

A côté de plusieurs autres (dont celui de la radiologie, où l'on tente encore de trouver une solution faisant droit aux attentes tant des radiologues que des non-radiologues), le dossier de la psychothérapie a été l'un des sujets importants et difficiles des premiers mois de l'année. Les négociations menées avec l'OFSP dont le bilan est tiré dans les lignes qui suivent, ont été marquées par une collaboration extrêmement fructueuse entre les instances de la FMH et celles des sociétés de discipline concernées. Nous avons prié Hans Kurt, président de la FMPP, l'organisation faitière des psychiatres, de faire le point ici et le remercions de son intéressante contribution. Les psychothérapies reconnues dans l'OPAS (l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance-maladie) ont incontestablement fait la preuve de leur efficacité. Elles représentent des outils thérapeutiques incontournables dans les soins psychiques et doivent à l'avenir rester accessibles.

Le texte de Hans Kurt démontre que les modifications de l'OPAS proposées par l'OFSP laissent un certain nombre de questions ouvertes, que tout le corps médical devra suivre de manière serrée. Je regrette que les modifications apportées tiennent les assurés à l'écart du débat concernant leurs soins en maintenant une polarisation stérile entre les prestataires et les assureurs. N'aurait-il pas été sage de prévoir pour l'assuré une possibilité de recours directe auprès d'une commission paritaire lorsqu'un de ses soins est contesté par son assureur?

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

## Efficacité accrue! Mais davantage de contrôle en psychothérapie?

Vous en souvenez-vous? Il y a une année de cela, la médecine complémentaire était supprimée de l'assurance de base et le vice-directeur de l'OFSP de l'époque annonçait l'examen de la psychothérapie et de la réadaptation. Au lieu de dialoguer avec les sociétés de psychiatrie et la FMH, l'OFSP déclara que la psychothérapie était trop dispendieuse en estimant que des traitements de 10 à 12 séances étaient suffisants, le reste faisant partie des soins de bien-être et que les troubles du bien-être n'avaient pas leur place dans le catalogue thérapeutique de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Ce fut précisément ces déclarations dépréciatives teintées de méfiance à l'encontre des psychiatres et autres médecins qui ont soulevé le mécontentement et l'indignation, plus que les propositions faites ultérieurement.

Les sociétés de disciplines psychiatriques, bénéficiant du soutien de la FMH, ont attendu jusqu'à fin mars pour être enfin invitées à une audition. Dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), il est prévu de modifier les articles 2 et 3 sur la psychothérapie, même si ces derniers ont fait leurs preuves pendant des années. La nouvelle réglementation de l'OPAS contient une annonce «précoce» (après la 6<sup>e</sup> séance et avant la 10<sup>e</sup>) et un nouveau rapport après 30 séances (donc après 40 séances en tout au lieu des 60 heures jusqu'ici en usage). Le rôle des médecins-conseils est donc considérablement renforcé par rapport à ce qui se faisait précédemment. Les nouveautés seront soumises à évaluation (2007–2010). La différence entre traitement intégré en psychiatrie-psychothérapie et psychothérapie au sens strict du terme est maintenue, l'OPAS demeurant seule valable. Nous avons parlé de méfiance, il s'agit aussi de contrôle renforcé et de surplus de travail bureaucratique.

Des questions sont posées: les données sur les maladies psychiques sont hautement sensibles et dignes de protec-

tion, pas seulement celles concernant les patients, mais aussi celles des familles et des proches. Un nombre accru de rapports, c'est davantage d'informations. Il est aujourd'hui plus que discutable de savoir si les organes des caisses seront en mesure de prendre au sérieux la protection des données. Les médecins-conseils pourront-ils trier et apprécier les nombreux rapports et annonces? Seront-ils à même de maîtriser la difficulté des questions complexes en psychothérapie? Sur le plan légal, la LAMal rend impossible toute procédure de recours suspensive. Donc, la question demeure de savoir ce qu'il advient d'un traitement refusé. Un patient doit-il attendre des mois, voire des années, que sa demande soit clarifiée selon le droit des assurances pour continuer d'être traité? Un second avis en psychiatrie-psychothérapie dans les cas difficiles est donc indispensable.

Il faut s'attendre à ce que les limites fixées à la psychothérapie en suscitent de nouvelles dans d'autres domaines de la médecine. Il faudra se passer de la liberté médicale et de l'art psychothérapeutique. Regrets et déceptions pourront encore s'ajouter à cela si nous avons à fournir des prestations de plus en plus contrôlables et bon marché. Nous collaborons aux nouveautés élaborées entre les divers organes étatiques, les assureurs et nous-mêmes sous forme de partenariat. Mais nous voulons des conditions de travail qui nous permettent de prodiguer à nos patients un traitement correct, de qualité et de bonne tenue. Nous ne pouvons approuver et admettre l'innovation que si elle ne va pas à l'encontre des patients, en particulier des patients psychiquement atteints, qui ne peuvent eux-mêmes défendre leurs droits et ne disposent d'aucun groupe de pression solide.

*Dr Hans Kurt, président FMPP/SSPP*