

## Modification des ordonnances OAMal et OPAS concernant la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans le cadre de l'AOS

### ARGUMENTAIRE et EXPLICATIONS du Comité de la SSPPEA Conséquences pour la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques

Conséquences pour les psychiatres d'enfants et d'adolescents

#### A. Conséquences des modifications des art. 2 et 3 OPAS pour la psychothérapie médicale

##### I. MODIFICATION DES CONDITIONS DE LA PSYCHOTHERAPIE MEDICALE SELON LES ART. 2 ET 3 OPAS SANS AUCUNE CONCERTATION AVEC LA FMPP

Il est inacceptable que des modifications fondamentales ayant un impact sur la qualité du travail aient été apportées aux art. 2 et 3 OPAS, qui réglementent la psychothérapie médicale au sens strict, sans que l'avis des personnes directement concernées, autrement dit les psychiatres d'enfants et d'adolescents, n'aient été demandé.

⇒ **EXIGENCE** : *Les psychiatres d'enfant et d'adolescents exigent d'être impérativement pris en compte dans l'élaboration de la nouvelle OPAS, en ce qui concerne la psychothérapie médicale.*

##### II. IMPACT DE L'ART. 2, ALINÉA 1a ET 1b

Texte OPAS :

- 1a. *l'efficacité de la méthode appliquée est scientifiquement prouvée ;*
- 1b. *elle comprend un **diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final***

Le texte de l'alinéa 1b en français est incomplet. La traduction du texte allemand est :

*elle comprend un **diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final au moyen d'instruments validés.***

Il se pose ici les questions déterminantes suivantes, auxquelles aucune réponse n'est apportée :

#### Nécessité des instruments de mesure en psychothérapie ?

L'introduction de tels instruments de « diagnostic » est inutile pour les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents.

Les psychiatres d'enfants et d'adolescents posent en première ligne un diagnostic sur la base de leur évaluation clinique, et pas au moyen d'instruments de diagnostic

préliminaire, intermédiaire et final. Cas échéant, en fonction des tableaux cliniques, des échelles d'analyse ou des tests peuvent être indiqués pour compléter l'évaluation. Cela relève de la liberté d'appréciation des médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents.

Le choix d'instruments d'évaluation est significatif de la préférence pour un certain type de méthodes thérapeutiques. Pour d'autres psychothérapies, efficaces et scientifiquement reconnues, imposer l'usage de questionnaires constitue une forme d'intrusion dans le processus thérapeutique. Les tests ne sont par exemple pas adéquats pour poser un diagnostic intermédiaire et final en psychothérapie psychanalytique.

En introduisant de tels tests, la Confédération s'immisce de façon inadmissible dans les traitements. En effet, la nouvelle formulation de l'ordonnance accorde sa préférence aux méthodes thérapeutiques de courte durée. Cela réduit la diversité des méthodes thérapeutiques, excluant de fait de l'assurance de base certaines psychothérapies efficaces, attestées et scientifiquement étayées. La diversité des méthodes thérapeutiques doit être garantie.

L'application de ces tests aboutira à constituer une montagne de données. Le texte de l'ordonnance ne donne aucune indication sur ce qu'il adviendra de ces données, ou sur qui sera en charge de leur traitement sur le plan technique et du contenu. Cela pose aussi la question de la protection des données. De plus, le flou demeure au sujet du coût de la collecte de ces données dans les cabinets et du financement de l'analyse d'une telle saisie exhaustive. En outre, de tels tests ne sont pas non plus utilisés en soins somatiques. En médecine, il existe en effet une obligation de traitement, mais pas une obligation d'attester du succès du traitement. Celle-ci ne serait introduite qu'en psychiatrie. Il est à noter que la psychothérapie est l'une des formes de traitement les mieux étudiées, avec des taux d'effet thérapeutique élevés.

Le texte de l'ordonnance est également flou au sujet de la manière dont les résultats d'une telle collecte exhaustive doivent être utilisées à des fins d'assurance qualité. Les cabinets individuels doivent-ils être comparés entre eux au moyen d'une sorte de *benchmarking* ? Et si oui, avec quelles conséquences ? Le risque est grand de voir les thérapeutes procéder dès le début de la thérapie à une sélection des patients susceptibles d'évoluer favorablement. Le cas échéant, les personnes présentant des troubles psychiques graves ou chroniques trouveront difficilement un thérapeute. De plus, le manque de clarté est total sur la manière de gérer les patients « difficilement guérissables », qui ont besoin d'un traitement de soutien à long terme.

Et comment les autres spécialistes (qui ne sont pas des psychiatres) analyseraient-ils les résultats de ces tests alors qu'ils ne disposent pas d'une formation postgraduée spécifique et comment poseraient-ils une indication de prolongation de la psychothérapie ? Finalement, le psychologue ne déciderait-il pas seul de la poursuite de la psychothérapie ?

⇒ **EXIGENCE** : La SSPPEA demande que le point 1b soit supprimé pour la psychothérapie effectuée par un médecin.

### III. DEMANDES DE GARANTIES DE PRISE EN CHARGE DES COÛTS DÉJÀ APRÈS 30 SÉANCES ET RÉDUCTION DE LA DURÉE MAXIMALE DES SÉANCES À 60 MINUTES !

Texte OPAS :

Art. 3 Prise en charge

*L'assurance prend en charge les coûts pour 30 séances diagnostiques et thérapeutiques au plus, d'une durée maximale de 60 minutes pour les thérapies individuelles et de 90 minutes pour les thérapies de groupe. L'article 3b est réservé.*

1. Les **demandes de garantie de prise en charge des coûts** doivent maintenant être soumises avant la 30<sup>e</sup> séance déjà, alors que jusqu'à présent, cela intervenait avant la 40<sup>e</sup> séance.

La décision d'écourter la psychothérapie médicale à 30 séances n'est pas étayée scientifiquement et n'est donc pas compréhensible. Si des tiers s'immiscent trop tôt et de manière répétée dans une psychothérapie, cela nuit au traitement.

De plus, la réduction des intervalles pour demander une prolongation (actuellement après 40 séances et désormais après 30 séances) s'accompagnera d'une augmentation disproportionnée du travail administratif.

⇒ **EXIGENCE** : *Maintien de 40 séances jusqu'à la première demande de garantie de prise en charge des coûts pour la psychothérapie médicale !*

#### 2. Réduction de la durée maximale de la séance de 75 à 60 minutes

**Une séance ne dure pas automatiquement 60 minutes.** Si la durée est réduite, certaines formes de thérapie reconnues scientifiquement ne pourront plus être dispensées ou leur utilisation sera gravement entravée ; il s'ensuivra une baisse préjudiciable de la qualité de prise en charge.

La réduction de la durée de la séance à 60 minutes ne repose sur aucune justification scientifique. Elle équivaut purement et simplement au rationnement d'un acte médical.

⇒ **EXIGENCE** : *Pas de réduction de la durée maximale de la séance de 75 à 60 minutes pour la psychothérapie effectuée par un médecin !*

### B. Questions relatives au nouveau modèle de prescription : conséquences possibles pour les

## patients, ainsi que pour la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique

### I. NOMBRE DE PRESCRIPTIONS PAR CAS DE MALADIE

Combien de prescriptions consécutives un médecin peut-il établir pour un même patient ? Trois prescriptions correspondraient à 45 séances, soit une durée de traitement d'environ un an ? En cas de nécessité, le médecin serait-il disposé à établir dix prescriptions, voire plus, pour le même patient, par exemple en cas de troubles graves et chroniques ?

Contrôle de l'économicité : Quelles conséquences le médecin prescripteur encourt-il s'il prescrit nettement plus de psychothérapies que ses collègues, autrement dit s'il occasionne plus de coûts ?

Instruments validés pour poser le diagnostic intermédiaire et final : Le médecin prescrira-t-il obligatoirement une nouvelle thérapie si le psychologue établit sur la base d'un test psychologique que la poursuite de la psychothérapie est indiquée ? Cela pourrait entraîner des prolongations inutiles de la psychothérapie et donc une multiplication des prestations. Le rôle du médecin prescripteur deviendrait insignifiant.

### II. EFFETS DU MODÈLE DE LA PRESCRIPTION POUR LA PSYCHOLOGIE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

A partir des commentaires qui précèdent, plusieurs scénarios d'avenir sont envisageables :

#### **Les patients atteints de troubles graves ne trouvent plus de place chez un thérapeute.**

Comme de nombreux psychologues-psychothérapeutes ne disposent ni de l'expérience clinique nécessaire, ni des compétences pour dispenser des thérapies de qualité aux patients présentant des troubles graves, le risque est grand de voir ces patients ne pas trouver de place chez un psychologue-psychothérapeute. A eux seuls, les psychiatres d'enfants et d'adolescents ne pourront couvrir les besoins et se charger de toute la prise en charge nécessaire. L'élargissement de l'offre thérapeutique se limiterait alors aux patients souffrant de troubles psychiques légers et pourrait entraîner une multiplication des prestations inutiles.

#### **Soins à deux vitesses : augmentation des thérapies payées de la poche du patient !**

Les patients qui en ont les moyens prendront en charge eux-mêmes la poursuite nécessaire de leur psychothérapie pratiquée par un psychologue et ceux qui n'en n'ont pas les moyens seront pénalisés ou tenteront de consulter un psychiatre d'enfants et d'adolescents.

### III. QUI DOIT PRESCRIRE ?

Que signifie la proposition de prescription par des médecins spécialistes en médecine interne générale, en pédiatrie, en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie des enfants et des adolescents ou par un spécialiste titulaire d'un certificat de formation complémentaire en médecine psychosomatique et psychosociale de l'Académie suisse de médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP) en termes de qualité et de qualification ?

Selon une enquête récente réalisée auprès des membres de la FMPP en juillet et août 2019, 75 % des personnes sondées sont d'avis que seuls des médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, en psychiatrie et psychothérapie pour enfants ainsi que les médecins titulaires d'une attestation de formation complémentaire en médecine psychosomatique et psychosociale doivent pouvoir établir des prescriptions. Au moins 48 % des membres interrogés se disent prêts à établir les prescriptions dans leur cabinet ; de plus, 27 % d'entre eux sont disposés à le faire sous certaines conditions.

⇒ **EXIGENCE** : *La SSPPEA exige que seuls les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que les médecins titulaires d'un certificat de formation complémentaire en médecine psychosomatique et psychosociale (ASMP) puissent établir des prescriptions. Un bon diagnostic différentiel pédopsychiatrique et une indication de qualité à la psychothérapie se fondent sur des constatations tant psychiques que somatiques. Cela présuppose de disposer d'une formation postgraduée de médecin spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie d'enfants et d'adolescents, ainsi que l'expérience quotidienne de la pratique médicale, en contact avec des patient présentant un spectre varié de troubles psychiques. Le médecin spécialiste doit être en mesure de consacrer dans chaque cas le temps nécessaire pour pouvoir procéder avec tout le soin requis aux évaluations, y compris concernant le contexte familial, scolaire, professionnel, etc.*

⇒ **EXIGENCE** : *Si l'Etat s'en tient à son principe du modèle de prescription en ce qui concerne l'élargissement à d'autres disciplines médicales habilitées à prescrire, la SSPPEA demande l'introduction d'une attestation FMH de formation complémentaire « Prescription de la psychothérapie ».*

### IV. CONDITIONS D'ADMISSION DES PSYCHOLOGUES-PSYCHOTHÉRAPEUTES ?

Le projet d'ordonnance exige une expérience clinique supplémentaire d'un an dans une institution psychiatrique-psychothérapeutique après la fin de la formation postgraduée (établissements de formation postgraduée avec reconnaissance ISFM catégorie A ou B).

Avec la réglementation actuelle, de nombreux psychologues-psychothérapeutes ont

des connaissances théoriques, mais ne disposent pas d'une expérience clinique suffisante pour diagnostiquer et traiter des troubles psychiques graves.

Plus particulièrement, les psychologues-psychothérapeutes n'ont quasiment aucune expérience de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques en situations d'urgence et de crise, dans lesquelles une médication est en outre très souvent nécessaire. En conséquence, les psychologues se concentreront dans leurs cabinets sur les « troubles légers ». Dans ce domaine, cela aboutira, déjà rien qu'au vu de leur nombre élevé, à une augmentation massive de l'offre thérapeutique. Il en résultera une nette hausse des coûts dans le domaine de la santé (bien plus importante que les 100 millions de francs prévus), sans amélioration correspondante de la prise en charge dans les domaines où une pénurie avait été constatée (personnes présentant des troubles graves avec plusieurs épisodes, addiction, situations de crise, environnement de développement chargé).

Il manque aux psychologues des éléments importants pour traiter les cas complexes. Cela concerne notamment les troubles somatiques surajoutés, les troubles psychiques causés par des affections somatiques et les maladies psychosomatiques. Sans compter les certificats médicaux, les rapports de l'AI ou autres. Les assurances exigent en effet que les rapports soient rédigés par des médecins spécialistes.

C'est pourquoi la modification de l'ordonnance proposée est une solution ineffective et inefficace pour atteindre les objectifs fixés par le Conseil fédéral. Un accès plus facile à la psychothérapie pour les personnes présentant des troubles psychiques légers (ce qui est tout à fait souhaitable dans le sens d'une amélioration de la prise en charge en dehors des villes et des agglomérations) générera une offre excessive si les admissions des psychologues à pratiquer ne sont pas soumises à une limitation ou à un contrôle (-> mauvaise affectation de l'argent des caisses-maladie). On créera ainsi une situation de prise en charge inadéquate sans remédier à la pénurie. Le diagnostic final exigé via la modification de l'OPAS accentuera encore cette prise en charge inadéquate, étant donné que les personnes atteintes de troubles chroniques et graves, qui ont besoin d'un traitement à long terme, ne réaliseront pas vraiment de « progrès » mesurables. Elles auront de ce fait beaucoup de difficultés à se voir accorder une prolongation de leur thérapie.

Du fait de l'absence de contrôle des admissions et des faibles exigences en matière de formation postgraduée clinique, les institutions psychiatriques perdront de nombreux psychologues qui s'installeront dans leur propre cabinet leur formation achevée. De ce fait, la prise en charge des personnes atteintes de troubles graves par les institutions subira une pression encore plus importante. Dans le même temps, la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques légers augmentera de manière exponentielle.

⇒ **EXIGENCE** : *Les exigences relatives aux compétences cliniques des psychologues-psychothérapeutes en matière de troubles psychiques doivent être revues à la hausse. Comme précédemment, nous demandons une prolongation de la formation postgraduée clinique d'un an (durée actuelle) à deux ans dans les institutions psychiatriques. De plus, dans le projet d'ordonnance actuel, nous soutenons l'exigence d'une expérience clinique supplémentaire de 12 mois après l'obtention du titre fédéral. Nous sommes d'avis que cette expérience devrait impérativement être acquise dans un*

*établissement reconnu par l'ISFM (Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue) de la catégorie A, qui traite par définition un large spectre de pathologies chez un nombre minimal suffisant de patients.*

- ⇒ **EXIGENCE** : *Il y a lieu de supposer que le nombre de psychologues exerçant dans leur propre cabinet augmentera massivement, ce qui entraînera inévitablement une multiplication des prestations. C'est pourquoi la SSPPEA demande que la Confédération prenne ses responsabilités en introduisant une réglementation en la matière (numerus clausus, gestion des admissions à pratiquer au compte de l'AOS).*
- ⇒ **EXIGENCE** : *Nous sommes favorables à la mise sur pied d'un organe de coordination dans le domaine de la formation postgraduée des psychologues, au sein duquel sont représentés les partenaires importants.*

## V. Autres remarques

Vu sous l'angle de la qualité de la prise en charge et de la menace de multiplication des prestations, un délai de cinq ans pour une évaluation et une analyse de l'impact (cf. p. 14 du rapport sur la modification de l'ordonnance) nous paraît beaucoup trop long. Une étude d'accompagnement s'impose impérativement !

- ⇒ **EXIGENCE** : *La SSPPEA doit être impliquée dans l'évaluation et dans l'étude d'accompagnement.*

La période transitoire de 12 mois pour le changement de modèle est trop courte pour pouvoir gérer dans les délais toutes les adaptations de contrat nécessaires. Outre les rapports de travail et les contrats relatifs à l'infrastructure, il est aussi question des rapports contractuels avec des psychologues-psychothérapeutes en train de suivre une formation postgraduée en cabinet.

Comité SSPPEA

Berne, le 26 août 2019

**SGKJPP** Altenbergstrasse 29 | Postfach 686 | 3000 Bern 8  
Telefon 031 313 88 34 | Fax 031 313 88 99 | [sgkjpp@psychiatrie.ch](mailto:sgkjpp@psychiatrie.ch) | [www.sgkjpp.ch](http://www.sgkjpp.ch)