



OFSP et psychothérapie : l'ère de la suspicion. Deuxième saison

Editorial

J.-N. Despland

La révision des articles 2 et 3 de l'OPAS est entrée en vigueur le 1^{er} janvier de cette année. Son adoption par l'OFSP a été fortement contestée, tant en raison de son contenu que de la procédure de consultation minimaliste et cavalière qui l'a précédée.^{1,2} Ses conséquences sur le plan légal, et de manière plus générale sur la modification des rapports de force entre médecins et assureurs, ont été rapidement soulignées.³ En règle générale, il apparaît assez clairement que les médecins-conseils sont dans une situa-

tion aussi inconfortable que les psychiatres psychothérapeutes, même si c'est pour des motifs différents.

Il est encore trop tôt pour établir un quelconque bilan. Parmi les mesures prises, rappelons la création d'une « infoline » (infolinepsychotherapie@vertrauenärzte.ch)⁴ avec le soutien de

l'OFSP et des médecins-conseils, ainsi que le mandat confié à la Commission permanente des assurances (CPA) de la FMPP de centraliser l'ensemble des litiges découlant de l'application de l'OPAS.⁵

Les conflits survenus à ce jour semblent d'abord liés à des malentendus découlant de la rédaction des rapports.⁵ Tant le contenu que la quantité d'informations à transmettre au médecin-conseil semblent confronter le psychiatre psychothérapeute à un dilemme : faut-il veiller à protéger le patient de la divulgation d'informations inutiles au médecin-conseil, ou protéger le patient de décisions basées sur une diffusion trop restrictive des données relatives à son état de santé ?

Le DSM-IV et la CIM-10 étant tout deux des nomenclatures syndromiques, la comorbidité est la règle plus que l'exception. Par ailleurs, nous avons souligné le risque d'une augmentation des coûts liée à la nécessité de mieux documenter le diagnostic au début du traitement.⁶ En effet, une investigation exhaustive va le plus souvent mettre en évidence des troubles psychiatriques qui ne sont pas liés au motif de consultation. Il devient alors possible, voire nécessaire, d'aborder la question de leur traitement, ne serait-ce qu'en raison de l'inquiétude suscitée chez le patient par la mise en évidence de ce diagnostic.

Nous aimerions souligner deux points positifs découlant de l'entrée en vigueur de l'OPAS. Le premier peut paraître anecdotique, même si les assurés qui en ont été les victimes ne le considéreront pas comme tel. Il est en effet apparu qu'une assurance au moins considèrerait que l'ancienne ordonnance s'appliquait à l'ensemble des prestations psychiatriques, et non pas de manière restrictive aux psychothérapies (!). Ce « malentendu » a pu être levé grâce à la distinction claire proposée par les nouveaux articles 2 et 3 révisés entre la psychothérapie au sens strict et les autres formes de traitements psychiatriques : diagnostic et investigation, urgences et interventions de crises, traitements psychiatriques et psychothérapeutiques intégrés, traitements socio-psychiatriques, consultation de liaison, rapports et expertises par exemple. Un certain nombre de litiges ont ainsi pu être réglés, ou sont en voie de règlement.

Deuxième bénéficiaire, majeur celui-ci. La pression mise sur la psychothérapie par l'OFSP permet de faire connaître et diffuser les données scientifiques

«... Son adoption par l'OFSP a été contestée, tant en raison de son contenu que de la procédure de consultation minimaliste qui l'a précédée ...»

Articles publiés
sous la direction des professeurs



François Ferrero

Médecin-chef, Service de psychiatrie adulte, HUG, Genève

Patrice Guex

Chef du Département de psychiatrie, CHUV, Lausanne



Jean-Nicolas Despland

Institut universitaire de psychothérapie
Département de psychiatrie
CHUV, Lausanne



■
■
■
■
■
■
■
■
■

«... Les données à notre disposition nous rendent donc très pessimistes ...»

relatives à l'efficacité, l'économicité et au caractère approprié de ces traitements.^{7,8} Un rapport a été édité par le Département de psychiatrie du CHUV, qui fait le point sur ces questions dans le contexte de l'application de l'OPAS.⁶ Rappelons brièvement que les psychothérapies évaluées à l'aune de la médecine basée sur les preuves ont montré leur efficacité en psychiatrie, qu'elles font partie des traitements les plus efficaces en ce qui concerne la taille de l'effet, qu'elles sont souvent économiques malgré leur coût relativement élevé en raison de la persistance de leurs effets thérapeutiques, par exemple en termes de prévention des rechutes de la dépression.⁹

L'inquiétude reste néanmoins au premier plan. M. Zeltner, dans une interview récente,¹⁰ rappelle que la révision de l'OPAS a été motivée par le constat de la disparité de l'assistance en psychiatrie et psychothérapie entre certaines régions, notamment un important écart ville-campagne. Nous avons rester assez perplexes sur la manière dont cette révision pourrait encourager certains de nos collègues à s'installer à la campagne... La difficulté des médecins de premier recours à transmettre leurs patients à leurs collègues psychiatres et psychothérapeutes est aussi évoquée, ceux-ci étant prétendument trop occupés par des thérapies longues.¹⁰ A notre connaissance, aucune étude n'a été produite qui valide cette hypothèse. Un sondage effectué au sein de la branche romande de la European federation for psychoanalytic psychotherapy (EFPP Suisse romande) a au contraire montré la parfaite concordance entre les pratiques locales de psychiatres psychothérapeutes ayant la réputation de mener des traitements plutôt longs et les données internationales portant sur la durée moyenne de ces traitements, toutes méthodes psychothérapeutiques confondues.¹¹

Les données à notre disposition nous rendent donc très pessimistes quant à l'adéquation entre la révision de l'OPAS et les objectifs explicitement poursuivis selon l'OFSP. Par contre les effets délétères sont malheureusement assurés. En premier lieu, on ne peut pas dire que le climat qui préside aux relations entre citoyens, autorités, assurances et médecins en sorte amélioré. Deuxièmement, et nous souhaitons insister sur ce point, de nombreux patients nous ont exprimé leur inquiétude et le souci que leur traitement ne soit pas remboursé, raisons les amenant à surseoir à un engagement thérapeutique. Il est malheureusement évident que ce ne sont pas les personnes se portant le mieux qui se sentent ainsi mises de côté ou stigmatisées.

Dernier problème, la pression ainsi exercée sur la psychothérapie ne rend pas cette pratique plus attractive pour les futurs médecins. Nous aimerions rappeler à M. Zeltner que le nombre de diplômés visant le titre de psychiatre psychothérapeute FMH a baissé de moitié en cinq ans, passant de 12% à 6%, mouvement qui ne va améliorer ni l'assistance psychiatrique et psychothérapeutique à la campagne, ni améliorer la disponibilité des spécialistes pour leurs collègues médecins de premier recours! Rappelons aussi par ailleurs le nombre croissant de médecins étrangers qui travaillent dans les hôpitaux suisses, évolution qui ne va pas sans poser de problèmes en psychiatrie compte tenu de l'importance de la langue. Si la Suisse allemande peut éventuellement compter sur des médecins formés en Allemagne, il faut souligner que la pénurie de médecins en France est dramatique, particulièrement en psychiatrie. La révision de l'OPAS: un remède inefficace au mieux, aggravant les problèmes ayant motivé son introduction au pire? Espérons que l'avenir démentira ces craintes. A suivre... ■

Bibliographie

- 1 Despland JN, Guex P, Ferrero F. OFSP et psychothérapie: l'ère de la suspicion. Rev Med Suisse 2006;2:2083-4.
- 2 Kurt H. Economie, méfiance et mépris. Bulletin des Sociétés suisses de psychiatrie et psychothérapie 2006;4.06:15.
- 3 Cereghetti A, Pelet O. Nul n'est censé ignorer... que les médecins ont perdu la maîtrise du mandat psychothérapeutique au profit des assureurs. Rev Med Suisse 2007;3:244-7.
- 4 Kurt H. Informations au sujet de l'OPAS révisée. Bulletin des Sociétés suisses de psychiatrie et psychothérapie 2007;1.07:13.
- 5 Vallon P. Actualités de la commission permanente des assurances. Bulletin des Sociétés suisses de psychiatrie et psychothérapie 2007;2.07:15.
- 6 Despland JN, Zimmermann G. Application de la nouvelle ordonnance concernant le remboursement de la psychothérapie dans le cadre de l'assurance de base. Lausanne: Département de psychiatrie, 2007.
- 7 * Despland JN. L'évaluation des psychothérapies. L'Encéphale 2006;32:1037-46.
- 8 * Zimmermann G, de Roten Y, Despland JN. Efficacité, economicité et caractère approprié des psychothérapies: état de la question. Arch Suisses Neurol Psychiatrie, sous presse.
- 9 Simon J, Piling S, Burbeck R, Goldberg D. Treatment options in moderate and severe depression: Decision analysis supporting a clinical guideline. Br J Psychiatry 2006;189:494-501.
- 10 Püschel J. Notification précoce de psychothérapies. Bulletin des Sociétés suisses de psychiatrie et psychothérapie 2007;1.07:10-1.
- 11 Hansen NB, Lambert MJ. An evaluation of the dose-response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. Ment Health Serv Res 2003;5:1-12.