OPAS et psychothérapies: partenariat ou soupçons?

L'Office fédéral de la santé publique procède actuellement à un total remodelage des articles 2 et 3 de l'OPAS [1]. Ceux-ci fixent les conditions de remboursement des patients pour les trois modèles de psychothérapie scientifiquement reconnus. Le nouveau texte, s'il est accepté par la Commission fédérale des prestations le 4 mai prochain, entrera en vigueur le 1er juillet [2]. Il devrait permettre, nous assure-t-on, de mieux différencier les prestations psychothérapeutiques des prestations psychiatriques intégrées, d'améliorer les indications, de réduire les coûts ainsi que les «abus» [3] de psychothérapies.

L'article 2 qui traite des conditions de base du remboursement des psychothérapies, exige à juste titre que l'efficacité de la méthode utilisée soit scientifiquement démontrée. Son alinéa 2 (nouveau) liera le remboursement au contenu spécifique de l'exercice d'une psychothérapie: un objet (maladie[s]), un moyen (au moins la parole), un processus (entre le psychothérapeute et le patient), une psychopathologie (diagnostic), un cadre (séances fixées) et un objectif. Quant à l'alinéa 3, il exclut le remboursement des psychothérapies ne s'appliquant pas à des maladies. La maturation de la personnalité chez les enfants et adolescents, par contre, est maintenue et protégée.

Si le contenu de l'article 2 défend clairement le remboursement d'une prestation psychothérapeutique de qualité pour tous les partenaires [4], le contenu de l'article 3 (nouveau) défend essentiellement les intérêts des assureurs et ne va pas dans le sens d'une responsabilité partagée. Son alinéa 1 n'est pas fondé sur la vision d'un intérêt commun à une santé publique psychique, dont nous connaissons tous la défaillance, mais sur le soupçon: les patients abuseraient de la psychothérapie et les prestataires poseraient des indications abusives ou seraient de mauvais praticiens. L'alinéa 1 ne règle plus le cadre maximal des fréquences ni la durée de la psychothérapie que l'assureur rembourse à ses assurés; par contre il fixe des modalités de surveillance des assureurs sur les psychothérapeutes par définition suspects. Il y a ici dérapage d'une ordonnance censée régler le remboursement des assureurs à leurs assurés vers une réglementation inadéquate des rapports entre assureurs et médecins. La précipitation du rythme des demandes de rapports de la part des assureurs en témoigne. Tout comme la précision selon laquelle l'assureur adressera sa décision au prestataire avec copie à l'assuré. C'est bien l'inverse qui devrait avoir lieu (copie au médecin) dans la mesure où c'est aux assurés que l'assureur garantit le remboursement de la prestation et non pas aux médecins auxquels les patients règlent la note d'honoraire. Cet alinéa ne va donc en aucune façon améliorer l'usage de la prestation. En revanche, il est facile d'en démontrer les coûts supplémentaires, la volonté non déclarée de freiner les indications des traitements plus longs et la stigmatisation des soins psychiques qu'il entraîne. Il y a dans cet alinéa un mélange de niveaux entre ce qui lie l'assureur à l'assuré et l'assureur aux prestataires. Il y a aussi une logique néfaste de soupçon qui altère fortement les rapports entre les partenaires, et qui nuit surtout aux assurés/patients. Nous regrettons également que le texte ne prévoie aucun organe de recours en cas de litiges entre patients et assureurs. Cet alinéa doit donc impérativement être reformulé.

Contrairement à l'alinéa 1, l'alinéa suivant est formulé dans l'intérêt de la santé publique psychique. Il prévoit l'établissement d'un rapport après 40 séances. Ce rapport doit être une proposition argumentée de la poursuite de la psychothérapie à partir des critères fixés dans l'article 2. Il nous paraît ici incontestable qu'un tel rapport après 40 séances reste dans l'intérêt de tous les partenaires (patients, assureurs, médecins et politique).

En conclusion, participer, en renseignant mieux sur nos pratiques, est une demande légitime de la part de tous nos partenaires. Nonobstant les préjugés de certains d'entre eux, le corps médical y travaille en permanence, ceci dans le sens d'une qualité et d'un accès aux soins fondés sur une activité scientifique et une clinique du cas par cas. Cela dit, il ne peut cautionner ni accepter une ordonnance construite sur la suspicion de patients consommateurs abusifs et de médecins abuseurs d'indications. De manière générale, si telle est l'orientation que l'OFSP veut donner à la révision du catalogue de prestations, nous nous y opposerons avec force. Nous osons espérer que l'OFSP sera attentif aux points soulevés dans cet éditorial afin d'équilibrer ce toilettage de manière à ce que chacun des partenaires prenne ses responsabilités; ce qui dans le domaine de la santé publique psychique implique la possibilité d'indiquer des psychothérapies en se fondant sur la clinique de la pathologie mentale et non sur une idéologie du soupçon généralisé.

Dr U. Steiner-König, vice-présidente de la FMH

Dr R. Raggenbass, membre du Comité central de la FMH

1 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). Elle date du 29 septembre 1995.

2 Ces mesures sont limitées au 31 décembre 2010. D'ici là l'OFSP évaluera ses effets avec les assureurs et les prestataires.

3 Dans les consultations préliminaires l'évidence «d'abus» de prestations psychothérapeutiques et de «mauvaises» indications ont à plusieurs reprises été évoquées par l'OFSP et les assureurs sans qu'elle soit objectivement étayée. Il s'agit donc de rumeurs.

4 Cet art. 2 est donc dans l'intérêt direct des patients (leur soin est payé), des assureurs (ils savent pour quelles prestations ils payent) et des prestataires (il permet l'accès par l'assurance de base à la prestation psychothérapeutique).