



pro mente sana

juin 2006

Lettre trimestrielle N° 32

L'Office fédéral de la santé publique s'apprête à modifier – en grande hâte – dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)¹ les articles consacrés au remboursement des psychothérapies dans le but de faire des économies. Le Département de l'intérieur souhaite que cette ordonnance modifiée entre en vigueur le 1^{er} juillet prochain.

1. Réduire le remboursement des psychothérapies

On se souvient qu'au printemps 2005, à la suite de la décision du Département de l'intérieur de retirer les cinq médecines alternatives du catalogue de la LAMal, le vice-directeur de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), le Dr Brunner, avait semé le trouble en déclarant à la Radio suisse alémanique qu'il était envisageable que les prochains traitements à charge des assurés puissent être les psychothérapies et la médecine de réhabilitation. Depuis, on n'a plus entendu parler de ce projet, jusqu'au début du mois de mars 2006. En mars dernier, en effet, l'Office fédéral de la santé publique annonçait à une dizaine d'organisations², dont Pro Mente Sana, son projet de modifier les articles 2 et 3 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), articles consacrés au remboursement des psychothérapies. L'objectif de cette révision, s'il n'est pas d'exclure totalement les psychothérapies du catalogue des prestations, vise néanmoins à faire des économies en renforçant le contrôle des caisses maladie, sur ce type de thérapies, alors qu'elles sont indispensables, nécessaires et validées scientifiquement. En filigrane, se retrouve l'amalgame répandu qui associe psychothérapie remboursée et développement personnel.

Pour rappel, l'ordonnance actuelle stipule que « la psychothérapie pratiquée en vue de la découverte et de la réalisation de soi-même (...) n'est pas prise en charge ». L'Office fédéral de la santé a donc poursuivi son projet de restriction du catalogue des prestations, avec dans sa cible, la psychothérapie. D'après l'OFSP, les soins remboursés par l'assurance de base doivent être adéquats, efficaces et économiques. Si l'on ne peut que souscrire à cette triade, il est légitime de se demander pour quelles raisons le remboursement des psychothérapies se trouve parmi les premiers à se voir réduit. Les préjugés d'après lesquels les maladies psychiques seraient des maladies « virtuelles » et les psychothérapies des « bavardages à gogo » sont légion et relayés au plus haut niveau de

l'Etat. Une vision mécaniste et utilitariste de la médecine, dont on attend les effets mesurables rapidement, prévaut également. Elle exclut d'emblée ce qu'elle considère comme plus aléatoire, misant sur une causalité directe entre thérapie et guérison, dans l'objectif de réduire les coûts – à court terme du moins – et sur l'exigence faite aux médecins de différencier chez leurs patients une partie malade, dont le traitement sera pris en charge par l'assureur, de ce qui est normal et donc non remboursé. De là se dégagent, d'une part, une vision simplificatrice de l'être humain et, d'autre part, une perception erronée du travail du thérapeute. De plus, les personnes atteintes de maladie psychique se voient à nouveau, comme dans la 5^e révision de l'assurance invalidité, soupçonnées de recourir à la psychothérapie pour des raisons de confort, abusant par là des prestations de l'assurance.

Réduire les prestations de l'assurance de base en matière de psychothérapie est la manifestation de cette idéologie simplificatrice et de cette doctrine des abus généralisés.

2. Une modification dans l'urgence

Pourquoi modifier cette partie de l'OPAS, alors qu'elle est en vigueur depuis vingt ans, à la satisfaction des professionnels et des assurés ? En effet, on constate que les coûts liés à la psychothérapie n'ont pas explosé et évoluent parallèlement aux coûts des soins ambulatoires en général. Il paraît donc légitime de se poser la question des motivations réelles qui ont conduit à décider une telle modification et sa mise en œuvre dans un délai si bref. L'OFSP n'a, à aucun moment, produit ou proposé des chiffres sur l'évolution des coûts des psychothérapies au cours de la procédure, ni durant l'audition, ni dans les documents écrits qu'il nous a proposés. Or, étant donné que l'objectif poursuivi par cette modification est bel et bien de réduire les coûts, on pouvait attendre une preuve chiffrée de la nécessité de réduire l'accès et la durée des psychothérapies – elle n'a pas été apportée à ce jour.

Un report des charges est à attendre de cette restriction du droit aux prestations. En effet, avec une diminution

de l'accès aux soins ambulatoires, on peut prévoir une augmentation des coûts liés aux hospitalisations, mais également un transfert des charges vers les assurances sociales, l'assurance invalidité en particulier, conséquence d'une augmentation des coûts liés à l'incapacité de travail, par exemple. Cela n'a pas du tout été pris en considération par l'Office fédéral de la santé publique.

3. Grande partialité dans la procédure

Si une dizaine d'organisations, dont Pro Mente Sana, ont été auditionnées par l'OFSP, en vue d'attester le caractère démocratique de la procédure engagée, il est indispensable néanmoins de dénoncer un fait inacceptable et qui contrevient au principe de base de tout débat démocratique.

En effet, le groupe permanent d'experts qui a conseillé l'OFSP durant toute la procédure de modification de l'OPAS, assistant à toutes les auditions, plutôt qu'interdisciplinaire, était composé exclusivement de médecins-conseil des assurances. Cette composition tendancieuse remet en cause la neutralité et l'impartialité de l'administration et le fonctionnement démocratique, privilégiant massivement un point de vue particulier. La modification de l'OPAS concerne non seulement les assureurs maladie mais également, et autant, les professionnels de la santé, les assurés et les patients psychiques. Or, les représentants de ces trois groupes n'ont eu droit qu'à une audition purement formelle ainsi qu'à une possibilité de faire valoir leur position par écrit. Ainsi, cette procédure a été l'occasion de découvrir *de visu* la connivence entre les assureurs maladie et l'administration. Les médecins-conseil des assurances, qui n'ont pour la plupart pas de compétences particulières en psychiatrie, ont un devoir de loyauté à l'égard de leur employeur et défendent par là un intérêt particulier et non pas l'intérêt général. A notre sens, en effet, l'Etat a pour mission de défendre l'intérêt général et de garantir l'équilibre des forces en présence afin de parvenir à un consensus acceptable. Tel n'a pas été le cas, puisque les modifications sont exclusivement en faveur des assurances et non pas des assurés, conférant les pleins pouvoirs aux médecins-conseil.

4. Les principaux changements apportés à l'ordonnance

L'ordonnance modifiée prévoit que ne seront remboursées que les psychothérapies «dont l'efficacité peut être prouvée scientifiquement»³. Actuellement, seules les psychothérapies appliquées avec succès dans des institutions psychiatriques reconnues sont remboursées. Ainsi, d'après l'OFSP, cette modification permettra au médecin-conseil de demander la preuve scientifique de l'efficacité d'une thérapie qui ne fait pas partie des trois méthodes psychothérapeutiques validées sur le plan scientifique: la thérapie psychodynamique, la thérapie systémique et la thérapie comportementale. L'appréciation de la valeur scientifique d'une méthode est donc laissée au jugement arbitraire du médecin-conseil.

A titre de nouveauté également, citons une définition de la psychothérapie, selon le projet: «La désignation "psychothérapie" s'applique aux thérapies traitant les maladies psychiques et psychosomatiques qui se fondent exclusivement ou principalement sur la communication orale, une réflexion systématique et une relation thérapeutique suivie, qui se basent sur une théorie du comportement normal et pathologique ainsi que sur un diagnostic étiologique, qui prévoient des séances régulières et planifiées et qui visent un objectif thérapeutique défini.»⁴ D'après l'OFSP, cette innovation sera très utile aux médecins-conseil puisqu'elle leur permettra de trier ce qui relève de la psychothérapie dans les traitements de ce qui n'en relève pas. Ils pourront donc exclure du remboursement certains éléments qui n'entrent pas dans la définition.

La principale modification de l'ordonnance concerne le nombre de séances acceptées par la caisse maladie. Dorénavant, et si le texte modifié est accepté comme tel, le médecin traitant devra annoncer à l'assurance qu'une psychothérapie a été commencée, après la 8^e séance et avant la 10^e. Le médecin-conseil se basera sur cette information pour proposer à l'assureur la prise en charge des coûts de 30 séances supplémentaires. L'assureur devra se déterminer dans les dix jours suivant la réception du rapport du médecin traitant et communiquer à ce dernier, avec copie à l'assuré, sa décision quant au volume des coûts de la psychothérapie qu'il va assumer. Ainsi, après 40 séances (10 + 30) – contre 60 dans l'ordonnance actuelle –, le médecin traitant devra adresser un rapport au médecin-conseil de l'assurance afin que ce dernier se détermine sur la poursuite ou non d'un remboursement. La réduction du nombre de séances de 60 à 40 se justifie, selon l'OFSP, par les critères de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité auxquels la psychothérapie devra désormais se soumettre, comme si ce n'était pas le cas actuellement. Ensuite, pour les thérapies de longue durée, chaque année, le médecin traitant adressera un rapport au médecin-conseil de l'assurance. Or, la durée d'une thérapie ne saurait être limitée in abstracto 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 qui est le sien. De plus, en ce qui concerne la durée d'un traitement curatif psychothérapeutique, de nombreuses études ont montré que la guérison et la prévention des rechutes nécessitent un traitement au long cours qui se chiffre en années et non en semaines ou en mois. On risque donc de ne voir remboursés plus que les traitements symptomatiques. Cela est contraire aux buts de la LAMal qui ne fait pas seulement mention de la diminution de l'intensité des symptômes mais également de la prévention des maladies, de leur traitement et du traitement de leurs séquelles.⁵

Enfin, l'OFSP assure qu'il procédera à une «évaluation scientifique» de la nouvelle OPAS durant les «quatre prochaines années et demie». Les évaluations devront être coordonnées avec les études en cours ou à venir. L'évaluateur examinera l'influence de la nouvelle OPAS

sur le nombre des thérapies longues, moyennes et courtes. La procédure de résolution des conflits n'est toutefois pas encore établie. Elle consistera peut-être en entretiens entre le médecin traitant et le médecin-conseil. La résolution au cas par cas, qui aura lieu avant l'établissement de la procédure, laisse toute latitude aux assureurs de refuser des prestations médicales nécessaires à toute personne qui n'aurait pas les moyens de contester une décision devant un tribunal. Or, les personnes en traitement psychiatrique n'ont, si on exclut les querulents, souvent pas la résistance psychique nécessaire à entreprendre des démarches juridiques pour faire valoir leurs droits.

5. Renforcement du rôle des médecins-conseil des assurances

Cette modification est, de façon prévisible, favorable aux assurances à travers le renforcement du rôle des médecins-conseil, leur conférant un rôle décisif. Cependant, au stade actuel du projet, la formation de ces derniers n'est évoquée que de façon floue: elle est prévue «à moyen terme», seulement après l'entrée en vigueur de la nouvelle OPAS, sans plus de précisions. On ne connaît de cette formation ni le contenu, ni la qualité, ni la durée, ni qui la dispensera.

Ce point est fondamental puisque les médecins-conseil, qui peuvent être au bénéfice d'une spécialisation en orthopédie, auront à se déterminer sur la poursuite ou non du remboursement d'un traitement psychothérapeutique dans un délai extrêmement court (dix jours). Etant donné qu'ils défendent les intérêts de leur employeur – l'assurance maladie et non les assurés et les patients – on peut dès lors s'attendre à une augmentation des refus de rembourser des traitements psychothérapeutiques que les psychiatres et les patients auront jugés indispensables.

6. Conclusion

Les maladies psychiques touchent près d'une personne sur deux durant sa vie. Les dépressions, abus de substances et troubles psychiques des personnes âgées sont en augmentation. On ne peut donc se satisfaire, pour régler cette question, de réduire les prestations offertes aux assurés souffrant de troubles psychiques. D'autre part, la limitation de l'accès à ce type de thérapie aura des conséquences lourdes. D'après l'Organisation mondiale de la santé, une absence de traitement ou un traitement écourté peuvent conduire à une invalidité permanente. On risque donc de voir le nombre de personnes atteintes d'une invalidité psychique augmenter, vu qu'elles n'auront pas reçu les traitements ambulatoires adéquats, et donc un report des charges vers les assurances sociales, en augmentant les coûts liés à l'incapacité de travail. De même, le nombre des hospitalisations en psychiatrie, qui a déjà doublé ces dix dernières années dans certains cantons, ne fera que croître. Certains patients, à défaut d'accéder à un traitement ambulatoire adéquat, seront hospitalisés, ce qui, en plus d'augmenter sensiblement les coûts, contribuera à accroître les souffrances individuelles.

On ne comprend dès lors pas pourquoi, alors que la 5^e révision de l'assurance invalidité va limiter drastiquement l'accès à la rente aux personnes atteintes d'invalidité psychique et prétend favoriser la réintégration professionnelle, on cherche à réduire également les traitements psychothérapeutiques indispensables pour limiter le risque d'invalidité. On pourra trouver une explication dans le fait que seul l'intérêt des assureurs a prévalu dans cette procédure et que les modifications de cette ordonnance leur sont tout à fait favorables. C'est un premier pas vers la réduction des prestations du catalogue de la LAMal. Le cloisonnement entre les domaines, assurance maladie et assurance invalidité, conduit aujourd'hui à une double restriction à l'égard des malades psychiques et à une contradiction patente: réduire l'accès aux soins en affichant la prétention à réintégrer. ■

¹ Le texte de l'ordonnance actuellement en vigueur se trouve à l'adresse : <http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/832.112.31.fr.pdf>

² Association professionnelle suisse de psychologie appliquée (SBAP); Association suisse des psychothérapeutes (ASP); Charte suisse pour la psychothérapie; Collège de médecine de premier recours (CMPR); Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS); Fédération suisse des psychologues (FSP); Foederation Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum (FMPP); santésuisse; Schweizerische Gesellschaft des delegiert arbeitenden Psychotherapeuten (GedaP).

³ Projet OPAS du 13.04.06, art.2 pt 1.

⁴ Idem, art. pt 2.

⁵ LAMAL, art. 19 et art. 25.

Communiqué de presse du 27 avril 2006

La position de Pro Mente Sana, fondation suisse et association romande, sur le remboursement des psychothérapies

Les propositions hâtives de l'OFSP ne sont pas nécessaires

Les nouvelles réglementations relatives au remboursement des psychothérapies proposées par l'Office fédéral de la santé publique sont insuffisamment réfléchies et trop orientées sur les intérêts des assurances.

Lorsqu'une psychothérapie dure plus de dix séances, le médecin traitant devra solliciter l'assurance maladie pour obtenir une garantie de paiement. C'est du moins ce que propose l'Office fédéral de la santé publique, qui veut modifier les règles relatives au remboursement des psychothérapies. Les nouvelles dispositions devraient entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2006.

La modification de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins proposée par l'OFSP n'est pas nécessaire. Le groupe de travail que l'OFSP a consulté pour élaborer sa proposition étant constitué exclusivement de médecins-conseil des assurances, les adaptations prévues se soucient surtout des intérêts des caisses maladie, alors que ceux des patients concernés ne sont pas pris en considération.

Pro Mente Sana s'oppose à ce projet de modification. En vigueur depuis vingt ans, la réglementation actuelle n'a entraîné aucune difficulté notable et il n'existe pas de raison concrète justifiant l'adoption hâtive de modifications discutables. Les dispositions appliquées à ce jour garantissent aux malades psychiques de notre pays des soins psychothérapeutiques suffisants et de qualité. En outre, la loi sur l'assurance maladie en vigueur permet déjà de refuser le remboursement de psychothérapies non indiquées et de méthodes thérapeutiques dont l'efficacité est douteuse.

Le nouveau modèle assigne un rôle décisif aux médecins-conseil des caisses maladie, alors qu'un grand nombre d'entre eux ne disposent pas de connaissances psychiatriques. Ils ne sont pas préparés à cette nouvelle tâche et sont de surcroît fortement engagés envers les intérêts économiques des assureurs. Le risque d'erreur d'appréciation serait donc très élevé. Or en refusant à tort la garantie de paiement lorsqu'une psychothérapie est nécessaire, on risque de rendre chroniques des maladies psychiques qui ne le sont pas encore.

Pro Mente Sana exige de renoncer aux modifications proposées.

Au cas où la réglementation actuelle devrait quand même être modifiée, il conviendra de tenir compte des points suivants :

- La nouvelle réglementation devra garantir que les assurances maladie continueront à l'avenir à prendre en charge les thérapies longues des personnes souffrant de maladies psychiques chroniques. Le plus souvent, ces thérapies ne peuvent pas éliminer la maladie, mais elles sont indispensables pour atténuer les douleurs qu'elle provoque et permettre aux malades de rester stables.
- La nouvelle réglementation ne pourra entrer en vigueur que lorsque les médecins-conseil des assurances auront reçu la formation nécessaire.
- La procédure d'annonce devra laisser suffisamment de temps à l'assurance maladie pour prendre sa décision sur la base de documents sérieux et permettre un contrôle adéquat de l'obligation d'accorder des prestations.

Genève et Zurich, le 27 avril 2006

Lettre trimestrielle de l'association romande Pro Mente Sana

Rue des Vollandes 40 – 1207 Genève – Tél.: 022 718 78 40 – Fax: 022 718 78 49 – CCP 17-126 679-4
Courriel: info@promentesana.org – www.promentesana.org