

Modification des art. 2 et 3 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

Projet de l'OFSP du 13 avril 2006

Art. 2 Principe

¹ L'assurance prend en charge la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes ~~qui sont appliquées avec succès dans les institutions psychiatriques reconnues dont l'efficacité peut être prouvée scientifiquement.~~

² 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.

³ La psychothérapie pratiquée en vue de la découverte ou de la réalisation de soi-même, de la maturation de la personnalité adulte ou dans tout autre but que le traitement d'une maladie n'est pas prise en charge.

Art. 3 Conditions

~~1~~ Sous réserve d'exceptions dûment motivées, est pris en charge le traitement équivalent à:

- a. ~~deux séances d'une heure par semaine pendant les trois premières années;~~
- b. ~~une séance d'une heure par semaine pendant les trois années suivantes;~~
- c. ~~une séance d'une heure toutes les deux semaines par la suite.~~

¹ Dans la mesure où l'on peut prévoir que la psychothérapie nécessitera plus de 10 consultations (séances diagnostiques et thérapeutiques), le médecin traitant est tenu d'informer le médecin-conseil, au plus tard après la 8^e consultation ou au plus tard deux semaines avant la 10^e consultation, qu'un traitement a commencé. Cette information doit préciser l'objectif et le but visés par le traitement. Le médecin-conseil se base sur celle-ci pour proposer à l'assureur la prise en charge des coûts de 30 autres consultations au maximum. Dans les 10 jours suivant la réception de cette information, l'assureur communique au médecin traitant, avec copie à l'assuré, le volume des coûts de la psychothérapie qu'il va assumer.

² Pour que, après un traitement équivalent à ~~60 séances d'une heure dans une période de deux ans~~ **40 consultations**, celui-ci continue à être pris en charge, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée. Le médecin-conseil propose à l'assureur si la psychothérapie peut être continuée aux frais de l'assurance et dans quelle mesure. Lorsque le traitement est poursuivi, le médecin traitant doit adresser au médecin-conseil, au moins une fois par an, un rapport relatif à la poursuite et à l'indication de la thérapie. **Le médecin-conseil peut, à titre exceptionnel, fixer un intervalle plus long pour la remise des rapports.**

³ Les rapports adressés au médecin-conseil, en application des al. 1 et 2, ne contiennent que les indications nécessaires à établir si le traitement continuera à être pris en charge par l'assureur.

⁴ **Les chiffres 1 et 2 s'appliquent jusqu'au 31 décembre 2010. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) procède, en collaboration avec les assureurs et les fournisseurs de prestations, à des études scientifiques sur leur application et leurs effets.**

Commentaire :

1. La réglementation proposée est élaborée sur la base des dispositions en vigueur depuis 20 ans. Elle implique deux changements principaux, le premier étant que le thérapeute doit annoncer à l'assurance le début d'une psychothérapie et, le deuxième, que l'examen à faire pour déterminer la poursuite de la prise en charge par l'assurance intervient après 40 consultations et non plus après « 60 séances d'une heure ». Le nouveau libellé, qui continue à garantir l'accès à la psychothérapie aux personnes souffrant de maladies psychiques ou psychosomatiques, permet de soumettre les traitements psychothérapeutiques aux critères de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité.
2. Efficacité (art. 2, al. 1) : L'efficacité des trois méthodes psychothérapeutiques principales (thérapie psychodynamique, thérapie comportementale et thérapie systémique) n'est plus à prouver. La modification minimale apportée au texte autorise le médecin-conseil à demander la preuve scientifique de l'efficacité des thérapies qui ne peuvent être classées dans l'une de ces trois catégories.
3. La définition de la psychothérapie inscrite dans la nouvelle réglementation permet au médecin-conseil de retirer certains traitements annoncés comme traitements psychothérapeutiques de la procédure des rapports prévue à l'art. 3, al. 2. Cela concernerait les cas où les traitements contiennent des éléments psychothérapeutiques s'inscrivant dans le cadre d'un traitement thérapeutique plus large (comprenant des médicaments, des interventions psychosociales, etc...). Ce travail administratif supplémentaire serait compensé, en partie du moins, par le gain de temps qui en résulterait par la suite. Inversement, le médecin-conseil peut, sur la base de cette définition, des factures et du modèle de tarifs appliqué (consultations régulières, pas ou peu de médicaments), demander au médecin traitant si le traitement constitue une psychothérapie au sens de l'ordonnance.
4. Sous ce nouveau régime, le médecin traitant devra notifier au médecin-conseil les psychothérapies commencées. Cette information sera donnée suffisamment tôt pour que le médecin traitant et l'assuré soient en possession, au plus tard lors de la 10^e consultation, d'une garantie de prise en charge des frais émanant de l'assureur pour 30 autres consultations (ou aient reçu une réponse négative à ce propos, ce qui devrait constituer une exception). L'information sera transmise par le biais d'un formulaire, disponible à partir du 1^{er} juillet 2006. Dans les cas de psychothérapie déléguée, le formulaire sera rempli et signé par le médecin délégué. A noter cependant que ce dernier formulera l'énoncé relatif au diagnostic, au concept et à l'objectif de la thérapie en collaboration avec le psychologue travaillant par délégation.
5. Lorsqu'une thérapie nécessite plus de 40 consultations, une demande de prolongation de la prise en charge des coûts par l'assureur doit être adressée au médecin-conseil dans le délai fixé. C'est au médecin traitant qu'il incombe de faire la démarche. Pour les thérapies de longue durée, le médecin traitant devra, comme cela est le cas actuellement, adresser un rapport une fois l'an au médecin-conseil. Le nouveau libellé du texte prévoit cependant que ce dernier, puisse, à titre exceptionnel, fixer un intervalle plus long pour la remise des rapports.
6. Il est prévu que ces nouvelles dispositions entreront en vigueur le 1^{er} juillet 2006. D'ici là, le formulaire prévu pour annoncer le début d'un traitement, qui sera utilisé par l'ensemble des médecins et des assureurs (et élaboré en collaboration avec les associations professionnelles de la psychiatrie), sera prêt. Il s'accompagnera de recommandations destinées aux médecins-conseil quant à son usage. A moyen terme, la formation ad hoc dispensée aux médecins-conseil ainsi que les éventuelles adaptations du formulaire et des recommandations (adaptations faites sur la base de l'évaluation, voir ch. 9 ci-après) devront garantir que les dispositions de l'ordonnance déploient les effets voulus.
7. Pour les psychothérapies qui ont débuté ou débuteront avant le 1^{er} juillet 2006, les dispositions actuelles continueront de s'appliquer. En d'autres termes : le médecin traitant adressera un rapport au médecin-conseil après 60 séances d'une heure ou un an après la remise du rapport précédent. Une disposition transitoire précisant cette procédure sera inscrite dans l'OPAS.
8. Les nouvelles dispositions s'appliqueront jusqu'à la fin 2010 (4 ans et demi). La nouvelle réglementation fera l'objet d'une évaluation scientifique. Il s'agira d'examiner la charge de travail qu'elle implique pour les médecins traitants, les médecins-conseil, les assureurs et les patients, de déterminer si elle leur donne satisfaction, et également d'analyser son influence sur la proportion de thérapies menées à court, à moyen et à long terme. Il faudra en outre établir concrètement la procédure de résolution des conflits qu'elle pourrait générer (discussion entre le médecin traitant et le médecin-conseil ? décision ? recours auprès du tribunal cantonal des assurances sociales ?) Cette évaluation devra être coordonnée avec d'éventuelles autres études prévues ou en cours dans le domaine des soins psychiatriques et psychothérapeutiques.
9. Indépendamment de ces dispositions, les assureurs sont tenus d'appliquer de manière conséquente les règles de remboursement des prestations psychothérapeutiques convenues par les partenaires tarifaires (en particulier la justification de la facturation de ces prestations sur la base des exigences professionnelles requises par Tarmed dans le cadre de la « psychothérapie déléguée »).