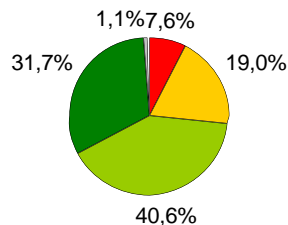
Note: code (MED) pour l'enquête auprès des médecins traitants. Cette remarque est valable pour l'ensemble des tableaux de ce rapport.

Cependant, les différents canaux d'informations en place en amont de l'entrée en vigueur de la révision, qu'ils soient liés aux sociétés professionnelles (pour 77% des répondants) ou aux contacts avec des collègues (8%), ont permis d'atteindre un degré de connaissance des nouvelles modalités jugés suffisant pour 72% des médecins traitants concernés.

Tableau 13 : satisfaction initiale quant au degré d'information sur l'OPAS (MED)

2. Mon niveau d'information sur les nouvelles modalités de remboursement a été suffisant dès janvier 2007

	Nb
Pas d'accord du tout	33
Plutôt pas d'accord	83
Plutôt d'accord	177
Tout à fait d'accord	138
Ne sait pas	5
Total	435



Infoline²⁵, en tant qu'instrument commun de la Fédération des médecins psychiatres-psychothérapeutes (FMPP) et de la Société suisse des médecins-conseils (SMC) de réponse sur les problèmes d'application concrète de l'OPAS à l'intention des médecins traitants concernés, ne s'est pas vraiment révélé comme un outil central : 15% des répondants en font usage, pour la plupart passivement.

²⁵ Voir sous <http://www.vertrauensaeerzte.ch/psychotherapy/>

Tableau 14 : Utilisation de l'Infoline

Taux de réponse : **98,9%**

	Nb	
J'y dépose des messages	9	2,0%
J'y consulte des messages et leur réponse	59	13,1%
Je n'en ai pas besoin	179	39,5%
Je ne connais pas	205	45,4%
Total	452	

On peut faire l'hypothèse que le degré d'information initiale des médecins traitants s'est avéré suffisant, limitant ainsi l'usage d'Infoline.

3.1.3 En synthèse

La procédure d'élaboration de l'OPAS s'est réalisée en un temps perçu comme très rapide. C'est l'approche retenue pour son élaboration, jugée par les principaux acteurs entendus comme peu partenariale et univoque, qui aura été mal vécue en 2006 par les associations concernées de médecins, de psychologues et de patients, ceci dans un contexte général de limitation du catalogue des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Le degré d'information des médecins concernés, primordiale en vue de sa mise en œuvre concrète, est cependant jugé comme largement suffisant, ceci dès le 1^{er} janvier 2007. Le principal canal d'information, les sociétés professionnels, s'est révélé largement dominant et suffisant du point de vue des médecins traitants.

Les entretiens auront confirmé la perception d'une appropriation rapide des nouvelles modalités introduites par cette révision : l'usage des instruments prévus – formulaires d'annonce, puis rapport dans un second temps – s'est réalisé très rapidement, illustrant la « compliance » des médecins traitants concernés, malgré le fait que celle-ci aie été principalement perçue comme une déclaration de défiance à l'égard de la psychothérapie, ou encore un moyen de contrôle et de rationalisation.

4 RESULTATS DE L'EVALUATION

Ce chapitre présente les résultats en fonction des outils marquants de la procédure : le formulaire d'annonce en 6^{ème} séance, le rapport en amont de la 40^{ème} séance, avant de s'intéresser aux questions de protection des données et des voies de recours possibles.

Il se conclut par un bilan.

Pour des questions de simplification de lecture, un codage permet de repérer de quelles études sont issus les tableaux présentés au fil du texte :

- ⇒ **code (FA) pour la base de données sur les formulaires d'annonce**
- ⇒ **code (MED) pour l'enquête auprès des médecins**

4.1 REGARDS SUR LES FORMULAIRES D'ANNONCES

Ce chapitre présente les regards sur les formulaires d'annonce, élément constitutif de la déclaration obligatoire des psychothérapies.

Il est construit sur une base chronologique, allant de l'émission du formulaire par le médecin traitant, le contact patient/thérapeute, sa réception par le service de médecin-conseil, puis son traitement par le médecin-conseil, notamment autour de la formulation de la réponse à la demande du médecin traitant. Les informations recueillies dans le cadre de ce chapitre sont issues tant de l'approche quantitative (questionnaire) que qualitative (entretiens).

Rappelons que le formulaire d'annonce est disponible dans une forme standardisée sur le site internet de l'OFSP²⁶. Un exemplaire figure en page suivante.

²⁶ Voir en annexe 3 le formulaire en français et en allemand.



Information du médecin-conseil de l'assureur sur la prise en charge des coûts de psychothérapie, selon les art. 2 et 3 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

Partie réservée à l'assureur

1. Assuré: nom, prénom, date de naissance

Adresse

Assureur (assurance de base) N° /év. code barre

Signature Date

év. signature représentant légal Date

2. Médecin requérant N° RCC

Psychothérapeute délégué

Tél. (en cas de questions)

Signature médecin Date

3. Avis

Demande du psychothérapeute Date

Proposition du médecin-conseil Date

Décision de l'assureur Date

Justification en cas de refus:

Partie réservée exclusivement au médecin-conseil (informations confidentielles)

1. Thérapie suivie sur décision du patient sur conseils du médecin traitant autres

2. Motif de la consultation / genre de maladie

2.1. Description des troubles et symptômes

.....

.....

2.2. Diagnostic(s) (provisoire(s)), code CIM 10 (aussi précis que possible)

2.3. Informations compl. (diagnostic diff., comorbidité, données sociales, autres thérapies, etc.)

.....

.....

2.4. Psychothérapie(s) antérieure(s) (5 dern. années) oui non

3. Objectif et finalité du traitement

.....

.....

4. Durée et type probables de la psychothérapie

4.1. Nombre probable de séances supplémentaires ≤ 30 > 30

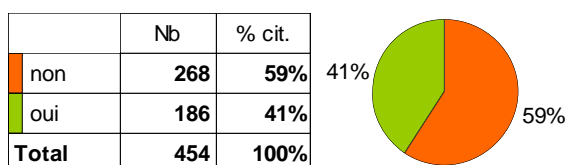
4.2. Modalités de la thérapie

4.1.1 Le degré de délégation

Selon les informations de notre base de données sur les formulaires d'annonce, il convient de relever que 41% des psychothérapies se réalisent sous une forme déléguée auprès d'un psychologue-psychothérapeute.

Tableau 15 : délégation de la thérapie (FA)

Taux de réponse : 100%



Cette caractéristique de délégation connaît toutefois des disparités marquées : deux caisses observent une proportion de thérapie déléguée significativement inférieure à cette moyenne (respectivement 26% et 29%).

4.1.2 L'émission du formulaire d'annonce par le médecin traitant

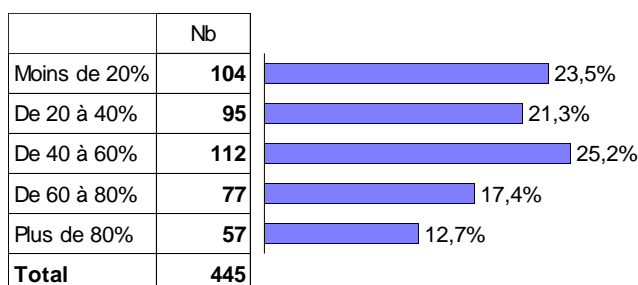
Parmi les répondants au questionnaire, le nombre moyen de formulaires d'annonce rempli par médecin s'élève à 16 formulaires remplis. Trois-quarts des répondants se situent entre 5 et 20 formulaires remplis de janvier 2007 à fin mai 2008.

Cet élément est à mettre en rapport avec les différents taux d'activité consacré à la psychothérapie par mis nos répondants.

Tableau 16 : proportion de psychothérapies dans le temps de travail

Quelle est la proportion globale de la psychothérapie (en dehors de la TPPI) dans votre temps de travail?

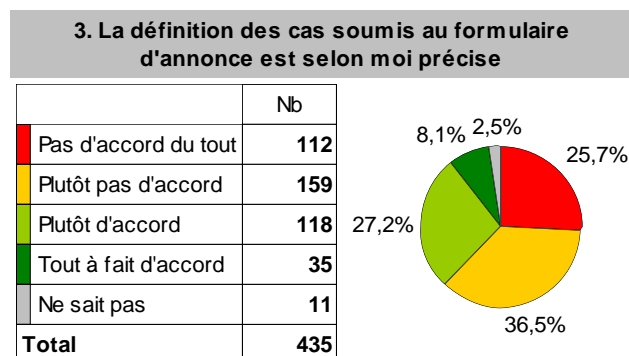
Taux de réponse : 97,3%



4.1.2.1 La définition des cas soumis à L'OPAS

Bien que le degré d'information sur les modalités introduites par la révision de l'OPAS soit perçu comme majoritairement suffisant, les répondants indiquent à plus de 72% que la définition des cas soumis au formulaire d'annonce n'est pas précise.

Tableau 17 : perceptions relatives à la définition des cas soumis à l'OPAS (MED)



Par analyse croisée, on observe que ce sont principalement les psychiatres qui estiment avoir des doutes sur la définition des cas soumis²⁷.

Tableau 18 : définition des cas versus formation médicale (MED)

3. La définition des cas soumis au formulaire d'annonce est selon moi précise
Vous êtes...

	D'accord		Pas d'accord	
	N	% cit.	N	% cit.
Psychiatre	78	29,2%	189	70,8%
Pédopsychiatre	22	34,4%	41	65,6%
Autre (médecin)	54	57,2%	40	42,8%
Total	154	36,2%	271	63,8%

La délimitation exacte entre une psychothérapie et un traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (TPPI) s'avère en effet peu claire pour 63,8% des répondants.

Les entretiens réalisés auprès de psychiatres ont permis de mettre en évidence l'existence de nombreux processus thérapeutiques dont le « classement » entre une TPPI et une psychothérapie est difficile, notamment à l'égard du pronostic d'évolution de l'état du patient, de l'état actuel du patient, mais aussi en fonction du type de pathologies.

Des indications obtenues via les compléments de réponse qualitatifs au questionnaire montrent également l'existence d'une latitude dans la définition de la TPPI, offrant ainsi une marge de manœuvre au praticien.

²⁷ Pour rappel, dans les tableaux suivants, les données en rose illustrent une sous-représentation statistiquement significative par rapport à l'échantillon total, en bleu une sur-représentation également statistiquement significative. Cette remarque est valable pour l'ensemble des tableaux de ce rapport.

4.1.2.2 L'établissement du code diagnostic, des modalités de la thérapie et le partage avec le patient

Le formulaire d'annonce demande explicitement un code diagnostic CIM 10²⁸ et des précisions quant aux modalités de la thérapie, en amont de la 6^{ème} séance, ce formulaire devant être co-signé par le patient lors de cette séance.

Or, nous relevons que 52% des médecins répondants estiment que poser un diagnostic en 6^{ème} séance est une difficulté. Cette difficulté est significativement plus forte pour les médecins avec droits acquis.

Dans le même ordre d'idée, 57% estime qu'il est encore trop tôt pour préciser une approche thérapeutique : la 6^{ème} séance, pour 66% des répondants, n'est pas un moment jugé opportun pour préciser une orientation thérapeutique.

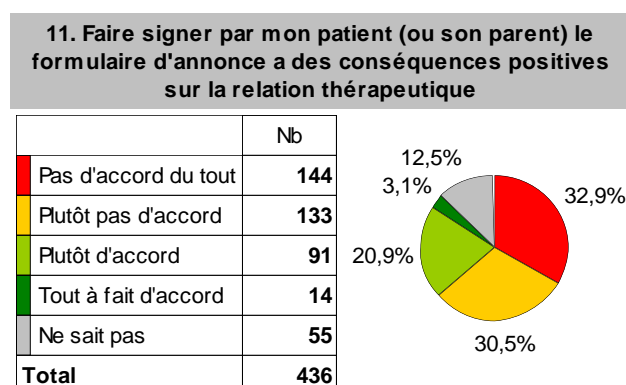
Les médecins non psychiatres estiment cependant, à hauteur de 50%, que la 6^{ème} séance reste un moment plutôt bien choisi.

Nous avons relevé dans nos entretiens avec des psychiatres l'existence d'un système de contrainte entourant la définition d'un code diagnostic : celui-ci se définit en fonction certes de l'état des connaissances scientifiques, mais également dans un jeu délicat avec ce que le patient peut entendre, ou ce qui ne va pas péjorer la qualité de la relation thérapeutique. L'usage de codes diagnostic de la famille F32, fortement représentés dans les données dont nous disposons, indiquerait ainsi une volonté de ne pas heurter le patient par la dénomination explicite d'une pathologie qu'il ne peut pas toujours entendre.

A noter que 63% des médecins ne sont pas d'accord avec la notion d'éventuelles conséquences positives sur la relation thérapeutique de la signature par le patient du formulaire d'annonce. L'obligation de partager le code diagnostic avec son patient n'est également pas considérée comme un élément positif pour une proportion similaire de répondants (61%).

Les pédopsychiatres sont surreprésentés dans cette position, à l'inverse des médecins non psychiatres : les rapports parents/enfant représentant certainement une dimension supplémentaire de complexité dont il s'agit, pour le médecin, de tenir compte.

Tableau 19 : perceptions de l'obligation de partage du code diagnostic (MED)



²⁸ Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10. Voir sous <http://www.icd10.ch/index.asp>

Cependant, et toujours dans le cadre de cette 6^{ème} séance, la réaction des patients ou de leurs représentants légaux est perçue comme globalement positive à hauteur de 48%. Les perceptions des médecins non psychiatres sont significativement plus positives, à hauteur de 67%.

Nous relevons toutefois que plusieurs médecins traitants, psychiatres et pédopsychiatres, affirment avoir vécu des situations délicates engendrées par l'obligation de signature du formulaire d'annonce par le patient ou son représentant légal, situations qui vont parfois au-delà de l'interrogation sur le bien fondé de devoir faire contresigner le formulaire et qui constituent une limitation d'accès aux thérapies, comme reporté ci-dessous.

Bei mir haben 5 von 7 Patienten die Behandlung abgebrochen, nachdem ich ihnen gesagt habe, wir müssten ein solches Formular ausfüllen. Ich kenne Fälle, wo Eltern die Behandlung der Kinder abgebrochen haben, weil sie nicht wollen, dass ihre Kinder offiziell als krank abgestempelt werden. (Entretien avec un psychiatre, 28.06.2008)

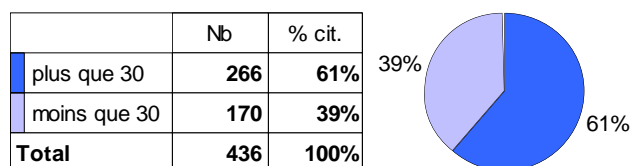
4.1.2.3 Le nombre de séances demandées

Si choisir entre moins de 30 séances supplémentaires ou davantage représente une difficulté pour plus de 74% des répondants, nous observons dans les données récoltées sur les formulaires d'annonce que 39% de ces formulaires demandent un nombre de séances égale ou inférieur à 30.

Sur les 2'179 processus thérapeutiques répertoriés à l'aide du questionnaire aux médecins, nous observons une proportion similaire de demande égale ou inférieure à 30 : 37%. La congruence entre ces deux jeux de données permet de penser que cette proportion est fiable et correspond à l'existant.

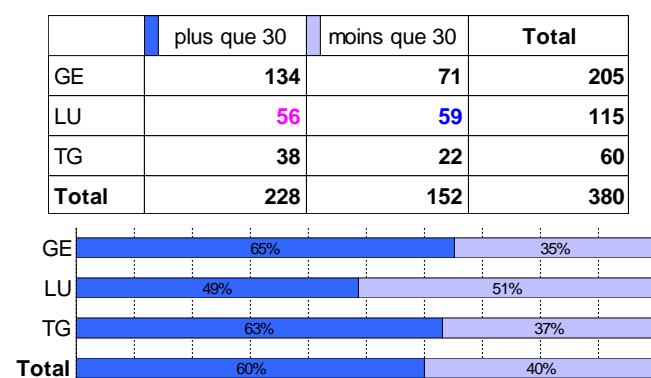
Tableau 20 : nombre probable de séances supplémentaires selon le médecin traitant (FA)

Taux de réponse : 96%



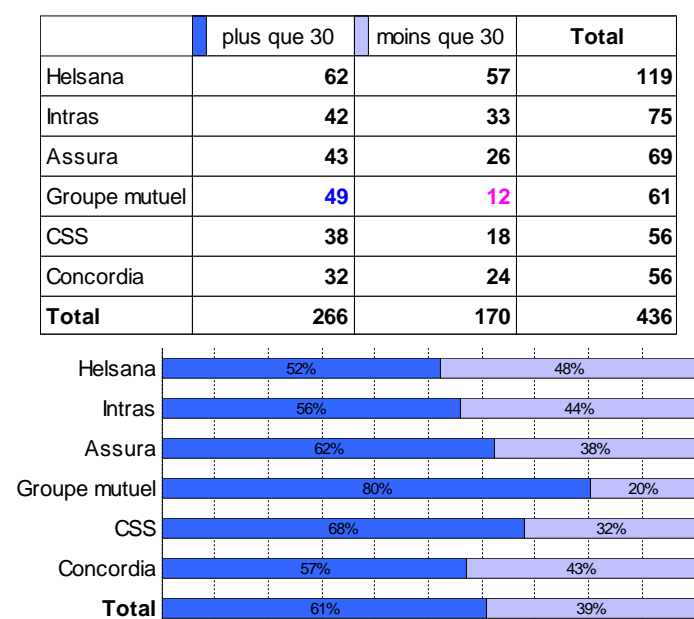
Relevons à nouveau que des disparités existent entre les cantons et entre les caisses-maladie, sans qu'une explication soit ici possible, sous réserves d'une analyse fine des différences dans les structures des populations. Les dossiers du canton de Lucerne contiennent significativement moins de demandes supérieures à 30 séances que ceux des cantons de Genève et de Thurgovie.

Tableau 21 : nombre probable de séances supplémentaires selon le canton de domicile du patient (FA)



Dans le même registre, il est observé que les assurés d'une des caisses-maladie font significativement plus souvent l'objet de demandes supérieures à 30 séances que les assurés des autres caisses.

Tableau 22 : nombre probable de séances supplémentaires selon la caisse-maladie du patient (FA)



4.1.2.4 La réflexivité induite par le formulaire d'annonce

Rappelons qu'un des buts de cette révision est le développement de la qualité des psychothérapies, passant notamment par l'introduction d'un temps réflexif du médecin traitant sur l'adéquation diagnostic/patient/traitement, dans un temps (en 6^{ème} séance) jugé comme opportun lors de la phase de construction de la révision.

Les réponses obtenues à l'aide du questionnaire tendent à montrer que la révision de cette ordonnance n'induit pas une réflexivité supplémentaire, ceci pour 82% des répondants.

Les réponses qualitatives des médecins traitants interrogés sur cette question confirment que cette réflexivité n'est pas induite ni même augmentée par le formulaire d'annonce, mais qu'elle débute dans les toutes premières séances avec le patient et se poursuit sur l'ensemble de la psychothérapie, car constitutive de cette modalité de traitement.

4.1.3 Le traitement du formulaire d'annonce par le médecin-conseil et la caisse-maladie

Phase délicate et centrale dans la révision de l'OPAS, le traitement du formulaire d'annonce par les médecins-conseils vise à vérifier l'adéquation entre la description des troubles et des symptômes, le diagnostic, l'objectif du traitement, les modalités de la thérapie et la durée probable.

4.1.3.1 La décision du médecin-conseil

Sans disposer de données statistiques – le champ réservé à la proposition du médecin-conseil étant, sauf rares exceptions, jamais rempli – nous avons interrogé les médecins conseils sur les propositions de décision qu'ils sont amenés à formuler en fonction des données disponibles : les médecins-conseils rencontrés durant cette étude affirment que **30 séances supplémentaires sont accordées dans 99% des demandes**.

D'un point de vue qualitatif, deux éléments importants sont à mettre en évidence :

- D'une part, les médecins-conseils se sentent démunis d'informations suffisantes pour prendre une décision légitimement fondée : les informations disponibles sur le formulaire d'annonce sont ainsi considérées comme insuffisantes pour un *contrôle de la pertinence* du traitement ou, dit autrement, de l'adéquation du traitement proposé à la pathologie décrite. Seul un *contrôle de conformité* est pour eux possible, contrôle portant donc principalement sur le fait que le questionnaire soit complet.
- D'autre part, les médecins-conseils, majoritairement non psychiatres, estiment avoir des difficultés à identifier les éventuelles TPPI soumises au médecin-conseil. Les médecins-conseils psychiatres, de leur point de vue, estiment que la proportion de TPPI qui se niche dans les formulaires d'annonce se situe entre 40 à 50%, que ces TPPI soient explicites, c'est-à-dire liés à une pathologie dont « on sait » qu'elle se traite sous cette forme, ou implicites, étant donné notamment le descriptif des troubles et des symptômes.

Alle grossen unheilbaren psychischen Krankheiten wie chronische Depression oder Schizophrenie sind nur bedingt einer Psychotherapie zugänglich und müssten somit ausschliesslich von Psychiatern im Rahmen einer IPB behandelt werden²⁹.

Für mich ist der Unterschied schon klar, aber für die Krankenkassen nicht. Da klappt vieles nicht (auch Kollegen haben berichtet). Diese Fachleute können die Unterscheidung zum Teil einfach nicht machen. Das habe ich mehrere Male erlebt³⁰.

²⁹ Entretien avec un médecin-conseil psychiatre.

³⁰ Entretien avec un psychiatre.

Enfin, la formulation de l'annonce (« inférieur ou égale à 30 » versus « supérieur à 30 ») ne permet pas d'accorder moins de 30 séances supplémentaires : le médecin-conseil sait au mieux que les traitements psychothérapeutiques qu'il accorde dureront *a priori* plus ou moins de 30 séances supplémentaires. Il n'y donc pas d'enjeu : le médecin-conseil accordant de facto 30 séances supplémentaires au maximum, la poursuite de la psychothérapie étant de toute manière soumise à l'examen d'un rapport circonstancié en 40^{ème} séance.

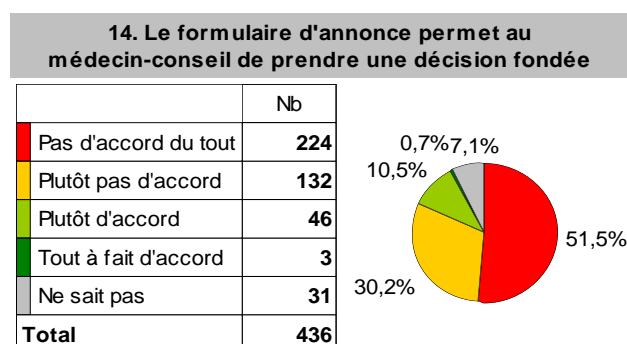
Toujours du point de vue des médecins-conseil rencontrés (9 personnes), l'utilité des formulaires d'annonce est par conséquent fortement remise en cause. Les médecins-conseils se sentent réduits à ne pouvoir qu'accepter ce qui est proposé, par absence d'informations suffisantes pour formuler un jugement fondé. Le traitement des formulaires d'annonce s'apparente ainsi, pour eux, à une activité de gestion administrative de papiers.

Nous avons ainsi relevé, durant cette évaluation, que cinq cas de formulaires ayant été interprétés comme non admissibles au titre de l'OPAS, en dehors des cas relevant de la version précédente de l'OPAS (psychothérapie ayant débuté antérieurement au 1 janvier 2007) :

- Le cas d'un formulaire d'annonce dont le patient est un bébé de trois mois, considéré comme patient zéro dans le cadre d'une thérapie familiale systémique.
- Le cas, repéré à plusieurs reprises, de formulaire d'annonce pour des thérapies de couple, jugées comme non pathologiques.
- Le cas d'un formulaire d'annonce pour troubles sexuels sans pathologie.
- Le cas, repérés également à plusieurs reprises, de formulaires portant explicitement la mention TPPI, donc refusés.
- Le cas d'un formulaire d'annonce mentionnant explicitement une psychothérapie orientée sur le développement personnel du patient.

Ce point de vue négatif sur la pertinence du système est conforté par le regard que portent les médecins sur les possibilités pour le médecin-conseil de prendre une décision fondée en fonction des informations disponibles sur le formulaire d'annonce : 82% estiment ainsi que ce n'est pas le cas³¹.

Tableau 23: perception par les répondants de la décision du médecin-conseil (MED)



³¹ On relève une sur-représentation significative des médecins non-psychiatres parmi les répondants qui estiment qu'il est possible de prendre une décision fondée.

4.1.3.2 Le délai de réponse

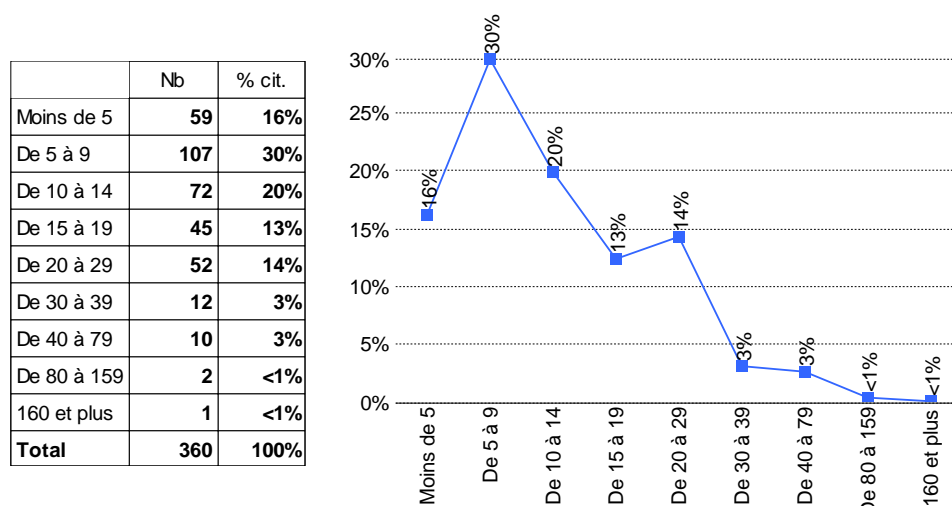
Le délai de réponse de la caisse-maladie au patient, avec copie au médecin traitant, est de 15 jours dès réception de la notification, soit du formulaire d'annonce (art. 3a, al. 3 OPAS).

Les tableaux qui suivent sont établis en fonction de la date de notification telle qu'émise par le médecin traitant, de la date de l'émission de la proposition de décision par le médecin-conseil, et de la date de décision de la caisse-maladie avant transmission au patient et au médecin traitant. Ces données ne sont pas toujours présentes.

On observe toutefois, pour les formulaires dont nous disposons des informations nécessaires (360 formulaires), que 66% des réponses du médecin-conseil sont formulées en moins de 15 jours. Si on ajoute cinq jours de plus (délais d'acheminement postal de la demande, jours non ouvrables), nous obtenons une moyenne approximative de $\frac{3}{4}$ des formulaires d'annonce traités en moins de 15 jours ouvrables après réception³².

Tableau 24 : durée entre la demande du médecin et la proposition du médecin conseil (en jours) (FA)

Moyenne = 14,26
Médiane = 11,00
Min = 0 Max = 224



Un quart des réponses des médecins-conseils sont toutefois formulées au-delà de 15 jours ouvrables (moins de 20 jours effectifs).

Nous avons eu également une valeur extrême dans notre échantillon : 224 jours se sont écoulés entre la date de demande du médecin traitant et la formulation de la réponse par le médecin-conseil !

En ce qui concerne le nombre de jours entre la demande initiale et la date de réponse de la caisse-maladie, nous observons une moyenne de 21 jours. Ce délai dépasse 30 jours pour 12% environ des cas.

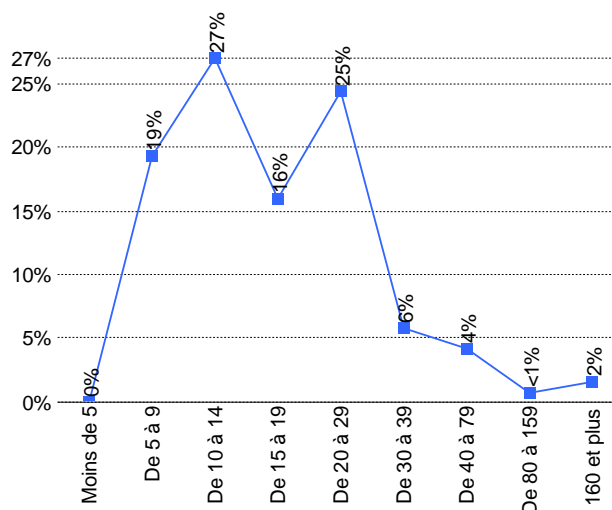
Il est important de signaler que seul un quart des formulaires consultés mentionnait la date de décision de l'assurance et a pu être exploité pour cette analyse.

³² Nous ajoutons ces cinq jours par mesure de prudence, l'article 3a, alinéa a de l'OPAS, ne précisant pas si les 15 jours de délai prévus incluent ou excluent les jours non ouvrables.

Tableau 25 : durée entre la demande du médecin et la décision de l'assurance (en jours) (FA)

Taux de réponse : 26%
 Moyenne = 21,26
 Médiane = 15,00
 Min = 5 Max = 226

	Nb	% cit.
Moins de 5	0	0%
De 5 à 9	23	19%
De 10 à 14	32	27%
De 15 à 19	19	16%
De 20 à 29	29	25%
De 30 à 39	7	6%
De 40 à 79	5	4%
De 80 à 159	1	<1%
160 et plus	2	2%
Total	118	100%



Toujours en ajoutant 5 jours de marge, on peut avancer l'hypothèse qu'un peu moins des 2/3 des réponses des caisses-maladie sont formulées dans un délai correspondant à ceux indiqués dans l'OPAS (15 jours)³³.

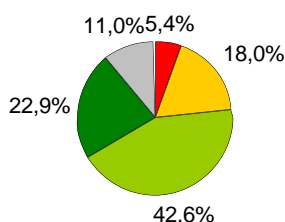
Du point de vue des médecins traitants, la perception relative au respect des délais est sensiblement similaire : 66% estiment que la réponse de la caisse-maladie arrive dans les délais prescrits.

Il apparaît ainsi, en tenant compte des 5 jours de marge, qu'un tiers des formulaires d'annonce déposés par les médecins traitants ne sont pas traités dans le délai indiqué par l'OPAS.

Tableau 26 : perception du délai de réponse des caisses sur le formulaire d'annonce (MED)

17. La réponse de la caisse maladie me parvient dans les délais

	Nb
Pas d'accord du tout	24
Plutôt pas d'accord	78
Plutôt d'accord	185
Tout à fait d'accord	100
Ne sait pas	48
Total	435



³³ Soit moins de 50% si le délai indiqué dans l'OPAS (15 jours) est compris dans un sens strict.

Les entretiens auprès des médecins-conseils ont par ailleurs mis en évidence une problématique existante dans la circulation des lettres contenant le formulaire d'annonce :

- L'adressage des formulaires d'annonce par les médecins-traitants se réalisent fréquemment sur des bases fausses (anciennes adresses).
- Certains services de médecin-conseil sont décentralisés, ce qui peut impliquer un réacheminement du courrier par la caisse-maladie.
- Certains médecins-conseils le sont à temps partiel, en complément d'une activité en privé.

Le respect des délais est ainsi soumis à différents aléas organisationnels.

4.2.1 La charge induite par le formulaire d'annonce

En disposant du rapport entre le nombre d'assurés de trois caisses-maladie différentes et le nombre de formulaires d'annonce qu'elles ont respectivement reçus en 2007, nous parvenons à un ratio moyen de 0.3% d'assurés ayant débuté un processus psychothérapeutique au sens de l'OPAS en 2007. Ce qui suppose, globalement, par année et pour l'ensemble de la Suisse, un volume 22'000 processus psychothérapeutiques.

Nous avons pris comme base un volume annuel de 20'000 en considérant l'ancrage plutôt urbain des caisses dont nous avons les données.

En considérant les temps de travail du médecin traitant, l'interaction patient-thérapeute, les temps de travail sur les plans médical (médecin-conseil) et administratif (gestion des dossiers par le service du médecin-conseil, gestion de la production de la décision, etc.), nous parvenons à un total d'environ 45 minutes par formulaire, soit, pour l'année 2007, un **total estimé de 15'000 heures** consacrées **uniquement à la gestion** des formulaires d'annonces introduits par les nouvelles modalités de remboursement des psychothérapies³⁴.

Le financement de ces 15'000 heures peut être réparti à raison d'un tiers sur le coût de la thérapie (prise en charge via une codification TARMED³⁵), les deux-tiers restants sur les frais de gestion des caisses-maladie.

Traduite en postes de travail, cette estimation de 10'000 heures de travail pour les caisses-maladies représente un volume d'environ 6 postes équivalent plein-temps.

Traduite en termes financiers, la gestion du formulaire d'annonce, de son émission à la réception de la décision, représente un coût estimable à plus de 2 millions de francs.

³⁴ Relevons qu'une estimation similaire a été réalisée par le Dr. Lachenmeier : construite sur un autre postulat, elle parvient à des conclusions proches, soit, de son point de vue, 18'000 heures de travail induites par la révision de l'OPAS, uniquement également sur la question du formulaire d'annonce (*1 Jahr Psychotherapieverordnung = Vernichtung von 10 Mannjahren Arbeit, Bulletin des médecins suisses*, 2008 ;89 :15).

³⁵ Sans pouvoir nous prononcer sur les médecins-conseils, rémunérés au temps, les médecins traitants répondants au questionnaire estiment à hauteur de 64% que la valeur du point TARMED pour le formulaire d'annonce est insuffisante.

4.1.4 En synthèse

Plusieurs éléments problématiques sont relevés dans les paragraphes précédents, notamment :

⇒ **La délimitation de ce qui doit être considéré comme relevant de la psychothérapie relationnelle et ce qui relève d'un TPPI**

La définition des cas soumis à déclaration obligatoire reste après 18 mois de mise en œuvre de la révision problématique tant pour les médecins traitants que pour les médecins-conseils. Nous avons également eu connaissance, en relation avec cette absence de délimitation précise, de pratiques contraires à l'esprit de la révision de l'OPAS : une caisse-maladie a opté, en janvier 2007, pour une déclaration obligatoire pour l'ensemble des traitements psychiatriques comportant une composante relationnelle, dans la perspective d'identifier plus clairement ce qui relevait de l'OPAS et ce qui relevait d'un TPPI. Devant les réactions des médecins, cette caisse s'est vue contrainte de modifier sa pratique.

⇒ **L'insertion d'un tiers dans le cadre d'une relation thérapeutique construite entre le patient et son thérapeute**

Perçue comme peu positive pour la relation thérapeutique par la majorité des médecins traitants, cette obligation d'échange sur les contenus du formulaire d'annonce avec le patient apparaît toutefois aux yeux de quelques médecins comme un élément qui peut s'avérer comme positif pour certains profils de patients, car offrant à celui-ci une possibilité accrue d'être acteur de sa thérapie, ou encore de devoir se confronter à l'énoncé de sa pathologie. Cette affirmation, principalement soutenue par les tenants de l'approche systémique, fait l'objet de débats auxquelles nous ne pouvons prétendre prendre part.

Nous relevons cependant que la plupart des médecins traitants s'accordent à dire que la définition du code diagnostic est dans un champ de tension entre l'état des connaissances scientifiques, les compétences du médecin et l'état du patient. En conséquence, l'attribution d'un code CIM-10 à une symptomatologie procède de considérations stratégiques autant que scientifiques³⁶, puisqu'elle doit être présentée et donc discutée avec le patient.

Enfin, plusieurs médecins nous ont fait part d'un sentiment de malaise du patient face aux besoins de transmission d'informations sur sa personne et son état à sa caisse-maladie, entraînant parfois un arrêt du traitement ou une prise en charge personnelle des frais induits.

⇒ **Le degré d'informations du formulaire d'annonce soumis au médecin-conseil pour prendre une décision légitime**

En dehors du malaise vécu par le médecin traitant dans la délivrance d'informations sur l'état de santé psychique de son patient dès la 6^{ème} séance, les médecins-conseils éprouvent également un malaise diffus mais permanent dans leur analyse des formulaires d'annonce, ceci à plusieurs niveaux :

- L'appréciation de la pertinence du contrôle – cas OPAS ou TPPI – est rendue difficile par une délimitation peu précise entre une psychothérapie et un TPPI. Rappelons

³⁶ Pour certains psychiatres interrogés, il est notamment nécessaire de ne pas – par l'énoncé du diagnostic – offrir au patient une posture victimaire, rendant « la maladie exogène », subie et donc susceptible d'être traitée par allopathie.

que les médecins-conseils psychiatres estiment que 40 à 50% des déclarations OPAS sont (ou seront à terme) des TPPI...

- Le contrôle de l'adéquation du traitement au diagnostic est rendu quasiment impossible au regard des informations disponibles. Pour les mêmes raisons, les contrôles sous l'angle de l'économicité et de l'efficacité ne sont pas possibles.
- Seul demeure possible un contrôle de conformité globale, permettant, dans une mesure estimée qualitativement à un peu plus d'1 cas sur 200, de refuser d'accorder des séances supplémentaires pour des motifs évidents.

Nous avons pu observer une évolution entre les médecins-conseils entendus en automne 2007 et ceux entendus en février/mars 2008 ou en juin 2008 : le sentiment dominant d'une surcharge administrative résolument peu pertinente domine largement aujourd'hui en ce qui concerne les formulaires d'annonce. Relevons que certains médecins-conseils tendent à déléguer l'examen de ces formulaires à leurs assistants, se réservant les cas les moins évidents.

Enfin, les 10% de répondants au questionnaire qui ont fait face à une demande de complément du médecin-conseil à propos d'un formulaire d'annonce jugent, à hauteur de 93%, que certaines caisses se distinguent particulièrement dans leur demande.

⇒ **Les charges induites pour le système en général par le formulaire d'annonce par rapport au gain attendu en terme de contrôle**

Il est possible de s'interroger sur la pertinence du maintien du formulaire d'annonce au regard du coût induit par son introduction et à l'efficacité potentielle du système :

- L'objectif de contrôle des coûts par l'examen de l'adéquation du traitement au profil psychique du patient ne peut se réaliser en fonction des données disponibles, lesquels, spécifiquement le code diagnostic, font l'objet d'un codage autant stratégique que scientifique, certainement à juste titre.
- L'économicité du système de contrôle introduit entre la 6^{ème} et la 10^{ème} séance est difficile à justifier : le ratio entre les thérapies repérées comme injustifiables au titre de l'AOS et les heures de travail nécessaires à la rédaction et au traitement du formulaire d'annonce apparaît aujourd'hui comme largement défavorable : le contrôle est ainsi probablement plus consommateur en ressources que les économies réalisées.

4.2 REGARDS SUR LE RAPPORT OPAS

L'introduction d'un rapport en 40^{ème} séance constitue avec le formulaire d'annonce la seconde modalité introduite par la révision.

Au même titre que pour le formulaire d'annonce, des précisions ont été apportées par l'OFSP sur le contenu attendu du rapport en amont de la 40^{ème} séance et des éventuels rapports annuels de suivi³⁷.

D'une longueur maximal de deux pages, ce rapport doit renseigner le médecin-conseil sur les points suivants :

1. Maux
2. Résultats de l'examen
3. Diagnostic principal et diagnostics secondaires pertinents
4. Informations complémentaires importantes (comorbidité, situation sociale et conditions de travail, autres thérapies etc.)
5. Evolution depuis la première information concernant les maux, les résultats de l'examen, la situation sociale et les conditions de travail, les objectifs thérapeutiques initialement formulés
6. Psychothérapie : but(s), méthode(s), modalités (setting), nombre de séances supplémentaires et/ou durée de la thérapie selon toute probabilité
7. Autres mesures thérapeutiques
8. Pronostics
9. Autres remarques selon les besoins

4.2.1 Du point de vue des médecins traitants

La démarche d'évaluation intervenant dans un temps relativement court après l'entrée en vigueur de la révision de l'OPAS (de 10 à 18 mois), les expériences à propos de la production de rapports sont encore limitées. Nous observons ainsi auprès de nos répondants au questionnaire que seulement 40 % ont déjà rédigé au moins un rapport³⁸.

4.2.1.1 La formulation du rapport

Les recommandations de l'OFSP ne sont pas connues par tous : cet item a obtenu un taux de réponse « ne sait pas » bien supérieur aux autres (20.7%). On peut supposer que les médecins-conseils reçoivent ainsi des rapports dont les items ne sont pas standardisés suivant le modèle préconisé.

Elles sont cependant jugées majoritairement comme plutôt utiles et pertinentes par les répondants qui les connaissent.

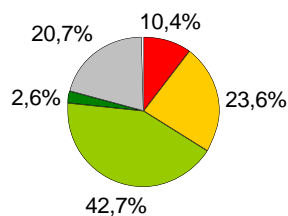
³⁷ Voir le site de l'OFSP : <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/04250/index.html?lang=fr> .

³⁸ Les points suivants ne prennent en compte que ce sous-échantillon.

Tableau 27 : appréciation des recommandations OFSP sur la forme du rapport (MED)

3. Les recommandations de l'OFSP sur la forme du rapport sont utiles et pertinentes
Ont rédigé au moins 1 rapport

	Nb
Pas d'accord du tout	18
Plutôt pas d'accord	42
Plutôt d'accord	76
Tout à fait d'accord	5
Ne sait pas	37
Total	177

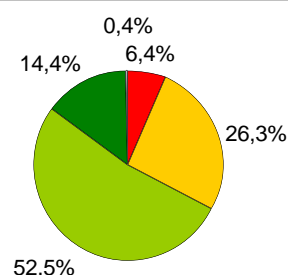


Du point de vue du contenu du rapport, les répondants estiment à hauteur de 68% savoir quels sont les indications nécessaires à la formulation du contenu du rapport.

Tableau 28 : degré de connaissance des indications nécessaires au rapport (MED)

4. Je sais parfaitement ce que je dois indiquer dans le rapport
Ont rédigé au moins 1 rapport

	Nb
Pas d'accord du tout	12
Plutôt pas d'accord	48
Plutôt d'accord	96
Tout à fait d'accord	26
Ne sait pas	1
Total	182



4.2.1.2 Les informations à disposition des médecins-conseils

Les répondants sont cependant davantage partagés dans leurs réponses quant à savoir si le contenu des rapports permet au médecin-conseil de prendre une décision fondée. Parmi les répondants ayant déjà rédigé au moins un rapport, 52% estiment qu'une décision légitime peut être prise sur la base des informations transmises, 43% jugent le contenu insuffisant.

Nous avons également demandé aux médecins une comparaison du degré d'information disponible pour le médecin-conseil entre le rapport tel qu'il était prévu dans l'ancienne version de l'OPAS et sa forme actuelle : un quart des répondants estime que la forme actuelle du rapport donne moins d'informations que les rapports rédigés auparavant. Les réponses qualitatives des répondants au questionnaire permettent de préciser que les reproches portent sur une anamnèse trop limitée, voire une simplification excessive d'une réalité thérapeutique complexe.

Ces rapports simplifient abusivement des situations cliniques ou thérapeutiques complexes³⁹.

La relation avec le patient peut également pâtir de l'obligation d'établir des rapports : certains patients se montreraient soucieux des informations transmises à la caisse et d'autres craignent une réponse négative (5 citations).

Les psychiatres rencontrés en entretien affirment pour leur part ne pas avoir sensiblement modifié leurs pratiques de rédaction d'un rapport suite à la révision de l'OPAS, à l'exception d'un raccourcissement de la longueur dudit rapport.

Contrairement au formulaire d'annonce, la perception du rapport en tant qu'instrument de contrôle de la légitimité d'un remboursement au titre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) est plutôt positive et complètement admise, d'après les informations recueillies, par les médecins traitants.

4.2.1.3 Le suivi par le médecin-conseil des propositions du médecin traitant

Aux questions concernant les suites données par les médecins-conseils aux propositions émises par le médecin traitant dans le cadre du rapport sur le nombre de séances et la fréquence, l'approche thérapeutique et le setting du traitement, nous constatons que les répondants jugent que les propositions émises sont très largement suivies et non remises en question par les médecins-conseils : le nombre de séances (73%) et la fréquence (77%) étant légèrement moins suivies que l'approche thérapeutique (90%) et le setting (84%).

4.2.1.4 Le regard porté sur le travail des médecins-conseils par les médecins traitants

Cinq répondants estiment toutefois que le délai pour les réponses des caisses peut être très long : des relances sont parfois nécessaires pour obtenir une réponse.

Quinze répondants estiment que les réponses des médecins-conseils montrent une lecture succincte, voire absente, des rapports envoyés (lettre-type). Les refus, plutôt rares, seraient pour certains non justifiés (7 citations).

„Stereotype undifferenzierte Rückberichte der KK“

Enfin, huit répondants jugent que les médecins-conseils sont insuffisamment formés dans le domaine de la psychothérapie.

4.2.2 Les rapports du point de vue des médecins-conseils

Il est difficile pour les médecins-conseils rencontrés en entretien de se prononcer de manière affirmative sur la question des rapports : l'entrée en vigueur de la révision de l'OPAS est jugée trop récente pour bénéficier du recul nécessaire et pour pouvoir mettre en lien concrètement le formulaire d'annonce et, le cas échéant, le rapport.

³⁹ Réponse à une question ouverte d'un praticien (dans le cadre du questionnaire).

Concernant la qualité des rapports reçus jusqu'à présent, nous avons eu cependant des réponses légèrement divergentes entre les médecins-conseils psychiatres et les médecins-conseils ayant suivis d'autres voies de formation. Ces derniers s'affirment globalement plus satisfaits de la qualité des rapports transmis par les médecins traitants que les médecins-conseils psychiatres, qui pour leur part estiment que la qualité informative des rapports diminuent depuis l'introduction de la révision.

Les critiques émises sont sensiblement les mêmes que celles qui sont formulées par les médecins traitants : le contenu des rapports sur l'anamnèse du patient et la situation thérapeutique est parfois jugée comme excessivement synthétique.

Man muss die Inhalte der Psychotherapie kennen und wissen, ob die Therapiemethode erfolgsversprechend ist, die Ziele messbar sind, Fortschritte vorhanden sind und die Patienten für die Psychotherapie zugänglich sind⁴⁰.

Plusieurs réflexions ont en effet été émises lors des entretiens avec les médecins-conseils sur la perte d'information du nouveau rapport OPAS au regard des rapports qu'ils recevaient précédemment.

A l'instar du formulaire d'annonce et malgré le fait que les rapports sont sensiblement plus explicites, des remarques sont émises sur les difficultés d'identifier, dans une partie des rapports reçus, si le traitement en cours est une psychothérapie ou un TPPI.

4.2.2.1 Les modalités de réponse aux rapports

Si les médecins-conseils semblent, au dire des médecins traitants, suivre les propositions émises par ceci, nous avons relevé au cours de l'évaluation des pratiques différentes selon les caisses en ce qui concerne la suite à donner au rapport : bien que la documentation de l'OFSP précise que la fréquence des rapports suivants doit être au minimum annuelle, cette consigne n'aura pas toujours été respectée, certaines caisses donnant parfois un nombre de séance déterminé.

Il semblerait toutefois que ces pratiques aient disparu aujourd'hui.

4.2.3 En synthèse

Nous relevons, en synthèse, que la pratique des rapports en 40^{ème} séance ne pose pas de problème particulier pour les médecins traitants, qui admettent la légitimité d'un contrôle de la caisse maladie sur la pertinence du dépôt d'un rapport en vue du remboursement à leur patient du traitement.

Le rapport pose cependant une autre question :

⇒ **La configuration du contenu du rapport ne semble pas toujours satisfaire les besoins en informations des médecins-conseils**

Il est ainsi regretté une dégradation de la qualité informative, particulièrement en termes de définition de buts réalistes, de mention des différentes étapes thérapeutiques ou encore d'éléments de compréhension de l'adéquation de l'approche avec la situation du patient. Si cette remarque est sensiblement plus mise en évidence par les médecins-conseils psychiatres, elle aura également été formulée

⁴⁰ Entretien avec un médecin-conseil psychiatre.

par des médecins-conseils non psychiatres. On peut poser l'hypothèse que la formalisation du contenu du rapport, ainsi que la proposition d'en limiter l'étendue à environ deux pages, a comme conséquence de produire des rapports probablement plus standardisé que ne l'étaient les rapports des médecins traitants déposés en amont de la révision de l'OPAS.

4.3 PROTECTION DES DONNEES ET RECOURS

L'instauration du formulaire d'annonce principalement, mais aussi du rapport, aura posé de nombreuses interrogations des médecins et des associations de patients quant au degré de protection des données relatives à l'état de santé psychique des assurés.

Ceci concerne autant le risque potentiel de mise à disposition des caisses d'assurance-maladie d'informations sensibles sur la santé mentale de leurs assurés, que le risque potentiel de collusion entre assurance de base et assurance privée, déjà pointé auparavant⁴¹ par le Préposé fédéral à la protection des données.

Une autre interrogation se porte sur les voies de recours potentiels en cas de conflit entre le médecin traitant, son patient, et le médecin-conseil, ainsi que sur l'usage éventuel du recours à une instance juridique.

4.3.1 La protection des données

L'indépendance décisionnelle du médecin-conseil nous est apparue comme totalement acquise au sein des caisses-maladie. Ceux-ci affirment clairement que leurs décisions ne sont jamais remises en cause par les gestionnaires de dossiers.

Nous avons pu observer lors de nos entretiens l'existence de locaux séparés et fermés pour les services du médecin-conseil que nous avons pu visiter, ainsi que la mise à disposition dans ces locaux d'armoires dotées de clés. La plupart des médecins-conseils travaillent cependant à temps partiel, dans leur propre bureau, générant inévitablement des transferts de dossiers.

Une assistance administrative dédiée au service du médecin-conseil est également prévue dans la plupart des caisses-maladie. Le cas échéant, les secrétariats des médecins conseils en pratique privée ont parfois eu l'occasion de bénéficier de conseils en matière de protection des données. Nous avons eu, par ailleurs et de la part des cadres des caisses-maladie, reçu l'assurance d'un respect strict des consignes en matière de protection des données, notamment en ce qui concerne le transfert de données de l'assurance de base aux assurances privées, sujet considéré comme sensible.

La question d'éventuels transferts de données médicales sur un assuré d'un régime d'assurance à un autre a été abordée lors d'entretiens avec les responsables de gestion de certaines caisses-maladies, qui nous ont assurés d'un cloisonnement des services. Rappelons toutefois que cette évaluation n'avait pas pour but de vérifier la conformité de la protection des données médicales par les caisses-maladie.

⁴¹ Préposé fédéral à la protection des données, TARMED et la protection des données, Rapport du Préposé fédéral à la protection des données du 22 juillet 2004:16 ; Préposé fédéral à la protection des données, 7e Rapport d'activités 1999/2000:167 ss ; Préposé fédéral à la protection des données, 13e Rapport d'activités 2005/2006 :61 ss.

4.3.1.1 Une enquête en cours

L'OFSP, en partenariat avec le Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (PFPDT), ont souhaité mener une enquête sur l'organisation légale de la protection des données chez les assureurs-maladie. Cette enquête à large échelle a débuté au mois de février 2008 et devrait se terminer au terme de 2008.

Au-delà de la question du repérage des pratiques en la matière, et de la pertinence de celles-ci, cette enquête a également pour but d'aider l'organe de surveillance dans l'élaboration de critères permettant aux assureurs d'avoir une structure organisationnelle conforme à la protection des données.

4.3.2 Les voies de recours

Les voies de recours prennent les formes suivantes :

1. L'assureur informe son assuré de son refus, partiel ou total de prendre en charge une prestation.
2. L'assuré demande à l'assurance de lui fournir une décision en bonne et due forme.
3. L'assureur dispose de 30 jours pour rendre cette décision.
4. Dans un délai de 30 jours, l'assuré peut y faire opposition.
5. L'assureur a alors 30 jours pour rendre une « décision sur opposition ».
6. Si l'assureur ne donne pas de nouvelles dans ce délai, l'assuré le au Tribunal cantonal des Assurances pour « déni de justice formel ». Si la « décision sur opposition » est rendue, l'assuré peut l'attaquer devant le Tribunal cantonal des assurances.
7. La voie est ensuite ouverte à un recours au Tribunal Fédéral des Assurances (TFA)

Nous avons réalisé en juin 2008, dix-huit mois après l'entrée en vigueur de la révision, une enquête auprès des tribunaux cantonaux en charge des assurances sociale de sept cantons : Zurich, Lucerne, Soleure, Bâle-Campagne, Saint-Gall, Genève et Vaud. A l'exception de Saint-Gall, qui n'a pas répondu, les magistrats en charge nous ont affirmé ce pas avoir d'affaire en cours ou terminée concernant la version de l'OPAS en vigueur.

Les entretiens réalisés auprès des médecins traitants et auprès des médecins-conseils nous ont toutefois signalé la prédominance des modes de régulation directe en cas de conflit, de médecin à médecin, et, à de très rares occasions près selon eux, pratiquement toujours en faveur du patient.

4.3.3 En synthèse

Sous réserve des résultats de l'étude en cours OFSP/PPFDT sur les pratiques en matière de protection des données, nous avons entendu auprès des médecins conseils et auprès des cadres des caisses maladie l'affirmation d'une forte attention à l'égard de la protection de la personnalité de l'assuré.

En ce qui concerne l'observation des éventuels recours, notre étude auprès de six juridictions compétentes en la matière n'aura pas permis de déceler le dépôt d'un recours en juin 2008 auprès de tribunaux cantonaux des assurances.

4.4 PANORAMA DES PROCESSUS PSYCHOTHERAPEUTIQUES

Notre évaluation avait également une visée exploratoire de description des processus psychothérapeutiques menés en Suisse.

Les données présentées ci-dessous sur ces processus sont issues de la base de données de l'enquête auprès des médecins (MED). Les répondants devaient, dans l'idéal, nous transmettre des informations sur les dix premiers cas de psychothérapies déclarées à l'assurance obligatoire depuis 2007. Les répondants ont en moyenne répondu sur quatre dossiers.

Nous disposons d'informations sur un nombre important de processus – 2'179 – pour dresser un panorama des psychothérapies déclarées comme relevant de l'article 2 de l'OPAS.

Les différents renseignements récoltés étaient les suivants⁴² :

- Profil des patients: sexe et année de naissance du patient
- Données transmises lors de l'annonce : origine de la demande (sur décision du patient, sur conseil du médecin, autre), nombre de séances demandées, diagnostic initial
- Date de début du traitement
- Nombre de séances effectuées
- Diagnostic actuel ou à la fin du traitement
- Statut du traitement (en cours, rupture thérapeutique, terminé)
- Suivi proposé

4.4.1 Profil des patients

Les classes d'âges les plus représentées parmi les patients sont les jeunes adultes (25-44 ans) qui regroupent 48% de l'échantillon. La proportion d'enfants et d'adolescents est de 10% environ. On observe également dans notre échantillon un recours moins élevé à un traitement psychothérapeutique pour les plus de 55 ans.

⁴² Voir le questionnaire en annexe .

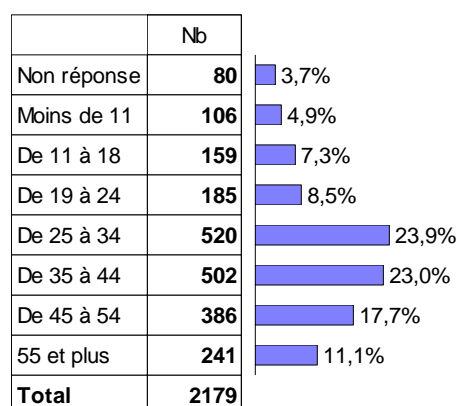
Tableau 29 : classe d'âge des patients (MED)

Taux de réponse : **96,3%**

Moyenne = **36,2**

Médiane = **36,0**

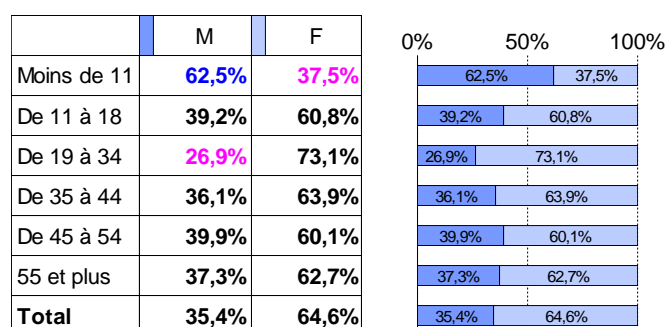
Min = **3** Max = **90**



La répartition globale des sexes est la suivante : 35% d'hommes pour 65% de femmes.

Dans la catégorie des enfants (moins de 11 ans), le ratio s'inverse avec 63% de garçons (sur-représentation, exprimée en bleu). Les hommes sont au contraire sous-représentés chez les patients entre 19 et 34 ans (sous-représentation, exprimée en rose).

Tableau 30 : répartition par sexe selon les classes d'âge (MED)



4.4.2 Données transmises lors de l'annonce

Nous avons recueillis des informations sur les données transmises lors de l'annonce au médecin-conseil. Celles-ci permettent une comparaison avec les données issues de l'étude des formulaires d'annonce (FA), afin de détecter d'éventuels biais ou incohérences.

La décision d'effectuer une psychothérapie est initiée par le patient dans 46% des cas. La modalité « sur conseil du médecin » est quasiment autant fréquente, 43%. Le solde étant qualifié comme « autres ».

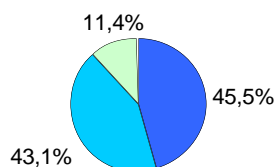
Ces chiffres sont légèrement différents de ceux obtenus au point 2.1.2, où l'on observait une proportion sensiblement plus importante d'indications de psychothérapie sur conseil de structures stationnaires ou d'institutions. Ce fait est certainement lié à un effet de biais de la

surreprésentation d'enfants dans le canton de Genève au sein des données de formulaires d'annonce (FA).

Tableau 31 : indication de la thérapie (selon formulaire d'annonce) (MED)

Taux de réponse : **97,0%**

	Nb	% cit.
Sur décision du patient	963	45,5%
Sur conseil du médecin	911	43,1%
Autre	241	11,4%
Total	2 115	100,0%



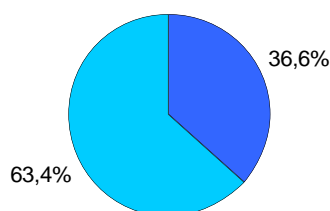
Au niveau du nombre de séances annoncées, la cohérence est bien meilleure avec les données des formulaires d'annonces.

Dans 63% des déclarations, le praticien envisage une durée de psychothérapie supérieure à 30 séances. 37% des cas sont annoncés d'une durée inférieure ou égale à 30 séances.

Tableau 32 : nombre de séances annoncées au médecin-conseil (MED)

Taux de réponse : **95,8%**

	Nb	% cit.
<= 30	765	36,6%
>30	1 324	63,4%
Total	2 089	100,0%



Le formulaire d'annonce comporte également une mention du code diagnostic provisoire. Les données de classification du CIM-10 ont été regroupées à un niveau de précision Fxx.x.

Les codes les plus fréquemment cités sont, par ordre d'importance et sur l'ensemble des processus, les troubles de l'adaptation (F43.2), un épisode dépressif moyen (F32.1), les troubles dépressifs récurrent avec un épisode actuel de sévérité moyenne (F33.1), les épisodes dépressifs sévères (F32.2), les épisodes dépressifs sans précision (F32.9).

Les troubles les plus représentés sont les différentes formes de dépression.

Tableau 33 : principaux codes diagnostic CIM-10 (selon formulaire d'annonce) (MED)

Taux de réponse : **97,0%**

	Nb	% obs.
F43.2	365	16,8%
F32.1	263	12,1%
F33.1	140	6,4%
F32.2	89	4,1%
F32.9	85	3,9%
F41.2	82	3,8%
F32.0	73	3,4%
F41.0	55	2,5%
F41.1	47	2,2%
F33.2	42	1,9%
F43.1	41	1,9%
F60.3	41	1,9%
F41.9	36	1,7%
F40.0	31	1,4%
F34.1	31	1,4%
F43.9	31	1,4%
F40.1	31	1,4%
F33.0	28	1,3%
F33.9	28	1,3%
F50.0	28	1,3%

4.4.3 Descriptions des psychothérapies

4.4.3.1 Durée des psychothérapies

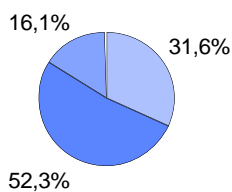
Pour effectuer les analyses du résultat des traitements, nous avons construit un sous-échantillon composé d'adultes uniquement, dont le début du traitement remontait aux mois de janvier, février ou mars 2007.

L'idée sous-jacente étant de disposer d'un recul suffisant et d'éviter des biais dus à la surreprésentation de cas encore en cours de traitement. Ce sous-échantillon est formé de 579 cas.

La moitié environ de ces 579 traitements est encore en cours, 16% des cas se sont soldés par une rupture thérapeutique et 32% sont terminés.

Tableau 34 : Statut du cas (MED)Taux de réponse : **98,8%**

	Nb	% cit.
Traitement terminé	183	31,6%
Traitement en cours	303	52,3%
Rupture thérapeutique	93	16,1%
Total	579	100,0%



Nous avons centré notre analyse sur le nombre de séances totales selon la conclusion de la thérapie.

Seul 3% des thérapies terminées ont duré plus de 40 séances.

Dans les traitements en cours, environ un quart des thérapies ont dépassé la 40^{ème} séance, mais 70% des psychothérapies comptent moins de 40 séances sur une période allant de 13 à 15 mois. On est ainsi bien en dessous d'une fréquence hebdomadaire.

Relevons encore que sur l'ensemble de ce sous-échantillon, quelque que soit le statut de la thérapie, la proportion de processus ayant dépassé 40 séances reste faible.

Tableau 35 : nombre de séances total selon le statut du cas (MED)

	Traitement terminé		Traitement en cours		Rupture thérapeutique		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Moins de 11	38	20,9%	13	4,5%	36	39,1%	87	15,5%
De 11 à 40	138	75,8%	192	66,7%	55	59,8%	385	68,5%
De 41 à 60	6	3,3%	67	23,3%	1	1,1%	74	13,2%
61 et plus	0	0,0%	16	5,6%	0	0,0%	16	2,8%

Toujours dans ce sous-échantillon composé d'adultes ayant débuté une psychothérapie entre janvier et mars 2007, nous avons observé une congruence entre la demande initiale en nombre de séances du médecin traitant au médecin-conseil et le nombre de séances effectuées pour les thérapies terminées.

Le tableau ci-après présente le rapport entre le nombre de séances supplémentaires annoncées dans le formulaire au médecin-conseil et le nombre de séances effectivement réalisées.

Tableau 36 : demande initiale et consommation finale en nombre de séances (cas terminés) (MED)

Cas terminés				
	<= 30		>30	
	N	% cit.	N	% cit.
Moins de 11	32	29,1%	3	4,4%
De 11 à 40	77	70,0%	60	88,2%
41 et plus	1	0,9%	5	7,4%
Total	110	100,0%	68	100,0%

On constate une grande précision dans l'estimation basse « 30 séances ou moins » : moins de 1% des cas se soldent par une durée de plus de 40 séances (en incluant les dix séances non soumises à déclaration).

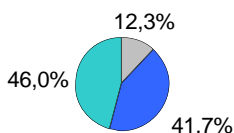
Dans les cas où la déclaration mentionnait plus de 30 séances, la fiabilité est moindre : 93% des psychothérapies se sont terminées avant la 40^{ème} séance.

4.4.3.2 La question de la stabilité du code diagnostic

Pour présenter une première analyse des codes diagnostics, nous avons étudié la stabilité du diagnostic proposé, c'est-à-dire si le diagnostic final – ou actuel pour les traitements en cours – est le même que celui annoncé avant la 10^{ème} séance.

Tableau 37 : stabilité du diagnostic après au moins 20 séances (MED)

Patients ayant suivi au moins 20 séances		
	Nb	% cit.
Non réponse	123	12,3%
autre	418	41,7%
idem	461	46,0%
Total	1002	100,0%



On constate une évolution du code diagnostic après 20 séances minimum dans 4 cas sur 10⁴³. Après 40 séances, la part de psychothérapies dont le diagnostic a changé est sensiblement la même (45%)

La plupart des non réponse (>10%) sont liées au fait que le champ « diagnostic actuel » n'était pas rempli. On peut raisonnablement penser que dans la majorité de ces cas, le diagnostic n'a pas évolué.

4.4.3.3 La question de la relation diagnostic / durée du traitement

La relation entre diagnostic et durée peut s'étudier par le croisement des informations transmises dans le formulaire d'annonce. Nous avons comparé les principaux diagnostics initiaux déclarés avec le nombre de séances prévues (plus ou moins que 30 supplémentaires). Il faut rester prudent sur les limites sous-tendant les conclusions à tirer de cette relation. Elle indique seulement que certains troubles sont plus fréquemment jugés aptes à être traités en moins de 30 séances.

⁴³ Cette modalité comprend également les cas où le diagnostic initial mentionnait plusieurs codes éventuels qui ont été abandonnés ensuite en cours de traitement.

Tableau 38 : Nombre de séances annoncées des diagnostics les plus fréquents (MED)

Nombre de séances annoncées au MC					
Diagnostic initial (recodé)					
	<= 30	>30	Total		
F43.2	182	208	390	46,7%	53,3%
F32.1	113	167	280	40,4%	59,6%
F33.1	42	111	153	27,5%	72,5%
F41.2	23	67	90	25,6%	74,4%
F32.2	26	62	88	29,5%	70,5%
F32.0	46	42	88	52,3%	47,7%
F32.9	27	57	84	32,1%	67,9%
F60.3	12	66	78	15,4%	84,6%
F41.0	31	46	77	40,3%	59,7%
F41.1	24	48	72	33,3%	66,7%
F43.1	23	32	55	41,8%	58,2%
F41.9	18	37	55	32,7%	67,3%
autre	10	32	42	23,8%	76,2%
F60.6	8	34	42	19,0%	81,0%
F33.2	11	30	41	26,8%	73,2%
F40.1	18	23	41	43,9%	56,1%
F60.7	8	30	38	21,1%	78,9%
F40.0	18	20	38	47,4%	52,6%
F34.1	16	22	38	42,1%	57,9%
F60.8	6	29	35	17,1%	82,9%
Total	662	1163	1825	36,3%	63,7%

La plupart des diagnostics n'entraînent pas une appréciation particulière de la durée envisagée (pas de différence significative avec la moyenne). Cependant, les troubles de l'adaptation (F43.2) et épisode dépressif léger (F32.0) se distinguent par une surreprésentation des déclarations « moins de 30 séances ». D'autres troubles sont au contraire évalués comme nécessitant une thérapie longue : personnalité émotionnellement labile (F60.3), personnalité anxieuse (F60.6) et autres troubles spécifiques de la personnalité (F60.8).

4.4.3.4 La question du suivi

Sur l'ensemble de l'échantillon et pour des traitements terminés, nous avons également étudié les éventuels suivis proposés après la conclusion d'une thérapie. Le glissement déjà évoqué entre TPPI et psychothérapie apparaît, bien qu'il ne concerne que 4% des traitements déclarés terminés⁴⁴. 10% des patients ayant terminé une psychothérapie sont encore suivi par un médecin.

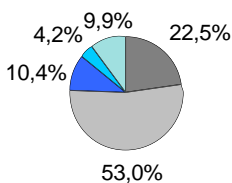
Parmi les autres modalités, le passage à une structure stationnaire demeure rare (2%, parmi « autre ») et concerne des problématiques particulières (dépendance principalement).

⁴⁴ Ce nombre est sous-évalué, car de nombreux cas (n= 31) de suivi par un TPPI ont été considérés comme encore en cours de traitement et n'apparaissent pas dans ce tableau.

Enfin, 78% des psychothérapies se concluent sans suivi annoncé, les 22.5% de non-réponses étant également interprétées comme absence de suivi.

Tableau 39 : suivi proposé pour les psychothérapies terminées (MED)

Cas terminés		
Taux de réponse : 77,5%		
	Nb	% cit.
Non réponse	102	22,5%
Pas de suivi	240	53,0%
Suivi par un médecin	47	10,4%
TPPI	19	4,2%
Autre	45	9,9%
Total	453	100,0%



4.4.4 En synthèse

Le panorama proposé dans notre étude montre un profil des patients de psychothérapie à 2/3 composé de femmes et touchant toutes les classes d'âges – avec évidemment des problématiques plus ou moins spécifiques. L'occurrence des troubles de l'adaptation et des troubles dépressifs est importante. Ce panorama amène plusieurs commentaires sur le déroulement des psychothérapies.

⇒ **Le statut du code diagnostic, une donnée à considérer comme peu stable et peu indicative**

Outre le problème de négociation autour de sa définition, le caractère du code diagnostic est peu stable dans le temps. Dans plus de 40% des cas, le diagnostic évolue au cours du traitement, ce qui n'est pas sans conséquence sur le processus fixant les modalités de remboursement. De plus, bien qu'il soit sensé décrire la situation du patient, on ne peut relever aucun lien entre le diagnostic et la durée indicative du traitement.

⇒ **Faible congruence entre la demande initiale et le nombre de séances réellement effectuées**

Comme le montre les avis reportés lors des entretiens, les contraintes liées au formulaire d'annonce engendre une forte réaction de prudence. La majorité des cas annoncés à plus de 40 séances seront terminées avant ce seuil. La pertinence du formulaire est ainsi minime.

⇒ **Pas de données définitives sur la durée des processus thérapeutiques**

Nous ne disposons cependant pas de suffisamment de recul temporel pour étudier finement les variables influant sur les durées de traitements psychothérapeutiques, en considérant une fréquence de séances globalement de moins d'une par semaine.

Notons que ce panorama gagnerait à être confronté à des données issues d'autres sources, ce qui dépasse le cadre de ce présent mandat. A terme, une comparaison devrait être possible avec les données issues de travaux en cours au sein de l'OBSAN.

4.5 PRINCIPAUX RESULTATS DE L'EVALUATION

Ce bilan reprend les principaux points exposés plus avant en y ajoutant des éléments qualitatifs et d'interprétation. Il est structuré en fonction des deux principaux volets de l'évaluation, portant sur la mise en œuvre et les premiers effets de la révision de l'OPAS.

4.5.1 Sur le plan de la mise en œuvre et de l'exécution de l'ordonnance

Nous avons pu observer que les procédures introduites au 1 janvier 2007 ont bénéficié en amont de leur entrée en vigueur d'une importante publicité, permettant aux acteurs clés – médecins traitants concernés, médecins-conseil et caisses-maladie – de basculer sans difficulté notable dans le nouveau système, malgré un climat de franche hostilité envers celles-ci. Un important travail de préparation a été mené autant du côté de sociétés professionnelles médicales que de la société suisse des médecins-conseil, permettant au système prévu de devenir opérationnel dès l'entrée en vigueur effective des procédures.

Plusieurs de nos interlocuteurs, et nous nous joignons à eux, soulignent par ailleurs la grande compliance dont on fait preuve les médecins traitants et les médecins-conseil....

Nous relevons cependant les difficultés suivantes.

TPPI et psychothérapie

Le premier élément à mettre en avant étant certainement la délimitation entre ce qui doit être déclaré et ce qui ne doit pas l'être : la différence entre une psychothérapie au sens de l'OPAS et un TPPI apparaît, après 18 mois de mise en œuvre, comme étant insuffisamment délimitée et explicite pour les médecins traitants et les médecins-conseil.

Au-delà de la question du périmètre de l'OPAS, se pose également la question de savoir si une délimitation stricte est envisageable et adéquate : il semble aujourd'hui, au vu des réponses obtenues, que la définition de la psychothérapie telle que contenue dans la révision aura permis de mieux cerner les contours et les différences entre une TPPI et une psychothérapie, sans toutefois pouvoir offrir une délimitation univoque entre celles-ci.

Sans entrer dans un discours médical qui n'est pas de notre ressort mais en nous appuyant sur les données à disposition, le panorama des processus thérapeutiques présentés plus avant met par exemple en évidence une forte instabilité du code diagnostic au cours du processus. Ce qui, à notre sens, constitue une illustration de l'évolution des relations et des contenus dans le cadre du triangle patient/pathologie/médecin, évolution qui peut produire une certaine perméabilité entre un TPPI et une psychothérapie.

Nous ne sommes toutefois pas outillés pour proposer une réponse claire à cette question, et souhaitons renvoyer l'examen de cette délimitation aux professionnels concernés. Tout au plus pouvons-nous affirmer ici que le fondement même de la révision, qui se base sur cette différence entre une TPPI et une psychothérapie, apparaît comme fragile et à réexaminer.

Das Hauptproblem liegt darin, dass das BAG nicht definiert hat, was eine IPB ist. Es ist nicht klar, wer dies definieren soll: der Leistungs- oder der Kostenträger? Darum hat auch seitens der Fachgesellschaften den Modus Vivendi gefunden, dass Therapien, deren Schwerpunkt bei der PT liegt, gemeldet werden müssen. Diese Gewichtung nimmt der Leistungserbringer vor und die Versicherungen stützen sich darauf ab. (médecin-conseil)

Le formulaire d'annonce

Le second élément à relever dans ces conclusions porte sur le formulaire d'annonce en tant qu'outil-clé de la procédure de contrôle du bien-fondé du remboursement de la psychothérapie au sens de la LAMal.

Il apparaît au terme de cette évaluation que le formulaire d'annonce tel que construit aujourd'hui ne peut remplir ce rôle : sa valeur informative est considérée comme largement insuffisante, tant par leurs destinataires – les médecins-conseil – que par leurs émetteurs – les médecins traitants, pour émettre un jugement fondé et légitime sur le processus thérapeutique :

- L'appréciation de la pertinence du contrôle – cas OPAS ou TPPI – est rendu difficile par la délimitation peu précise entre une psychothérapie et un TPPI.
- Le contrôle de l'adéquation du traitement au diagnostic est rendu quasiment impossible au regard des informations disponibles, particulièrement quand on examine les conditions de production du diagnostic qui font l'objet d'une série de contraintes dont notamment la mise en jeu de la relation thérapeutique patient/médecin et, en conséquence, sur la nécessaire préservation des ressources du patient.
- Les contrôles sous l'angle de l'économicité et de l'efficacité au sens de l'article 32 LAMAL au travers du formulaire d'annonce ne sont pas possibles, étant donné les caractéristiques spécifiques d'un traitement psychothérapeutique (multidimensionnel et relationnel), difficilement comparable au traitement d'une problématique somatique. Un jugement sous l'angle de l'économicité et de l'efficacité devrait également dépendre d'un référentiel affirmé, dont la construction est éminemment complexe en matière de psychothérapie⁴⁵.
- Seul demeure possible un contrôle global de la conformité, permettant, dans une mesure estimée qualitativement par les médecins-conseil à un peu plus d'un cas sur 200, de refuser une prise en charge de la psychothérapie dans le cadre LAMal, pour d'évidents motifs. Contrôle de conformité dont on doit se poser la question de son adéquation coûts-bénéfice, au vu des 15'000 heures de travail engendrés.

Vient se surajouter à cet unique point de contrôle la question de son traitement par des médecins-conseil non psychiatres, qui pour la plupart se considèrent comme insuffisamment outillés pour se permettre de contredire la proposition de leur confrère.

Passage obligé dans le cadre de la nouvelle procédure, la signature par le patient ou son représentant légal du formulaire d'annonce, et donc l'énoncé médical de sa pathologie, pose également un certain nombre d'interrogations. Nous avons relevé qu'une majorité de médecins traitants estime d'une part que la formulation du diagnostic et d'un traitement en relation en 6^{ème} séance est un exercice difficile, voire même biaisé, de plus perçu comme contraignant sur la relation thérapeutique.

Les données dont nous disposons montrent également une faible corrélation entre le code diagnostic énoncé et la durée demandée de traitement.

Enfin, et sur un point particulier, nos études relèvent que le délai légal de réponse au formulaire n'est pas toujours respecté, sans que toutefois ceci soit considéré comme péjorant le processus thérapeutique.

Cette étape de la procédure mérite donc un réexamen approfondi sur sa pertinence.

⁴⁵ Voir Zimmermann G., de Roten Y & J.-N. Desplands, *Efficacité, économicité et caractère approprié de la psychothérapie : état de la question*, Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 2008, 159 : 119-126.

Der Grossteil der Therapien dauert nicht Jahrzehnte. Darum stellt sich die Frage, ob ein solches Meldeformular sinnvoll ist. (médecin-conseil)

Le rapport en 40ème séance

L'avancement de la temporalité du dépôt du rapport de la 60^{ème} séance à la 40^{ème} ne rencontre pas d'opposition notable. Il semble en effet que la majorité des processus psychothérapeutiques se termine en moins de 40 séances, justifiant ainsi un avancement du contrôle de leur remboursement.

Nous relevons cependant que les médecins-conseils psychiatres s'accordent à dire que la mise en place d'une forme de standardisation du rapport au travers des recommandations de l'OFSP a eu pour conséquence de diminuer la compréhension qu'ils peuvent développer des processus en cours : leur capacité de jugement sur la pertinence de la poursuite de la thérapie et sur l'adéquation approche/pathologie est ainsi, dans leurs perceptions, péjoré par rapport au système antérieur.

Enfin, l'existence de différentes formes de réponse des médecins-conseil posent un certain nombre de questions sur les suites possibles des traitements : nous avons déjà évoqué le cas d'une caisse n'admettant en 2007 que 30 séances supplémentaires, alors que l'OPAS demande au minimum un rapport annuel. Nous avons également relevé que plusieurs médecins-conseil se fondent dans leurs réponses sur les critères existant en amont de la révision actuelle, soit deux séances par semaine au maximum lors de la seconde année de traitement. La réponse est ainsi souvent normative et ne se fonde pas sur l'adéquation du traitement au cas. Plusieurs de nos interlocuteurs médecins traitants estiment ainsi que les réponses des médecins-conseil sont excessivement stéréotypées.

Un réexamen des contenus du rapport, autant sur la forme que sur le fond, semble aujourd'hui à recommander.

4.5.2 Sur le plan des effets immédiats suite à l'entrée en vigueur de l'ordonnance

Un des volets de cette évaluation concerne les effets immédiats de l'entrée en vigueur de l'ordonnance. Nous avons retenu l'option de présenter ci-dessous quelques points clés.

Les effets sur l'accès aux psychothérapies

Considéré comme un des plus grands dangers de la révision par ses opposants, l'accès aux psychothérapies s'est-il modifié ? Il est très difficile de pouvoir répondre de manière chiffrée à cette question. Toutefois, nos entretiens auprès de psychiatres ont mis en évidence que la plupart admettent que certains de leurs patients ont refusé une prise en charge LAMal du remboursement de leur psychothérapie par crainte de diffusion d'informations personnelles les concernant, préférant assumer eux-mêmes le coût de leur psychothérapie, voir, dans de plus rares cas, renoncer à une psychothérapie

Ich kenne Fälle, wo Eltern die Behandlung der Kinder abgebrochen haben, weil sie nicht wollen, dass ihre Kinder offiziell als krank abgestempelt werden. (psychiatre)

En termes d'extension de l'accès à la psychothérapie, nous n'avons aucune indication permettant de dire que les conditions d'accès se sont améliorées.

Ces affirmations mettent en évidence le fait que la révision de l'OPAS peut introduire, pour une clientèle qui peut l'assumer financièrement, une meilleure protection *a priori* de leurs données personnelles vis-à-vis de leurs caisses-maladie.

Enfin, la perception initiale et largement évoquée du formulaire d'annonce comme instrument de limitation de l'accès aux psychothérapies est, comme nous l'avons déjà vu, non adéquate : plus de 99% des recommandations des médecins traitants incluses dans les formulaires d'annonces sont acceptées par les médecins-conseil, illustrant la très faible incidence de cet instrument comme moyen de contrôle.

Les effets réflexifs

Un des effets attendus de la révision est de favoriser une réflexion précoce du médecin traitant sur l'adéquation patient/pathologie/approche, visant ainsi une amélioration de la qualité de la prise en charge et une plus grande efficacité des psychothérapies.

Les réponses obtenues auprès des médecins traitants sur cette question sont sans équivoque : plus de 82% estiment que cet effet attendu est illusoire et déplacé, dans la mesure où cette réflexion démarre dès la 1^{ère} séance et se poursuit sur l'ensemble du processus psychothérapeutique, car constitutive de cette modalité de traitement médical. Globalement, 90% affirment que cette révision n'a aucune incidence sur le développement de la qualité des psychothérapies, remettant ainsi en cause un des buts de la révision.

Les effets de déplacement et les incidences sur les modalités de prises en charge

Une des craintes émises à l'égard de la révision était le potentiel de déplacement que celle-ci recelait, du relationnel aux TPPI, voire de l'ambulatoire au stationnaire.

Les médecins traitants interrogés dans le cadre du questionnaire sont très partagés sur un éventuel transfert de la psychothérapie sur un TPPI, et affirment majoritairement que la révision n'a pas induit un déplacement vers le secteur stationnaire. D'éventuels effets négatifs sur le développement des thérapies familiales rassemble toutefois une petite majorité des répondants.

Les effets de l'extension du contrôle

Un des premiers effets dénoncés par les médecins traitants est la modification des rôles qu'entraîne la révision : le médecin, juridiquement, ne peut décider seul du traitement le plus indiqué sans en référer à un médecin-conseil. Cette intervention précoce d'un tiers en 6^{ème} séance, de plus perçue comme non efficiente et inutile, constitue certainement la partie la plus intensément remise en question dans cette révision.

Nous avons également souhaité obtenir les perceptions des médecins traitants quant à la plus-value de cette révision à l'égard des exigences de l'article 32 LAMal (efficacité, adéquation et économicité du traitement) : sur 404 répondants, 85% considèrent que la révision ne permet pas au domaine de la psychothérapie de mieux répondre à ces exigences : les modalités prévues, et particulièrement le formulaire d'annonce, apparaissent comme étant fortement déconnectés des exigences découlant de cet article.

Les effets économiques des nouvelles procédures

Les charges induites par la révision de l'OPAS ne sont pas négligeables : notre estimation, bien que prudente, montre que plus de 10'000 heures sont consacrées uniquement au contrôle des formulaires d'annonce par les caisses-maladies. Cette estimation doit être mise en regard avec l'estimation de non entrée en matière sur la demande du médecin traitant (1 refus sur 200 demandes). Soit, pour 20 à 22'000 formulaires d'annonce émis par an, un équivalent de 100 heures de travail par les médecins-conseil et les caisses-maladie pour un refus de remboursement. Ce ratio, bien qu'estimé, rejoint les avis des responsables de caisses-maladie rencontrés, qui évoquent tous une surcharge administrative jugée comme non pertinente.

Si une estimation des coûts induits globalement est très difficile, une des caisses-maladie rencontrée nous a toutefois énoncé une hausse de 4% des charges administratives induite uniquement par cette révision, sans tenir compte des frais pris en charge par la LAMal pour l'établissement des formulaires d'annonces et des rapports.

De notre point de vue, nous considérons que le coût du contrôle dépasse nettement les économies réalisées : cette révision a des effets négatifs du strict point de vue économique.

Les effets dans le système d'acteurs

La mise en œuvre de la révision, mais également son élaboration, a cristallisé un ensemble de champs de tension entre les acteurs, induisant une méfiance réciproque considérée comme préjudiciable, en particulier entre l'OFSP et les principales associations de patients et de médecins. La mise en œuvre du processus d'évaluation, considéré comme plus partenariale que le processus d'élaboration des contenus de la révision, aura permis d'apaiser, dans une certaine mesure, cette méfiance.

Les psychiatres considèrent en effet que cette révision constitue une attaque frontale non justifiée, induisant des différences de traitement entre les différentes spécialités.

Die allgemeine Verärgerung hat auch den Grund, dass andere Fachärzte nie in dieser Weise kontrolliert werden wie wir Psychiater und das ist nicht nachvollziehbar. Wir sind ja immer noch am kostengünstigsten und verdienen am wenigsten, obwohl sich die Spanne angenähert hat. (psychiatre)

Solche Bestimmungen sind wertlos und diskriminierend gegenüber den psychisch kranken Menschen. Es ist ein Zeichen der Ignoranz von Behörden, Beamten und Versicherern, welche über die häufige Chronizität psychischer Leiden nichts wissen oder nichts wissen wollen. Es ist auch ein Zeichen schweren Misstrauens gegenüber den psychotherapeutisch tätigen ArztInnen. (psychiatre répondant au questionnaire)

Les nouvelles modalités contribuent à "stigmatiser" la psychiatrie dans son ensemble - et donc les patients psychiatriques. (psychiatre répondant au questionnaire)

Un des effets les plus marquants, du point de vue des jeux d'acteurs, est très bien résumé dans la citation suivante.

Un élément positif est que ces mesures commencent à énerver suffisamment de monde pour qu'un mouvement fort de mobilisation identitaire chez les médecins psychothérapeutes puisse voir le jour et défendre la profession (psychiatre répondant au questionnaire)

Nous relevons également que les caisses-maladie se tiennent à distance de la révision, partageant un but de mieux contrôler la pertinence des traitements psychothérapeutiques sans toutefois défendre la procédure introduite par la révision de l'OPAS, procédure perçue comme administrative et peu porteuse de sens.

Mit der alten Verordnung hatte man ein handfestes Instrument, um zu lange Therapien zu stoppen. Dieses Instrument, um die Menge der Leistungen im Griff zu behalten, ist mit der neuen KLV weg. Das ist ein Verlust für die Krankenkassen! (direction d'une caisse-maladie)

4.5.3 Au final

Das KLV Formular sofort wieder abschaffen. Nach 40 Stunden kann man von mir aus einen Bericht machen, aber nach 8 Stunden, das ist ein Witz. Wenn man das aber machen will, dann soll das ein ausgebildeter Psychiater beurteilen, und nicht ein Allgemeinpraktiker, der mit den Krankenkassen verbunden ist. (pédo-psychiatre)

La révision de l'OPAS s'est construite sur une volonté d'améliorer l'efficience et la qualité des processus psychothérapeutiques en contraignant le médecin concerné à l'énoncé d'un diagnostic et des modalités de la thérapie en 6^{ème} séance, à les partager avec son patient qui contresigne le formulaire prévu à cet effet, avant d'attendre la décision du médecin-conseil et de la caisse maladie.

Nous avons vu au cours de la présentation des résultats de cette évaluation que cette phase pose un certain nombre de problèmes au médecin, dont un des principaux est la confrontation de son patient avec son diagnostic, avec en corollaire la nécessité d'adopter, pour le médecin, une position intermédiaire entre l'état des connaissances en pathologies psychiques et une posture stratégique visant à préserver les ressources du patient quand celui-ci entend « son » diagnostic.

Le fondement même de la révision – l'anticipation du contrôle de l'adéquation entre le diagnostic et le traitement proposé – se révèle ainsi comme insuffisamment stable pour fonder une décision légitime. A ceci vient s'ajouter la difficile position du médecin-conseil, contraint de proposer une décision sur la base d'un formulaire d'annonce perçu comme lacunaire dans sa valeur informative. Le refus d'accorder 30 séances supplémentaires devient presque impossible, sauf rares exceptions évidentes : son rôle se réduisant à un simple contrôle de cohérence globale, très éloigné des exigences des principes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité de l'article 32 de la LAMal.

Le rapport, transposé de la 60^{ème} à la 40^{ème} séance, pose beaucoup moins de difficulté aux médecins traitant, car considéré comme justifié. C'est également la perception dominante des médecins-conseils, même si certains estiment, et cela semble fondé, que sa conception pourrait utilement être revue.

La question de fond, à laquelle s'attachent les recommandations du chapitre suivant, est de proposer un système qui puisse garantir un degré de contrôle en adéquation avec les exigences de l'article 32 LAMal, sans entraîner une bureaucratie inutile, tout en favorisant le développement constant de la qualité des processus psychothérapeutiques.

5 CONCLUSIONS FINALES ET RECOMMANDATIONS

5.1 CONCLUSIONS

Le principe de solidarité demande bien sûr un contrôle à quoi sert l'argent commun. Mais ceci doit être fait avec un système adéquat respectant les compétences de celui qui est évalué et le secret médical.

Le rapport de la 10ème séance devrait être abandonné. Il est à mon avis superflu. Ne devraient être maintenus que le rapport annuel à la 40ème séance, puis les rapports suivants. Il me paraît indispensable que l'art.3 de l'OPAS soit corrigé en vue de préciser que la validité de l'indication et des moyens utilisés reste du domaine du psychothérapeute, le rôle de l'assureur se limitant à vérifier que les critères de l'art. 32 LAMal sont respectés. En cas de décision négative, la décision de l'assureur doit être justifiée de manière précise, montrer en quoi dans la situation particulière du patient, l'indication et les moyens utilisés sortent du cadre de la LAMal, et indiquer les voies de recours possibles. (psychiatre répondant au questionnaire)

Nous observons en premier lieu que l'objet même de la révision de l'OPAS nécessite une plus grande précision dans sa définition, en particulier dans la différenciation entre une psychothérapie et un traitement psychiatrique psychothérapeutique intégré. Nous sommes parfaitement conscients de la difficulté d'énoncer cette différenciation, mais elle apparaît clairement comme nécessaire pour asseoir la légitimité d'une réglementation juridique propre à la psychothérapie.

En second lieu, nous proposons d'abandonner le principe de la déclaration obligatoire d'une psychothérapie en 6^{ème} séance.

Au-delà de son absence de justification économique (le coût du dispositif de contrôle excédant largement les économies réalisées), sa formulation actuelle ne permet pas une prise de décision légitime et fondée par le médecin-conseil. Cet instrument dans sa forme actuelle est inadapté à la fonction qu'il est censé assumer.

L'hypothèse de son extension, c'est-à-dire de l'augmentation de sa densité informative, ne peut être considérée : ceci produirait d'une part un gonflement du dispositif de contrôle sans réelle plus value, d'autre part elle pourrait aggraver fortement les conditions d'accès aux psychothérapies, particulièrement pour les patients qui ne pourraient assumer personnellement la prise en charge du coût des psychothérapies.

Troisième point, nous proposons une adaptation des contenus du rapport et son maintien en 40^{ème} séance.

Le rapport, dans sa temporalité actuelle, apparaît comme judicieux : il garantit un regard externe au terme d'un volume de séances considéré comme suffisant par les acteurs concernés, médecins traitants et médecins-conseil. Si nos données sur les processus thérapeutiques ne permettent pas de définir précisément le pourcentage de processus qui se terminent en amont de la 40^{ème} séance, nous estimons, avec nos interlocuteurs, qu'environ un tiers de ces processus dépassent cette limite. Un contrôle de l'usage du principe de solidarité de la LAMal est ici pertinent.

Rappelons que ce contrôle, par une simple demande de rapport par le médecin-conseil, est possible en tout temps. Ce dispositif et le maintien d'un rapport obligatoire en 40^{ème} séance apparaissent comme suffisants, sans alourdir inutilement et excessivement le poids administratif du contrôle du bien fondé du remboursement au titre de la LAMal.

Quatrième point, nous proposons le développement d'un appareillage de recherche sur les processus psychothérapeutiques.

Bien que les recherches de l'OBSAN⁴⁶ montrent une prévalence importante des maladies psychiques en Suisse, nous ne disposons pas de politique publique affirmée en matière de santé mentale. Une telle politique se construit sur des données fiables et diachroniques, aujourd'hui non disponibles ou parcellaires.

Le développement d'un monitoring des processus psychothérapeutiques pourrait ainsi non seulement répondre à des questions de recherche, prélude à des ajustements de dépenses publiques en prévention, mais également constituer une source de données importantes en vue du développement en continu de la qualité des psychothérapies. Nous proposons à cet effet l'introduction d'un rapport de fin de traitement.

Cinquième point, nos propositions de recommandations sont établies sur un constat : il existe aujourd'hui un besoin de restaurer une base de confiance suffisante entre les acteurs clés impliqués dans le domaine de la psychothérapie. La révision de l'OPAS, menée dans des conditions trop rapides, a cristallisé les positionnements et ne favorise aujourd'hui pas l'émergence d'un discours commun et partagé autour de pratiques médicales dont la légitimité scientifique n'est plus à prouver⁴⁷, mais qui, peut-être plus qu'une autre, souffre d'une déficience d'image.

Nous espérons au final que la future révision de l'OPAS, le cas échéant, puisse permettre de retrouver un degré de confiance suffisant tout en garantissant un usage adéquat des prestations remboursées au titre de la LAMal.

Les recommandations qui suivent proposent des ajustements importants du système de contrôle de la psychothérapie au titre de l'article 32 LAMal.

5.2 RECOMMANDATIONS

5.2.1 Préciser le champ d'application de l'OPAS

- ⇒ **Recommandation 1** : différencier, dans la mesure du possible, une psychothérapie relationnelle d'un traitement psychiatrique psychothérapeutique intégré
- Mise sur pied rapide d'un groupe de travail interne à la FMPP en vue de l'élaboration de la différenciation et de ses limites.
 - En partenariat avec l'OFSP et santésuisse, élaboration de procédures ad hoc (passerelles) PT/TPPI et TPPI/PT dans les modalités de remboursement au titre de la LAMal.

⁴⁶ Voir notamment OBSAN, *Document de travail 2 : Etat des lieux et données concernant l'épidémiologie psychiatrique en Suisse*, Neuchâtel, décembre 2003.

⁴⁷ Voir les travaux du Prof. J.-N. Desplands notamment, ou encore l'argumentaire préparé

5.2.2 Simplifier les procédures

- ⇒ **Recommandation 2** : supprimer la déclaration obligatoire en amont de la 10^{ème} séance
- Révision de l'OPAS au sein de l'OFSP, en concertation et en partenariat avec santésuisse, la FMPP et ses composantes, et la Société suisse des médecins-conseil (en accord avec les travaux issus des différentes recommandations).

5.2.3 Garantir un contrôle au sens de la LAMal

- ⇒ **Recommandation 3** : maintenir une obligation de rapport en 40^{ème} séance pour les psychothérapies soumises à l'OPAS
- ⇒ **Recommandation 4** : revoir le contenu du rapport en 40^{ème} séance
- Elaborer et diffuser un modèle-type de rapport dans un groupe de travail ad hoc : psychiatres, pédopsychiatres, médecins déléguant, médecins avec droits acquis, médecins-conseil.

5.2.4 Accroître les connaissances

- ⇒ **Recommandation 5** : introduire un rapport de fin de traitement dans une visée scientifique, renforcer l'identification et la mise en évidence des bonnes pratiques en matière de psychothérapies
- Introduire, dans la révision de l'OPAS ou sur une base volontaire, un rapport de fin de traitement dont les contours sont définis au sein de la FMPP et d'un groupe d'experts ad hoc⁴⁸.
 - Développement d'une base de données ad hoc gérée par la FMPP.
 - Développement d'un « Guide des bonnes pratiques », production et diffusion de connaissances en matière de traitements psychothérapeutiques et en matière de santé mentale.

⁴⁸ Il n'existe pas en Suisse de « guide des bonnes pratiques », à l'instar de ce qui a été développé par le British Psychological Society Center for Outcomes Research and Effectiveness, comme le relève J.N. Desplands (2008 – cité précédemment). Cet auteur propose un système en trois volets : « evidence-based », abondante en la matière, l'expérience pratique des thérapeutes (« practice-based ») et les valeurs du thérapeute et de son patient (« value-based »).

ANNEXES

Liste des personnes interrogées

Nom	Fonction
Phase 1: acteurs clés	
Prof. Dr. phil. Hugo Grünwald	Psychologe und Psychotherapeut, Vertreter des Berufsverbandes für angewandte Psychologie SBAP und der Föderation Schweizer Psychologen FSP
Dr. med. Markus Binswanger	Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Littenheid
Jürg Gassmann	Rechtsanwalt, Generalsekretär "Pro Mente Sana"
Thomas Merki	Psychologe und Psychotherapeut, Präsident des Schweizerischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Verband SPV
Dr. med. Pierre Loeb	Allgemeinpraktiker, Präsident der Akademie psychosomatische und psychosoziale Medizin APPM
Dr. med. Heinz Burger	Vertrauensarzt (Vollzeit) der KPT, Vertreter der Gesellschaft der Vertrauensärzte (SGV/SSMC)
Dr. med. Reto Guetg	Vertrauensarzt (Teilzeit) von santésuisse und Internist; Mitglied der Eidg. Leistungskommission ELK
Dr. med. Hans Kurt	Psychiater in eigener Praxis, Solothurn, Präsident des Dachverbands FMPP (Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum) und der Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP/SSPP)
Dr. méd. Pierre Vallon	Psychiatre en pratique privée et membre du comité de la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (SSPP/SGPP) et de la commission des assurances de la SSPP
Dr. Félix Gurtner	Chef suppléant de la section prestations médicales et responsable du suivi de la révision de l'OPAS, OFSP
Dr. méd. Monique Gauthey	Pédopsychiatre en pratique privée et co-présidente de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie poue enfants et adolescents
Phase 2: médecin-conseil	
Dr. med. Kurt Urfer	Vertrauensarzt, Concordia
Dr. med. Robert Fries	Vertrauensarzt, Helsana
Dr. med. Urs Fromm	Verantwortlicher Qualitätsmanagement des Vertrauensärztlichen Dienstes, Helsana
Dr. med. Heinz Herzer	Vertrauensarzt, Helsana St. Gallen
Dr. med. Urs Märki	Leiter Vertrauensärztlicher Dienst, CSS Gruppe
Dr. med. Stephan Trier	Verantwortlicher Psychiatrie beim VA
Dr. méd. Jean-Marc Perron	Médecin-conseil, Groupe Mutuel
Dr. méd. Paul Sebo	Médecin-conseil, Assura

Dr. méd. Thomas Pfister	Médecin-conseil, Intras
Phase 3 : médecins traitants et représentants de caisses-maladie	
Dr. med. Ulrike Bütler-Kattwinkel	Präsidentin der Vereinigung für Psychiater, Luzern
Dr. med. Markus Seitz	Psychiater und Psychotherapeut
Dr. med. Regula Weder Ludin	Delegierte der St. Galler Gruppe für Kinder und Jugendpsychiatrie
Dr. med. Andreas Quarella	Kantonalpräsident der St. Galler Psychiater
Dr. med. Ulrich Tanner	Leiter Tarife und Leistungssteuerung, Concordia Versicherung
Walter Fries	Fachführer Krankenpflege, Concordia
Dr.oec. Reto Dahinden	Mitglied der Geschäftsleitung, CSS Gruppe
Jürg Dubs	Juristischer Berater des eidgenössischen Datenschutzes und Öffentlichkeitsbeauftragter EDÖB
Jürg Gassmann	Rechtsanwalt, Generalsekretär "Pro Mente Sana"
Dr. méd. Louise Jacot-Descombes	Présidente de l'Association des psychiatres genevois, Genève
Dr. méd. Aurelio Mastropaolo	Psychiatre et psychothérapeute, Vaud
Dr. méd. Judith Straub	Psychiatre et psychothérapeute, Genève
M. Merkli et Daniel Garcia	Centre de prestations Intras

Evaluation des modalités de remboursement des psychothérapies

Merci de remplir ce questionnaire avant le mardi 3 juin 2008

et de nous retourner le questionnaire rempli à l'adresse suivante:

**confidentiel
Yann Boggio
evaluanda
Hugo-de-Senger 3
1205 Genève**

Votre profil

Veuillez insérer votre code d'identification (inscrit sur le courrier que vous avez reçu)

Vous êtes...

Psychiatre Pédopsychiatre Médecin avec droits acquis Médecin déléguant Aucun de ces cas

Quel est votre principal lieu de travail?

En cabinet privé Dans une institution publique

Dans quel canton pratiquez-vous?

Quelle est la proportion globale de la psychothérapie (en dehors de la TPP) dans votre temps de travail?

0% Moins de 20% De 20 à 40% De 40 à 60% De 60 à 80% Plus de 80%

Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?

Moins de 40 ans De 40 à 49 ans De 50 à 59 ans De 60 à 69 ans 70 ans ou plus

Etes-vous...

Un homme Une femme

Quelle a été votre principale source d'informations sur la modification des modalités de remboursement des psychothérapies entrée en vigueur au 1er janvier 2007?

Par votre association professionnelle Par une publication médicale Par vos collègues Par l'OFSP Autres

Utilisez-vous Infoline?

J'y dépose des messages J'y consulte des messages et leur réponse Je n'en ai pas besoin Je ne connais pas

Le formulaire d'annonce

Parmi les changements introduits figure une obligation de déclaration du médecin traitant auprès du médecin-conseil de la caisse maladie si plus de 10 séances de psychothérapies sont considérées comme nécessaires au traitement du patient.

Combien de formulaire d'annonce (environ) avez-vous rempli depuis l'entrée en vigueur de la révision?

Concernant les formulaires d'annonce, comment vous situez-vous par rapport aux affirmations suivantes ?

	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Ne sait pas
1. Ma première réaction sur les modifications des modalités de remboursement a été positive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mon niveau d'information sur les nouvelles modalités de remboursement a été suffisant dès janvier 2007	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La définition des cas soumis au formulaire d'annonce est selon moi précise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La différence entre une psychothérapie et un TPI est claire pour moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le formulaire d'annonce est un instrument que j'utilise facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Poser un diagnostic en 6ème séance est une difficulté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Poser une approche thérapeutique en 6ème séance est une difficulté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. L'obligation de déclaration me contraint à préciser l'orientation thérapeutique à un moment opportun (6ème séance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Proposer un nombre de séances (supérieure ou inférieure à 30) est une difficulté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. La valeur de la position TARMED 00.2205 (31.97 pts) pour remplir le formulaire d'annonce est adéquate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Faire signer par mon patient (ou son parent) le formulaire d'annonce a des conséquences positives sur la relation thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. L'obligation de partager le diagnostic avec mon patient (ou son parent) en 6ème séance est un élément positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mes patients (ou leurs parents) réagissent bien quand je leur demande de signer le formulaire d'annonce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Le formulaire d'annonce permet au médecin-conseil de prendre une décision fondée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. J'ai confiance dans la protection des données offerte par les médecins-conseils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. J'ai confiance dans la protection des données offerte par les caisses maladie de mes patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. La réponse de la caisse maladie me parvient dans les délais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les demandes complémentaires au formulaire d'annonce

Avez-vous eu des demandes de compléments de la part de médecins-conseils suite à la transmission d'un formulaire d'annonce?

Oui Non

Si oui, dans quelle proportion?

Moins de 1% Moins de 5% Moins de 10% Autre

Si 'autre', précisez :

Le cas échéant, quels types de demandes?

Ces demandes de compléments sont émises plutôt par...

Certaines caisses en particulier La plupart des caisses

Le rapport

Les nouvelles dispositions de l'OPAS inscrivent également la nécessité d'un rapport pour le remboursement au delà de 40 séances. Le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil et une proposition motivée pour la poursuite de la thérapie.

Avez-vous déjà rempli des rapports de ce type?

Oui Non

Si vous n'avez pas encore transmis de rapport de ce type, vous pouvez poursuivre le questionnaire directement à la page 7

evaluanda

I N T E R F A C E

Combien de rapports de ce type avez-vous transmis aux caisses maladie (environ) depuis l'entrée en vigueur de la révision au 1er janvier 2007?

Concernant ce rapport, comment vous situez-vous par rapport aux affirmations suivantes ?

	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Ne sait pas
1. Les caisses maladie me rappellent systématiquement que je dois transmettre un rapport avant la 40ème séance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mon patient (ou son parent) reçoit une copie du rapport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les recommandations de l'OFSP sur la forme du rapport sont utiles et pertinentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je sais parfaitement ce que je dois indiquer dans le rapport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le contenu d'un rapport permet au médecin-conseil de prendre une décision fondée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La valeur des positions TARMED 00.2285/00.2295 (39.07/31.97 pts) pour l'établissement d'un rapport est adéquate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La forme actuelle du rapport donne moins d'informations que le rapport tel que je le rédigeais avant la révision du 1er janvier 2007	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les demandes complémentaires au rapport

Avez-vous eu des demandes de complément de la part de médecins-conseils suite à la transmission d'un rapport?

Oui Non

Si oui, dans quelle proportion?

Moins de 1% Moins de 5% Moins de 10% Autre

Si 'autre', précisez :

Le cas échéant, quels types de demandes?

Observez-vous, dans des situations similaires, des différences dans l'appréciation des rapports par les caisses ?

- Oui, la plupart des caisses sont différentes dans leur appréciation Oui, certaines caisses se distinguent dans leur appréciation Non, leur appréciation est sensiblement identique

Les suites données au rapport par les caisses**Concernant les suites données par les caisses au rapport, comment vous situez-vous par rapport aux affirmations suivantes ?**

	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Ne sait pas
1. La durée/le nombre de séances que je propose est globalement suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La fréquence du traitement que je propose est globalement suivie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. L'approche thérapeutique que je propose est globalement suivie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le setting du traitement que je propose est globalement suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des observations au sujet des rapports ?

evaluanda

I N T E R F A C E

Concernant les nouvelles modalités de remboursement ((annonce à la 6ème séance, rapport à la 40ème), comment vous situez-vous par rapport aux affirmations suivantes ?

	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Ne sait pas
1. Ces nouvelles modalités permettent aux caisses maladie de mieux contrôler le domaine de la psychothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ces nouvelles modalités introduisent davantage de réflexivité dans mon travail psychothérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ces nouvelles modalités ont un effet négatif sur la qualité de la relation que j'ai avec mon patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ces nouvelles modalités induisent un déplacement de la psychothérapie vers la TPPI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ces nouvelles modalités ont un effet négatif sur le développement des psychothérapies de groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ces nouvelles modalités ont un effet négatif sur le développement de la psychothérapie familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ces nouvelles modalités induisent un déplacement de l'ambulatoire vers le stationnaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ces nouvelles modalités limitent l'accès aux psychothérapies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ces nouvelles modalités sont pertinentes du point de vue du développement de la qualité de la psychothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ces nouvelles modalités permettent au domaine de la psychothérapie de mieux répondre aux critères de l'art.32 LAMAL (efficacité, adéquation et économie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des remarques complémentaires sur les effets POSITIFS de cette révision de l'OPAS ?

Avez-vous des remarques complémentaires sur les effets NEGATIFS de cette révision de l'OPAS ?

Au final, quelle appréciation portez-vous sur ces nouvelles modalités de remboursement des psychothérapies ?

	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Ne sait pas
1. Le système actuel me convient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le système actuel améliore ma relation avec mes patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le système actuel a une réelle valeur ajoutée par rapport au système précédent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le système actuel favorise l'adéquation entre diagnostic et traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le système actuel garantit la protection des données du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des propositions d'amélioration / de modifications de ce système ?

Suivi longitudinal

Afin de mieux comprendre le panorama de la situation dans le domaine de la psychothérapie et spécifiquement en relation avec les nouvelles modalités de remboursement, nous souhaitons, avec l'accord de vos sociétés professionnelles, que vous puissiez remplir le tableau suivant. Il s'agit ainsi d'enrichir les connaissances globales sur la relation entre un diagnostic, le processus d'annonce et de rapport, et le déroulement dans le temps d'une psychothérapie.

Concrètement, il s'agit pour vous de donner quelques indications sur les dix premiers traitements soumis à déclaration obligatoire selon la révision de l'OPAS, que vous avez réalisés depuis février 2007.

Les pages suivantes vous permettent de saisir les données de chaque patient par colonne, la première page pour les patients 1 à 3, la deuxième pour les patients 4 à 6 et la troisième pour les patients 7 à 10.

evaluanda

I N T E R F A C E

Données	Patient n°1	Patient n°2	Patient n°2
Sexe du patient	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Année de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Thérapie suivie...	<input type="radio"/> Sur décision du patient <input type="radio"/> Sur conseil du médecin <input type="radio"/> Autre	<input type="radio"/> Sur décision du patient <input type="radio"/> Sur conseil du médecin <input type="radio"/> Autre	<input type="radio"/> Sur décision du patient <input type="radio"/> Sur conseil du médecin <input type="radio"/> Autre
Date de début du traitement (format jj/mm/aaaa)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nombre de séances annoncées au MC	<input type="radio"/> <= 30 <input type="radio"/> >30	<input type="radio"/> <= 30 <input type="radio"/> >30	<input type="radio"/> <= 30 <input type="radio"/> >30
Diagnostic initial (dans le formulaire d'annonce au MC) selon CIM 10 : Fxx.x	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombres de séances totales effectuées (ou actuellement si le traitement est toujours en cours)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic actuel (ou à la fin du traitement) selon CIM 10 : Fxx.x	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quel est le statut actuel de ce cas ?	<input type="radio"/> Traitement en cours <input type="radio"/> Rupture thérapeutique <input type="radio"/> Réussite totale <input type="radio"/> Réussite partielle	<input type="radio"/> Traitement en cours <input type="radio"/> Rupture thérapeutique <input type="radio"/> Réussite totale <input type="radio"/> Réussite partielle	<input type="radio"/> Traitement en cours <input type="radio"/> Rupture thérapeutique <input type="radio"/> Réussite totale <input type="radio"/> Réussite partielle
Le cas échéant, un suivi a-t-il été proposé au patient après la psychothérapie ?	<input type="radio"/> Pas de suivi <input type="radio"/> TPPI <input type="radio"/> Suivi par un médecin <input type="radio"/> Autre	<input type="radio"/> Pas de suivi <input type="radio"/> TPPI <input type="radio"/> Suivi par un médecin <input type="radio"/> Autre	<input type="radio"/> Pas de suivi <input type="radio"/> TPPI <input type="radio"/> Suivi par un médecin <input type="radio"/> Autre
Si 'Autre', précisez :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

evaluanda

I N T E R F A C E

Données	Patient n°4	Patient n°5	Patient n°6
Sexe du patient	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Année de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Thérapie suivie...	<input type="radio"/> Sur décision du patient <input type="radio"/> Sur conseil du médecin <input type="radio"/> Autre	<input type="radio"/> Sur décision du patient <input type="radio"/> Sur conseil du médecin <input type="radio"/> Autre	<input type="radio"/> Sur décision du patient <input type="radio"/> Sur conseil du médecin <input type="radio"/> Autre
Date de début du traitement (format jj/mm/aaaa)	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nombre de séances annoncées au MC	<input type="radio"/> <= 30 <input type="radio"/> >30	<input type="radio"/> <= 30 <input type="radio"/> >30	<input type="radio"/> <= 30 <input type="radio"/> >30
Diagnostic initial (dans le formulaire d'annonce au MC) selon CIM 10 : Fxx.x	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombres de séances totales effectuées (ou actuellement si le traitement est toujours en cours)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic actuel (ou à la fin du traitement) selon CIM 10 : Fxx.x	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quel est le statut actuel de ce cas?	<input type="radio"/> Traitement en cours <input type="radio"/> Réussite totale <input type="radio"/> Rupture thérapeutique <input type="radio"/> Réussite partielle	<input type="radio"/> Traitement en cours <input type="radio"/> Réussite totale <input type="radio"/> Rupture thérapeutique <input type="radio"/> Réussite partielle	<input type="radio"/> Traitement en cours <input type="radio"/> Réussite totale <input type="radio"/> Rupture thérapeutique <input type="radio"/> Réussite partielle
Le cas échéant, un suivi a-t-il été proposé au patient après la psychothérapie?	<input type="radio"/> Pas de suivi <input type="radio"/> TPPI <input type="radio"/> Suivi par un médecin <input type="radio"/> Autre	<input type="radio"/> Pas de suivi <input type="radio"/> TPPI <input type="radio"/> Suivi par un médecin <input type="radio"/> Autre	<input type="radio"/> Pas de suivi <input type="radio"/> TPPI <input type="radio"/> Suivi par un médecin <input type="radio"/> Autre
Si 'Autre', précisez :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

evaluanda

I N T E R F A C E

	Patient n°7	Patient n°8	Patient n°9	Patient n°10
Sexe du patient	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Année de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Thérapie suivie...	<input type="radio"/> Sur conseil du patient <input type="radio"/> Sur conseil du médecin <input type="radio"/> Autre	<input type="radio"/> Sur conseil du patient <input type="radio"/> Sur conseil du médecin <input type="radio"/> Autre	<input type="radio"/> Sur conseil du patient <input type="radio"/> Sur conseil du médecin <input type="radio"/> Autre	<input type="radio"/> Sur conseil du patient <input type="radio"/> Sur conseil du médecin <input type="radio"/> Autre
Date de début du traitement	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
Nombre de séances annoncées au MC	<input type="radio"/> <= 30 <input type="radio"/> >30	<input type="radio"/> <= 30 <input type="radio"/> >30	<input type="radio"/> <= 30 <input type="radio"/> >30	<input type="radio"/> <= 30 <input type="radio"/> >30
Diagnostic initial (dans le formulaire d'annonce au MC) selon CIM 10 : Fxx.x	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombres de séances totales (ou effectuée si le traitement est toujours en cours)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic actuel (ou à la fin du traitement) selon CIM 10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quel est le statut actuel de ce cas?	<input type="radio"/> Traitement en cours <input type="radio"/> Réussite totale <input type="radio"/> Rupture thérapeutique <input type="radio"/> Réussite partielle	<input type="radio"/> Traitement en cours <input type="radio"/> Réussite totale <input type="radio"/> Rupture thérapeutique <input type="radio"/> Réussite partielle	<input type="radio"/> Traitement en cours <input type="radio"/> Réussite totale <input type="radio"/> Rupture thérapeutique <input type="radio"/> Réussite partielle	<input type="radio"/> Traitement en cours <input type="radio"/> Réussite totale <input type="radio"/> Rupture thérapeutique <input type="radio"/> Réussite partielle
Le cas échéant, un suivi a-t-il été proposé?	<input type="radio"/> Pas de suivi <input type="radio"/> TPPI <input type="radio"/> Autre	<input type="radio"/> Pas de suivi <input type="radio"/> TPPI <input type="radio"/> Autre	<input type="radio"/> Pas de suivi <input type="radio"/> TPPI <input type="radio"/> Autre	<input type="radio"/> Pas de suivi <input type="radio"/> TPPI <input type="radio"/> Autre
Si 'Autre', précisez :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Evaluation psychothérapie

Grille d'entretien psychiatre-psychothérapeute

Introduction

Rappel des (grandes) finalités de l'évaluation :

- Un premier niveau concerne la détection précoce, la mise en évidence et la proposition de solutions concernant les différents problèmes « techniques » rencontrés par les divers acteurs de la mise en œuvre de l'ordonnance. Il s'agit ici d'une attente d'**optimisation des processus en place**.
- Un second niveau vise à **identifier et montrer les effets du changement d'ordonnance**, en vue de créer les bases nécessaires, le cas échéant, à une éventuelle adaptation de celle-ci.
- La **contribution à l'amélioration des informations disponibles**, en termes de **connaissance**, de **transparence** et de **compréhension** sur les processus en matière de psychothérapie médicale ambulatoire, constitue le troisième niveau attendu.

Rappel si nécessaire des grandes phases de l'évaluation :

- entretiens avec les membres du groupe d'accompagnement, en vue de comprendre le système en place, les enjeux, les grandes problématiques
- **entretiens avec les médecins conseils**, en vue de comprendre le fonctionnement du système, ses avantages et inconvénients, ses effets directes et indirectes, sur le patient, le médecin traitant, le médecin conseil, la caisse, etc..
- **saisie d'un nombre de cas limité** pour disposer d'une base statistique sur les éléments du formulaire d'annonce et les réponses des médecins conseils
- **séries d'entretiens** avec les acteurs clés (médecins traitants, psychiatres-psychothérapeutes, caisses maladies, patients)
- **questionnaire** à 1400 psychiatres et médecins concernés
- rapport final en automne 2008

Entretien en plusieurs phases (à annoncer au début de l'entretien) :

- profil du répondant
- regard sur les nouvelles procédures
- effets dans le cadre du travail thérapeutique, autres effets
- proposition d'adaptation ou de refonte du système actuel issu de la révision de l'OPAS

Grille d'entretien

Profil du répondant

1. Nom du répondant, éventuellement rôle dans les sociétés professionnelles
2. Orientation thérapeutique principale ?
 - a. psychanalytique, cognitivo-comportementale, systémique ?

Clarté des instruments et des procédures

3. Combien de formulaires d'annonces, respectivement de rapports, avez-vous produits depuis le 1er janvier 2007 (environ) ?
4. Les instruments (questionnaires, canevas de rapports) et les procédures (délais) sont-ils clairs, adéquats et facilement utilisables ?
5. La différence entre les cas soumis à déclaration et autorisation obligatoires et les cas non soumis à déclaration est-elle claire et plausible ?
6. Avez-vous d'autres difficultés à nous signaler par rapport aux instruments ?
 - a. Charges induites en temps de travail ?
 - b. Nombre de points TARMED suffisant (formulaire : 31.97 pts, rapport : 39.07 pts/31.97 pts par 5min supplémentaires) ?
7. Quel est votre appréciation de la définition de la psychothérapie qui figure dans l'OPAS ?

Rappel : définition OPAS : On entend par psychothérapie une forme de traitement des maladies psychiques et psychosomatiques qui repose essentiellement sur la communication verbale, une théorie du comportement normal et pathologique et un diagnostic étiologique. Elle comprend la réflexion systématique et une relation thérapeutique suivie, se caractérise par des séances de thérapie régulières et planifiées et vise un objectif thérapeutique défini au moyen de techniques acquises dans le cadre d'une formation.

Relation avec les patients : effets de la révision

8. Quels sont les effets, selon vous, de cette révision sur votre relation avec vos patients ?
 - a. Du point de vue de la relation de confiance (effets sur la relation)
 - b. Du point de vue de la relation thérapeutique (effets sur la thérapie)
9. Comment les patients réagissent-ils ?
10. Quels sont les effets de cette révision sur votre comportement à l'égard des patients, notamment quand il s'agit de faire signer le formulaire d'annonce (en 6^{ème} séance) ?
 - a. Explication du diagnostic ? Diagnostic annoncé plus « léger » que le diagnostic réel ?
11. Avez-vous d'autres éléments à dire ?
12. Ces nouvelles modalités ont-elles modifié également les conditions de production du rapport (en amont de la 40^{ème} séance) ?

Autres effets

13. Spécifiquement, pensez-vous que ces nouvelles modalités de remboursement des psychothérapies
 - a. permettent de limiter/contrôler les thérapies jugées comme « trop longues » ? les thérapies dites « de wellness » ?
 - i. qu'est ce qu'une psychothérapie « trop longue » ?

- b. ont un effet sur la qualité de celles-ci (adéquation diagnostic/traitement) ? ont un « effet réflexif » sur les psychothérapeutes ?
 - c. ont un effet sur les approches psychothérapeutiques employées (cognitivo-comportemental, systémique, psychoanalytique, mixte) ?
 - d. ont un effet sur le développement des thérapies de groupe ? ou une autre forme de psychothérapie ?
 - e. ont un effet sur le développement de nouvelles approches psychothérapeutiques ?
14. Quels sont les effets (plutôt non prévues...) de cette révision...
- a. ...au sein de la communauté des psychiatres/psychothérapeutes ?
 - b. ...entre les psychiatres et les autres médecins spécialistes ?
 - c. ...dans la relation médecins/associations professionnelles/OFSP ?
15. Quels sont les effets, selon vous, de ce nouveau système, sur la question de la maîtrise des coûts ?
- a. Que signifie « maîtrise des coûts » en psychothérapie ?
 - b. Ont-elles modifié votre rapport avec les caisses maladies ?

Litiges

16. Avez-vous eu des litiges avec les caisses maladie ?
- a. Sur quels types de cas ?
17. Comment les litiges sont-ils résolus ?
- a. Quelles sont les procédures que vous employez ?

Jugement et propositions

18. Au final, quel jugement portez-vous sur ces nouvelles modalités de remboursement des psychothérapies ?
- En termes d'efficacité par rapport aux coûts induits (éviter les thérapies trop longues, wellness) ?
 - En termes d'efficacité par rapport à la qualité des psychothérapies ?
 - En termes de pertinence du système ?
19. Ce système doit-il être maintenu ?
- Si non:
 - i. pourquoi ?
 - ii. des adaptations sont-elles nécessaires ? lesquelles ?
 - Si oui:
 - i. pourquoi ?
20. Au final....quelles sont vos propositions clés pour l'avenir de la révision de l'OPAS ?

Evaluation psychothérapie

Grille d'entretien organisation de patients

Introduction

Rappel des (grandes) finalités de l'évaluation :

- Un premier niveau concerne la détection précoce, la mise en évidence et la proposition de solutions concernant les différents problèmes « techniques » rencontrés par les divers acteurs de la mise en œuvre de l'ordonnance. Il s'agit ici d'une attente d'**optimisation des processus en place**.
- Un second niveau vise à **identifier et montrer les effets du changement d'ordonnance**, en vue de créer les bases nécessaires, le cas échéant, à une éventuelle adaptation de celle-ci.
- La **contribution à l'amélioration des informations disponibles**, en termes de **connaissance**, de **transparence** et de **compréhension** sur les processus en matière de psychothérapie médicale ambulatoire, constitue le troisième niveau attendu.

Rappel si nécessaire des grandes phases de l'évaluation :

- entretiens avec les membres du groupe d'accompagnement, en vue de comprendre le système en place, les enjeux, les grandes problématiques
- **entretiens avec les médecins conseils**, en vue de comprendre le fonctionnement du système, ses avantages et inconvénients, ses effets directes et indirectes, sur le patient, le médecin traitant, le médecin conseil, la caisse, etc..
- **saisie d'un nombre de cas limité** pour disposer d'une base statistique sur les éléments du formulaire d'annonce et les réponses des médecins conseils
- **séries d'entretiens** avec les acteurs clés (médecins traitants, psychiatres-psychothérapeutes, caisses maladies, patients)
- **questionnaire** à 1400 psychiatres et médecins concernés
- rapport final en automne 2008

Entretien en plusieurs phases (à annoncer au début de l'entretien) :

- profil du répondant
- difficultés de mise en œuvre/pertinence/effets du point de vue des patients
- le cas échéant, proposition d'adaptation ou de refonte du système actuel issu de la révision de l'OPAS

Grille d'entretien

Profil du répondant

1. Nom/s du/des répondants et fonction/s

Pertinence/efficacité/effets

2. Quelle est le point de vue de votre organisation sur cette révision de l'OPAS ?
 - a. Utilité, pertinence de la révision ?
3. Quels sont les échos que vous avez de cette révision auprès de vos membres ?
 - a. Problèmes particuliers ? difficultés de remboursement ? litiges ?
 - b. Protection des données ?
4. Ces échos ont-ils évolués depuis l'entrée en vigueur à aujourd'hui ?
5. Quels sont les (éventuels) autres effets de cette révision de votre point de vue ?
 - a. Prévus ? non prévus ?
 - b. Accès aux soins ?
 - c. Sur la politique suisse de santé mentale ?

Demain

6. Ce système doit-il être maintenu ?
 - a. pourquoi ?
 - b. des adaptations sont-elles nécessaires ? lesquelles ?
7. Quelles sont vos propositions clés pour l'avenir de la révision de l'OPAS ?

Evaluation psychothérapie

Grille d'entretien caisses maladies

Introduction

Rappel des (grandes) finalités de l'évaluation :

- Un premier niveau concerne la détection précoce, la mise en évidence et la proposition de solutions concernant les différents problèmes « techniques » rencontrés par les divers acteurs de la mise en œuvre de l'ordonnance. Il s'agit ici d'une attente d'**optimisation des processus en place**.
- Un second niveau vise à **identifier et montrer les effets du changement d'ordonnance**, en vue de créer les bases nécessaires, le cas échéant, à une éventuelle adaptation de celle-ci.
- La **contribution à l'amélioration des informations disponibles**, en termes de **connaissance**, de **transparence** et de **compréhension** sur les processus en matière de psychothérapie médicale ambulatoire, constitue le troisième niveau attendu.

Rappel si nécessaire des grandes phases de l'évaluation :

- entretiens avec les membres du groupe d'accompagnement, en vue de comprendre le système en place, les enjeux, les grandes problématiques
- **entretiens avec les médecins conseils**, en vue de comprendre le fonctionnement du système, ses avantages et inconvénients, ses effets directes et indirectes, sur le patient, le médecin traitant, le médecin conseil, la caisse, etc..
- **saisie d'un nombre de cas limité** pour disposer d'une base statistique sur les éléments du formulaire d'annonce et les réponses des médecins conseils
- **séries d'entretiens** avec les acteurs clés (médecins traitants, psychiatres-psychothérapeutes, caisses maladies, patients)
- **questionnaire** à 1400 psychiatres et médecins concernés
- rapport final en automne 2008

Entretien en plusieurs phases (à annoncer au début de l'entretien) :

- profil du répondant
- regard sur les nouvelles procédures – mise en œuvre
- regard sur les nouvelles procédures – pertinence / efficacité
- le cas échéant, proposition d'adaptation ou de refonte du système actuel issu de la révision de l'OPAS

Grille d'entretien

Profil du répondant

1. Nom/s du/des répondants et fonction/s
2. Point de vue de la caisse maladie par rapport à la révision avant son entrée en vigueur ?

Regard sur les nouvelles procédures – mise en œuvre

3. Avez-vous procédé à des modifications du service du médecin conseil suite à l'entrée en vigueur de la révision de l'OPAS ?
 - a. Lesquelles ?
 - b. Conséquences de la mise en œuvre de la révision ? en ressources humaines ? en ressources financières ?
4. Difficultés éventuelles dans le traitement administratif des formulaires d'annonces et des rapports ?
5. Avez-vous modifié votre organisation interne en termes de protection des données ?
 - c. Quelles pratiques de cloisonnement entre le service du médecin conseil et les services administratifs de la caisse ?
 - d. Avez-vous adopté les recommandations émises par le Préposé à la protection des données en 2007 (suite affaire CSS – v. annexe) ?
6. Tenez-vous des statistiques sur le domaine de la psychothérapie (au sens de l'OPAS) ?
 - e. Lesquelles ?
 - f. Observez-vous un changement (et lequel) par rapport à la situation qui prévalait avant l'entrée en vigueur de la révision (effets) ?
 - g. Quelles sont les données dont nous pouvons disposer ?

Regard sur la pertinence et l'efficacité

7. Quel regard portez-vous sur la révision de l'OPAS ?
 - h. Pertinence/efficacité de la révision ?
 - i. En termes de contrôle des psychothérapies dites « longues » ou de « wellness » ?
 - ii. En termes de contrôle de la qualité des psychothérapies ?
8. Quels sont les effets de cette révision selon vous ?
 - i. Du point de vue des caisses maladies
 - j. Du point de vue des médecins (psychiatres, avec droits acquis, déléguant en psychothérapie)
 - k. Du point de vue des patients
 - l. Autres effets ?

Jugement et propositions

9. Ce système doit-il être maintenu ?
 - m. pourquoi ?
 - n. des adaptations sont-elles nécessaires ? lesquelles ?
10. Au final....quelles sont vos propositions clés pour l'avenir de la révision de l'OPAS ?