

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

Résumé du rapport final

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

Genève et Lucerne, le 4 décembre 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, OBJECTIFS ET DISPOSITIF D’EVALUATION	3
1.1	OBJECTIFS ET QUESTIONS D’EVALUATION	3
1.2	DISPOSITIF D’EVALUATION	4
2	RESULTATS DE L’EVALUATION	6
2.1	SUR LE PLAN DE LA MISE EN ŒUVRE ET DE L’EXECUTION DE L’ORDONNANCE	6
2.2	SUR LE PLAN DES EFFETS IMMEDIATS SUITE A L’ENTREE EN VIGUEUR DE L’ORDONNANCE	8
2.3	AU FINAL	10
3	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	12
3.1	PRÉCISER LE CHAMP D’APPLICATION DE L’OPAS	13
3.2	SIMPLIFIER LES PROCÉDURES	13
3.3	GARANTIR UN CONTRÔLE AU SENS DE LA LAMAL	14
3.4	ACCROÎTRE LES CONNAISSANCES	14

Table des abréviations

Abréviations	Définitions
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
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
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/ASMP	Akademie psychosomatische und psychosoziale Medizin /Académie suisse pour la médecine psychosomatique et psychosociale
SBAP	Schweizerischen Berufsverbands Angewandte Psychologie
SGDP/SSMD	Schweizerische Ärztgesellschaft 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, OBJECTIFS ET DISPOSITIF D'EVALUATION

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 10², le but et les finalités visés par le traitement, et la durée probable de celui-ci. 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.

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.

1.1 OBJECTIFS ET QUESTIONS D'EVALUATION

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.

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.

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 Classification internationale des maladies. Voir www.icd10.ch pour plus d'informations.

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

Il est composé des membres suivants :

- Dr. med. Christian Bernath, Président der Schweizerische Ärztegesellschaft für Delegierte Psychotherapie (SGDP/SSMD)
- Dr. med. Markus Binswanger, Chefarzt Psychiatrische Klinik Littenheid, Vertreter von H+
- Dr. med. Heinz Burger, Vertrauensarzt (Vollzeit) 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)
- Dr. med. Reto Guetg, Vertrauensarzt (Teilzeit) 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 Schweizerische 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., Präsident 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

1.2 DISPOSITIF D'ÉVALUATION

Cette évaluation externe s'est construite sur la complémentarité de méthodes qualitatives et quantitatives.

Une **première phase** a été orientée sur une exploration du champ et la construction de premières hypothèses, à travers la réalisation d'entretiens exploratoires avec dix membres du groupe d'accompagnement (représentatifs des intérêts en présence), des collaborateurs de l'OFSP, 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 sur trois cantons différents dans leur densité en médecins traitants (Cantons de Genève, Lucerne, Thurgovie)⁴.

⁴ Selon OBSAN, *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse*, H. Jaccard Ruedin et al, document de travail 22, avril 2007.

En parallèle, neuf médecins-conseils 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 entretien semi-directif – 33 acteurs clés au total durant cette étude – et par questionnaire). A travers les réponses au questionnaire, 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 conditions. Relevons qu'un total de 2'179 processus thérapeutiques a été renseigné.

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 d'un rapport complet⁵, validé par le groupe d'accompagnement.

Ces différentes phases 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.

Nous tenons à remercier l'ensemble des membres du groupe d'accompagnement et de l'OFSP pour leurs conseils avisés, ainsi que 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.

⁵ Disponible en ligne sur le site de l'OFSP dès mi-janvier 2009.

2 RESULTATS DE L'EVALUATION

Ce bilan reprend les principaux résultats produits par les différentes méthodes mises en œuvre. 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, en y incluant des éléments provenant de l'analyse des processus thérapeutiques.

2.1 SUR LE PLAN DE LA MISE EN ŒUVRE ET DE L'EXECUTION DE L'ORDONNANCE

La procédure d'élaboration de l'OPAS réalisée en 2006 a été perçue comme très rapide et comme peu partenariale voire univoque par les représentants des associations concernées (médecins, psychologues et patients). Cependant, le degré d'information des médecins concernés est jugé comme largement suffisant au 1^{er} janvier 2007, date de l'entrée en vigueur de l'ordonnance.

La publicité dont cette révision a bénéficié aura en effet permis 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 celui-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.

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 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 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 fait 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 psychothérapie⁶.
- 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 consacrées à la rédaction des formulaires d'annonce par les médecins et leur traitement par les médecins-conseils et les caisses-maladie.

Vient se surajouter à cet unique point de contrôle la question de son traitement par des médecins-conseils non psychiatres, qui pour la plupart se considèrent comme insuffisamment informés 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 sur les processus psychothérapeutiques 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.

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

⁶ 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.

Le rapport en 40^{ème} 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, selon eux, 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.

2.2 SUR LE PLAN DES EFFETS IMMEDIATS SUITE A L'ENTREE 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. 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.

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.

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-conseils, 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 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 par les médecins traitants.

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 AerztInnen. (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)

2.3 AU FINAL

Das KLV Formular sofort wieder abschaffen. Nach 40 Stunden kann man von mir aus einen Bericht machen, aber nach 6 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'efficacité et la qualité des processus psychothérapeutiques en contraignant le médecin concerné à énoncer un diagnostic et des modalités de 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 observé que cette phase pose un certain nombre de problèmes au médecin, dont un des principaux est de confronter un 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 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.

3 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

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 un consensus en la matière 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'OBSAN⁷ 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 devrait se construire 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 prouver⁸, 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.

3.1 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.

3.2 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).

⁷ Voir notamment OBSAN, *Document de travail 2 : Etat des lieux et données concernant l'épidémiologie psychiatrique en Suisse*, Neuchâtel, décembre 2003.

⁸ Voir les travaux du Prof. J.-N. Desplands notamment.

3.3 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.

3.4 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 hoc⁹.
 - 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.

Contact :

Yann Boggio

evaluanda
3 Hugo-de-Senger
1205 Genève

boggio@evaluanda.ch

⁹ 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 »).