



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) concernant

la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues (psychologues-psychothérapeutes) dans l'assurance obligatoire des soins (AOS)

et

la modification des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes prodiguant des soins sur prescription médicale

Modifications prévues pour le (date)

Teneur des modifications et commentaire

Berne, juin 2019

Table des matières

Nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans l'assurance obligatoire des soins (AOS)	4
I. Partie générale	4
1 <i>Situation de départ</i>	4
1.1 Contexte	4
1.2 Réglementation actuelle relative aux psychologues-psychothérapeutes dans l'assurance obligatoire des soins (AOS)	4
1.3 Situation de prise en charge des personnes atteintes dans leur santé psychique	5
2 <i>Grandes lignes de la nouvelle réglementation</i>	9
2.1 Objectif de la nouvelle réglementation	9
2.2 Étendue de la nouvelle réglementation	9
2.3 Conditions d'admission des psychologues-psychothérapeutes	10
2.3.1 Compatibilité avec les obligations internationales de la Suisse	11
2.4 Organisations de psychologues-psychothérapeutes	11
2.5 Conditions d'octroi des prestations	11
2.6 Conditions relatives à la prescription	11
2.7 Prise en charge des coûts	12
Pour éviter un accroissement injustifié du volume des prestations et promouvoir la coordination entre le médecin prescrivant la thérapie et le thérapeute, le nombre maximal de séances doit être fixé à 30, sous réserve de prolongations après garantie de prise en charge par l'assureur (art. 11b, al. 5, OPAS en relation avec les art. 3 et 3b OPAS)	12
2.8 Abrogation de la psychothérapie déléguée pratiquée par des psychologues	12
2.9 Tarification	12
3 <i>Effets</i>	13
3.1 Généralités	13
3.2 Conséquences financières	14
4 <i>Analyse des effets</i>	14
II. Partie spéciale	16
Commentaire des dispositions de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)	16
Art. 46, let. g, OAMal En général	16
Art. 50c OAMal Psychologues-psychothérapeutes	16
Art. 52d OAMal Organisations de psychologues-psychothérapeutes	16
Disposition transitoire relative à la modification du (date)	16
Commentaire des dispositions de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)	17
Art. 2, al. 1, OPAS Principe	17
Art. 3 OPAS Prise en charge	17
Art. 3b, al. 1, OPAS Procédure concernant la prise en charge en cas de poursuite d'une thérapie après 30 séances	17
Section 6 (nouveau) Psychothérapie pratiquée par des psychologues	17
Art. 11b OPAS (nouveau)	17
Disposition transitoire	18
III. Entrée en vigueur	18
Modification des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes prodiguant des soins sur prescription médicale	19
I. Partie générale	19
II. Partie spéciale	20

Commentaire des dispositions de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).....	20
Art. 45, al. 1, OAMal Sages-femmes	20
Art. 46 OAMal En général	20
Art. 47 OAMal Physiothérapeutes.....	20
Art. 48 OAMal Ergothérapeutes.....	21
Art. 49 OAMal Infirmiers et infirmières	21
Art.50 OAMal, <i>phrase introductive</i>	21
Art. 50a OAMal Diététiciens	21
Disposition transitoire concernant la modification du	22
III. Entrée en vigueur	22

Nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues dans l'assurance obligatoire des soins (AOS)

I. Partie générale

1 Situation de départ

1.1 Contexte

Dans sa réponse du 23 novembre 2011, à la question 11.1068 Prelicz-Huber « Prise en charge des psychothérapies non médicales par l'assurance-maladie de base » le Conseil fédéral a annoncé que la future loi fédérale sur les professions de la psychologie (LPsy) harmoniserait la formation de base et la formation postgrade des psychologues-psychothérapeutes à l'échelle nationale et fixerait les exigences à un niveau élevé. Par conséquent, il examinerait, d'une part, différents modèles visant à autoriser les psychologues-psychothérapeutes à facturer leurs prestations et, d'autre part, des propositions concrètes pour remplacer le modèle actuel des psychothérapies dites déléguées.

La nouvelle loi fédérale sur les professions de la psychologie (LPsy ; RS 935.81) et l'ordonnance sur les professions de la psychologie (OPsy ; RS 935.811), entrées en vigueur le 1^{er} avril 2013, ont introduit des dénominations professionnelles protégées et réglementent de manière uniforme à l'échelle nationale la formation de base et la formation postgrade ainsi que l'exercice de la profession de psychologue-psychothérapeute.

Parmi les autres interventions parlementaires déposées dans ce contexte, il faut citer les interpellations suivantes : 16.3060 Eder « Assurance de base. Garantir le traitement des maladies psychiques », 18.3446 Marchand-Balet, « Modèle de prescription pour les psychologues », 18.3864 Kälin, « Psychothérapie pratiquée par des psychologues. Passer à un modèle de prescription et prise en charge par l'assurance de base », 18.3946 Weibel, « Garantir un accès à la psychothérapie psychologique dans l'ensemble des assurances sociales », 18.4016 Marchand-Balet, « Que fait le Conseil fédéral pour remédier à la pénurie et à l'offre nettement insuffisante dans le domaine de la santé psychique et garantir un accès aux soins à la population ? », 18.4186 Marchand-Balet « Ne faut-il pas mettre en œuvre le modèle de prescription des psychologues-psychothérapeutes pour garantir une offre de soins assurés par des professionnels formés en Suisse plutôt que par une relève étrangère ? », 18.4187 Marchand-Balet « Comment le Conseil fédéral compte-t-il résoudre le fait que l'assurance de qualité garantie par la loi sur les professions de la psychologie soit neutralisée, voire annulée par le modèle de délégation encore en vigueur ? » et 19.3245 Marchand-Balet « Comment le Conseil fédéral envisage-t-il de tenir compte de l'important volume d'économies indirectes dans son analyse financière globale du passage au modèle de prescription pour les psychologues ? ».

1.2 Réglementation actuelle relative aux psychologues-psychothérapeutes dans l'assurance obligatoire des soins (AOS)

À l'heure actuelle, les soins prodigués par des psychologues-psychothérapeutes ne peuvent être facturés à l'AOS que si les prestations en question ont été déléguées et fournies sous la surveillance de médecins autorisés dans les locaux de ces derniers. Elles sont alors réputées prestations médicales. Les psychologues-psychothérapeutes fournissent dans leurs cabinets les mêmes prestations, qui sont alors payées par les patients eux-mêmes, ou sont prises en charge par des assurances complémentaires.

Le modèle de la délégation fait figure d'exception dans l'AOS. Il existe depuis 1981 à la suite d'un arrêt du Tribunal fédéral (ATF 107 V 46), qui l'a qualifié expressément de réglementation transitoire jusqu'à ce que la profession de psychologue-psychothérapeute soit réglementée par la loi.

Or, l'admission de la psychothérapie déléguée pratiquée par des psychologues n'est pas réglementée à ce jour. En principe, dans le modèle de la délégation, des personnes soumises uniquement à la surveillance de médecins délégués peuvent fournir des prestations même si elles ne satisfont pas aux exigences de la LPsy. Selon la Convention sur la reconnaissance des unités fonctionnelles TARMED, les psychothérapeutes délégués doivent satisfaire à des exigences équivalant dans une large mesure à la possession d'un titre postgrade fédéral¹. Les personnes au bénéfice d'un titre postgrade étranger doivent obtenir une reconnaissance de la Commission des professions de la psychologie (PsyCo).

En outre, la psychothérapie déléguée est réglementée dans certains cantons et soumise à une autorisation cantonale².

1.3 Situation de prise en charge des personnes atteintes dans leur santé psychique

Épidémiologie

À l'échelle mondiale, les troubles psychiques comptent parmi les maladies les plus fréquentes et les plus handicapantes. Le plus souvent, ils se manifestent sous la forme de dépression, de troubles anxieux et d'addictions. La psychothérapie constitue un traitement reconnu et scientifiquement incontesté pour y remédier. De plus, elle peut permettre d'éviter la prise de médicaments.

D'après les études réalisées, la fourchette de prévalence sur douze mois d'un trouble psychique au moins est de 10 à 30 %. Il convient de faire la distinction entre les taux de prévalence et le nombre de personnes ayant effectivement besoin d'un traitement professionnel. Il n'existe pas de critères uniformément acceptés ou de « systèmes de classification » concernant la nécessité d'un traitement. Les études partent de l'hypothèse que le pourcentage de personnes malades nécessitant des soins est compris entre 25 et 60 %. Des facteurs tels que le degré de gravité, un handicap fonctionnel, les comorbidités ou la durée de la maladie entrent ici en jeu.

Offre

En comparaison européenne, la Suisse affiche une forte densité de psychiatres³ et de psychologues-psychothérapeutes. Elle propose toutefois moins de soins psychiatriques que d'autres pays d'Europe⁴. En termes structurels, l'offre et la répartition des tâches divergent fondamentalement selon les pays⁵.

D'après la statistique médicale de la FMH, le nombre de détenteurs du titre de spécialiste en psychiatrie pour enfants et adolescents ainsi que celui de détenteurs du titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ont tous deux augmenté de 16 % entre 2012 (640 / 3212) et 2017 (745 / 3745). Le nombre annuel total de titres postgrades octroyés et reconnus est resté constant ces dernières années, avec toutefois une diminution du nombre de diplômes fédéraux et part croissante de diplômes étrangers reconnus (actuellement de 50 %).

Toujours selon la statistique médicale de la FMH, 432 personnes détenaient un certificat de capacité en psychothérapie déléguée en 2012, contre 461 en 2017 (soit une progression de 6,7 %).

Il n'est pas possible de se prononcer de façon fiable sur l'évolution du nombre de psychologues-psychothérapeutes, faute de bases de données comparables. L'enquête structurelle portant sur la psychothérapie pratiquée par des psychologues en Suisse indique que 5733 personnes exerçaient dans le domaine des soins aux patients en 2012. En 2018, 5961 personnes étaient au bénéfice d'un titre postgrade de psychologue-psychothérapeute. Cependant, on ne sait pas combien d'entre elles exercent dans le domaine des soins aux patients.

¹ <http://www.sgdp.ch/fr>, rubrique Psychothérapie déléguée / Conditions pour la psychothérapie déléguée / Spartenkonzept_f_V_ambulant.pdf : cf. annexe G, ch. 3

² [http://www.gedap.ch/c050012/gedap/webx.nsf/0/B3FA2514793BF3BDC1257F7400765F24/\\$file/kant-reg-kurz-06-15.pdf](http://www.gedap.ch/c050012/gedap/webx.nsf/0/B3FA2514793BF3BDC1257F7400765F24/$file/kant-reg-kurz-06-15.pdf)

³ OCDE (2014) : *Santé mentale et emploi : Suisse*. Paris : Éditions OCDE. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264205192-fr>

⁴ http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/en/

⁵ Jäggi Jolanda, Kilian Künzi, Nathal deWijn et Désirée Stocker (2017) : *Vergleich der Tätigkeiten von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland* (en allemand, avec résumé en français). Étude menée sur mandat de l'OFSP. Berne : Office fédéral de la santé publique

Recours aux prestations

D'après le rapport de monitoring de l'Obsan « La santé psychique en Suisse » (2016)⁶, le nombre de patients en cabinets de psychiatrie ambulatoire a augmenté de 29 % entre 2010 (347 000) et 2015 (447 000) (principalement dans la psychiatrie pour adultes). Chez les autres médecins, la progression a été de 19 %. Sur les 16,5 millions de consultations médicales effectuées en 2015, 2,7 % l'ont été par des psychiatres. En 2010, ce chiffre était de 2,5 %. Ces consultations relevaient à 89,6 % de la psychiatrie pour adultes et à 10,4 % de la psychiatrie pour enfants et adolescents. Ce rapport est demeuré constant depuis 2010.

En ce qui concerne la psychothérapie pratiquée par des psychologues, l'étude de Stettler et al. (2013) a montré que près de 260 000 patients avaient eu recours à ce type de prestations en 2012. Parmi eux, 85 000 ont été traités dans un cabinet médical, dans le cadre d'une psychothérapie déléguée, 78 000 par des thérapeutes indépendants, 57 000 dans un établissement de soins ambulatoires et 39 000 en milieu hospitalier.

En 2012, selon les données de l'Enquête suisse sur la santé, 5,4 % de la population avaient suivi un traitement en raison de problèmes psychiques. Près d'un tiers des patients atteints de dépression avaient eu recours à un traitement prodigué par des médecins spécialistes en psychiatrie ou à une psychothérapie déléguée. Environ la moitié des patients avaient reçu des soins d'autres médecins de premier recours et d'autres fournisseurs de prestations. Le traitement en milieu hospitalier était donné dans des cliniques psychiatriques, des hôpitaux de soins somatiques et des établissements médico-sociaux. Quant aux soins ambulatoires, ils étaient prodigués dans des cabinets de médecin de famille, de psychiatrie et de psychothérapie, mais aussi dans des services de psychiatrie ambulatoire, des cliniques de jour et des services de soins ambulants (entre autres, services d'aide et de soins à domicile).

Pléthore et pénurie de soins, soins inadaptés

Les données d'études internationales concernant l'écart de traitement (personnes ne bénéficiant pas d'un traitement ne fût-ce que minimalement adéquat alors qu'elles en auraient besoin) varie entre 40 et 65 %. À cet égard, plus l'atteinte à la santé est grave, plus la personne aura tendance à être traitée (Wang et al., 2011).

Selon la littérature spécialisée, l'écart entre le besoin de traitement et le taux de traitement tient à l'interaction entre la situation de l'offre (densité de l'offre de soins, répartition des tâches entre les groupes professionnels et les spécialistes), les entraves ayant pour effet que les offres de soins disponibles ne sont pas utilisées (obstacles linguistiques et culturels, participation aux coûts élevée, mauvaise joignabilité et temps d'attente élevé, absence d'accès facilité) et la relative inertie des personnes concernées (facteurs socioculturels, stigmatisation, absence de motivation à suivre une thérapie). Soulignons que ces deux derniers éléments peuvent avoir des répercussions négatives, d'une part, sur l'évolution de la maladie (dégradation de l'état de santé, évolution chronique) et sur la qualité du traitement (sortie de clinique sans traitement ultérieur adapté, absence de continuité) et, d'autre part, sur l'utilisation des ressources dans le système de soins (séjours en clinique évitables, sollicitation des services d'urgence généraux, travail supplémentaire pour les professionnels) et sur la motivation des personnes concernées à suivre le traitement.

Il est impossible de chiffrer l'ampleur de la pénurie de soins et des soins inadaptés dans la psychiatrie et la psychologie en Suisse car, d'un côté, les données en matière de prévalence, de besoin de traitement et de recours aux soins sont insuffisantes et, de l'autre, les patients atteints de troubles psychiques ne souhaitent pas tous être traités par un psychiatre ou un psychologue. Les informations qualitatives obtenues dans le cadre de l'étude BASS⁷ grâce, d'une part, à des enquêtes représentatives menées auprès de psychiatres, de médecins de famille et de pédiatres et, d'autre part, à de nombreux entretiens individuels et de groupe avec les personnes concernées, les médecins prescripteurs et les médecins traitants ainsi que d'autres experts indiquent que les principales problématiques en matière de pénurie

⁶ <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/la-sante-psychique-en-suisse-2>

⁷ Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). *La situation de prise en charge de personnes concernées par les maladies psychiques en Suisse*.

des soins et de soins inadaptés sont les suivantes :

- enfants et adolescents : capacités insuffisantes en termes d'établissements appropriés et de médecins spécialistes, aucune assertion sûre possible concernant les lacunes en matière de psychothérapie pratiquée par des psychologues ;
- adultes : lacune considérable en raison du manque de professionnels et d'offres rapidement accessibles en situation de crise ou en cas d'urgence ; indices d'un possible manque de soins psychiatriques et psychologiques dans les régions rurales ;
- manque d'offres intermédiaires avec des équipes interdisciplinaires proposant également un encadrement social et un soutien au quotidien ;
- répartition des offres entre les milieux hospitalier, intermédiaire et ambulatoire (médecins et psychologues-psychothérapeutes) ne correspondant pas au besoin ; les cabinets individuels ne couvrent pas les besoins de traitement et d'encadrement des groupes de patients particulièrement affectés par la pénurie ;
- problèmes de financement des prestations de coordination et des offres sociales et de soutien au quotidien compliquant la mise en place d'offres intermédiaires ; cela échappe toutefois au champ d'application de la LAMal.

En comparaison internationale, les systèmes de soins sont structurés très différemment. À l'étranger, la charge de travail est répartie sur davantage de groupes professionnels avec une plus forte implication du personnel non médical dans les soins de santé mentale. En Suisse, les équipes interprofessionnelles sont encore peu établies notamment dans les domaines ambulatoire et intermédiaire. Selon l'étude BASS sur le champ d'activité des spécialistes en psychiatrie par rapport à l'étranger⁸, la très forte densité de psychiatres et les différences en termes de nombre et de part de spécialistes en psychiatrie dans le corps médical s'expliquent par :

- une activité à temps partiel plus fréquente en Suisse ;
- une densité de médecins généralement plus élevée ;
- une plus faible part d'activité proche du patient dans le temps de travail ;
- une délimitation du champ d'activité un peu plus stricte qu'à l'étranger, où les psychiatres ne sont parfois responsables que des cas les plus complexes et les plus graves. En Suisse, l'accès peut être direct, ce qui étend leurs tâches aux premiers examens et à certaines activités relevant des soins de base. Par ailleurs, à l'étranger, certaines tâches sont parfois remplies par d'autres groupes professionnels (soins psychiatriques, psychologie). Quelques-uns des systèmes de santé comparés reposent sur des systèmes de *gatekeeping* où il n'existe pas d'accès direct aux prestations psychiatriques spécialisées. Dans ces pays, il est possible de mettre en œuvre des mesures visant à standardiser le parcours des patients, et le système prescrit de manière plus claire la répartition des rôles et la coordination entre les différents groupes professionnels, alors qu'en Suisse, cela dépend plutôt de l'engagement personnel et des formes de thérapie spécifiques ;
- une part de psychiatres pratiquant la psychothérapie (chronophage par rapport à d'autres thérapies) plus grande qu'à l'étranger, pour des raisons liées à l'histoire du système ;
- à l'étranger, les temps d'attente représentent parfois un grave problème pour l'accès aux prestations psychiatriques, ce qui semble moins être le cas en Suisse.

⁸ Jäggi Jolanda, Kilian Künzi, Nathal deWijn et Désirée Stocker (2017) : *Comparaison des activités de psychiatres en Suisse et à l'étranger*, sur mandat de l'OFSP.

Outre les éléments fournis par les études BASS, les défis suivants sont relevés dans le rapport « Soins coordonnés à l'interface 'soins somatiques aigus – psychiatrie ou clinique psychiatrique' pour les personnes atteintes d'une maladie psychique »⁹ issu du projet « Soins coordonnés » :

- De nombreuses interfaces ont été localisées, aussi bien entre les différents domaines de soins qu'au sein de ceux-ci ou dans des champs d'activité spécifiques. Les maladies somatiques des personnes souffrant de problèmes psychiques sont moins bien traitées que celles d'autres patients en raison de la stigmatisation qui les frappe. Celle-ci, qu'elle soit extérieure ou le fait des patients eux-mêmes, explique le grand nombre de patients non traités ou insuffisamment traités.
- Les patients et les professionnels traitant les troubles somatiques et psychiatriques ne sont pas suffisamment au fait et conscients de la fréquence des comorbidités. Les professionnels sont aujourd'hui hautement spécialisés mais manquent souvent de connaissances de base interdisciplinaires concernant la prise en charge médicale globale. Par conséquent, les maladies physiques des personnes souffrant de troubles psychiques ne sont souvent pas reconnues et traitées de manière suffisante.
- En termes de système de soins et de structure, les modèles comportant des soins psychosomatiques coordonnés sur le plan géographique ou intégrés sur le plan institutionnel sont trop rares, et la collaboration entre les offres en milieu hospitaliers et ambulatoires est jugée insuffisante.
- L'intensification de l'échange interdisciplinaire de connaissances n'est que l'un des nombreux champs pour lesquels il est proposé d'agir.

Résumé de la situation de prise en charge actuelle

- Il est impossible de chiffrer l'ampleur de la pénurie des soins et des soins inadaptés en Suisse, car :
 - les données en matière de prévalence, de besoin de traitement et de recours aux soins sont insuffisantes, et
 - les patients atteints de troubles psychiques ne souhaitent tous pas être traités par un psychiatre ou un psychologue.
- Les informations qualitatives indiquent quelles sont les principales problématiques en termes de pénurie de soins et de soins inadaptés :
 - enfants et adolescents : capacités insuffisantes en termes d'établissements appropriés et de médecins spécialistes, aucune assertion sûre possible concernant les lacunes en matière de psychothérapie pratiquée par des psychologues ;
 - adultes : manque de professionnels et d'offres rapidement accessibles en situation de crise ou en cas d'urgence ; indices d'un possible manque de soins psychiatriques et psychologiques dans les régions rurales ;
 - manque d'offres intermédiaires avec des équipes interdisciplinaires proposant également un encadrement social et un soutien au quotidien ;
 - répartition des offres entre les milieux hospitalier, intermédiaire et ambulatoire (médecins et psychologues-psychothérapeutes) ne correspondant pas au besoin ; les cabinets individuels ne couvrent pas les besoins de traitement et d'encadrement des groupes de patients particulièrement affectés par la pénurie ;
 - problèmes de financement des prestations de coordination et des offres sociales et de soutien au quotidien compliquant la mise en place d'offres intermédiaires ; cela échappe toutefois au champ d'application de la LAMal.
- Les systèmes de soins de tous les pays faisant l'objet de la comparaison internationale sont structurés différemment et répartissent la charge de travail sur davantage de groupes professionnels,

⁹ Schlapbach, M., Ruffin, R. (2017). Soins coordonnés à l'interface « soins somatiques aigus – psychiatrie ou clinique psychiatrique » pour les personnes atteintes d'une maladie psychique – Rapport final. socialdesign sa, sur mandat de l'OFSP.

tout en impliquant plus de personnel non médical dans les soins de santé mentale. En Suisse, les équipes interprofessionnelles ne sont guère encore établies, notamment dans les domaines ambulatoire et intermédiaire.

2 Grandes lignes de la nouvelle réglementation

2.1 Objectif de la nouvelle réglementation

La situation en matière de soins devrait s'améliorer grâce au passage du modèle de la délégation au modèle de la prescription pour la psychothérapie pratiquée par des psychologues.

Le passage à un modèle permettant aux psychologues-psychothérapeutes d'exercer à titre indépendant sur prescription médicale devrait apporter des améliorations pour les patients en raison des aspects suivants :

- a. Meilleur accès à la psychothérapie grâce à :
 - une offre élargie de fournisseurs de prestations (deux groupes de fournisseurs de prestations avec différents points forts) ;
 - une prescription par les médecins de premier recours (accès facilité par rapport à une consultation auprès d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, moins de barrières culturelles, stigmatisation moindre, temps d'attente plus court).
- b. Soins améliorés en situation de crise et en cas d'urgence grâce à la disponibilité de davantage de fournisseurs de prestations.
- c. Qualité accrue des prestations de psychothérapie fournies par des psychologues en raison des obligations inscrites dans la LPsy concernant la qualification (les exigences de la LPsy n'ont pas de validité directe pour les rapports de délégation) et la nouvelle possibilité pour les psychologues-psychothérapeutes et les assureurs de conclure directement des contrats de garantie de la qualité au sens de l'art. 77 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) ou de convenir de mesures telles que prévues par le projet de révision de la LAMal (15.083) « Renforcement de la qualité et de l'économicité ».

L'amélioration de la situation d'approvisionnement en soins permettra de traiter plus rapidement les maladies psychiques et d'empêcher que celles-ci ne deviennent chroniques, avec les traitements à long terme que cela implique, et, dans certains cas, de réduire le risque de rentes octroyées par l'assurance-invalidité. Par ailleurs, un traitement psychothérapeutique peut également réduire le besoin en médicaments.

Il faut néanmoins souligner que, pour améliorer la situation de l'approvisionnement en soins des personnes atteintes de maladies psychiques, diverses autres modifications et mesures en matière de structures de soins et de coordination entre les prestataires sont nécessaires. Ces dernières relèvent de la responsabilité des différents acteurs tels que, notamment, les fournisseurs de prestations, les associations professionnelles et les cantons.

2.2 Étendue de la nouvelle réglementation

La nouvelle réglementation prévue en matière de psychothérapie comprend les deux éléments suivants :

- Passage au modèle de la prescription via l'inscription dans l'OAMal des psychologues-psychothérapeutes en tant que fournisseurs de prestations pratiquant à titre indépendant sur prescription médicale et exerçant pour leur propre compte.
- Modification des conditions de prise en charge des coûts de la psychothérapie pratiquée par des médecins et par des psychologues dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) pour ce qui concerne les mesures de coordination, l'assurance de la qualité et la garantie de l'adéquation et de l'économicité des prestations.

En tant que préalable à la structuration de la nouvelle réglementation, une attention particulière a été apportée au souci d'éviter les coûts supplémentaires non contrôlés et de promouvoir la qualité et la coordination entre fournisseurs de prestations, ce qui est l'un des principaux enjeux des soins de santé actuels. Les règles suivantes ont notamment été introduites en soutien de cet objectif :

- conditions d'admission suivant la loi sur les professions de la psychologie (LPsy) et, en plus, expérience clinique d'une année dans un établissement traitant un large éventail de troubles et ayant une taille minimale quant au nombre de patients traités (cf. ch. 2.3) ;
- établissement d'un diagnostic préliminaire, d'un diagnostic intermédiaire et d'un diagnostic final à l'aide d'instruments validés (cf. ch. 2.5) ;
- limitation de l'habilitation à prescrire des séances de psychothérapie pratiquée par un psychologue (cf. ch. 2.6) ;
- limitation à quinze séances au plus par prescription médicale pour la psychothérapie pratiquée par un psychologue et, en cas de poursuite de la thérapie après 30 séances, exigence que le médecin qui a prescrit le traitement demande à l'assurance une garantie de prise en charge des coûts (cf. ch. 2.6) ;
- exigence d'une garantie de prise en charge de l'assureur en cas de poursuite de la thérapie après 30 séances (cf. ch. 2.7).

2.3 Conditions d'admission des psychologues-psychothérapeutes

Les psychologues-psychothérapeutes habilités à pratiquer sont désormais autorisés à fournir sur prescription médicale toutes les prestations psychothérapeutiques au sens de l'OPAS, en tant qu'indépendants et pour leur propre compte.

Pour être autorisés à exercer leur activité à la charge de l'AOS, les psychologues-psychothérapeutes doivent être titulaires d'un diplôme reconnu en psychologie et d'un titre postgrade fédéral en psychothérapie ou reconnu équivalent au sens de l'art. 9 LPsy (titres postgrades étrangers) ou de l'art. 49, al. 2, LPsy (titres délivrés en vertu de l'ancien droit), ainsi que d'une autorisation cantonale à exercer la psychothérapie au titre d'activité économique privée sous leur propre responsabilité professionnelle conformément à l'art. 22 LPsy (art. 50c, al. 1, let. a et b, OAMal).

De plus, une fois achevée leur formation postgrade, ils devront acquérir une expérience clinique d'un an dans un établissement de psychiatrie et psychothérapie (art. 50c, al. 1, let. c, OAMal). L'ordonnance du DFI sur l'étendue et l'accréditation des filières de formation postgrade des professions de la psychologie (AccredO-LPsy ; RS 935.811.1) régit les filières de formation dans les domaines spécifiques de la branche. Pour la formation postgrade des psychologues-psychothérapeutes en vue de l'obtention du titre postgrade fédéral, l'AccredO-LPsy exige déjà une pratique clinique de deux ans au minimum à 100 % dans un établissement de soins psychosociaux, dont au moins un an dans un établissement de psychiatrie et psychothérapie ambulatoire ou stationnaire (annexe 1 de l'AccredO-LPsy). Cette pratique clinique n'implique cependant pas forcément tout l'éventail des troubles et l'interprofessionnalité nécessaires pour le traitement de maladies dans le cadre de la LAMal. C'est pourquoi une expérience clinique supplémentaire d'un an, acquise dans un établissement qui prépare les personnes aux réalités de l'interprofessionnalité et du vaste éventail de troubles traités, est exigée. Cette année additionnelle ne doit donc pouvoir se dérouler que dans des établissements de psychiatrie et psychothérapie traitant un vaste éventail de troubles et ayant une certaine taille minimale quant au nombre de patients traités. Il est exigé par conséquent que l'établissement en question dispose d'une reconnaissance de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) des catégories A ou B (art. 50c, al. 2, OAMal)¹⁰. Les établissements de formation sont répartis dans différentes catégories en fonction de leur cadre (ambulatoire ou stationnaire), de l'offre de formation postgrade clinique (psychiatrie et psychothérapie générales ou domaines spécialisés) et de leur taille (A, B, C), sur la base du programme de formation postgraduée « Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie » de l'ISFM du 1^{er} juillet 2009, accrédité par le Département fédéral de l'intérieur (DFI), dans la version du 15 décembre 2016).¹¹

¹⁰ https://www.fmh.ch/files/pdf21/wbo_f.pdf

¹¹ Cf. ch. 5.2 du Programme de formation postgraduée « Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie »

En outre, en vertu de la disposition transitoire, les personnes qui, lors de l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation, disposent déjà d'une autorisation cantonale valable au sens de l'art. 49, al. 3, LPsy seront également admises. Elles ne seront pas tenues de satisfaire aux exigences de l'art. 50c, al. 1 (al. 2).

2.3.1 Compatibilité avec les obligations internationales de la Suisse

L'Accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) conclu entre la Suisse et l'Union européenne (UE) exige que les systèmes de sécurité sociale des différents États soient coordonnés entre eux. Mais il n'exige pas une harmonisation de ces systèmes nationaux. Les États contractants restent libres de définir comme ils l'entendent la structure, le champ d'application personnel, les modalités de financement ainsi que l'organisation de leur propre système de sécurité sociale.

Par ailleurs, l'annexe III de l'ALCP règle la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles, reconnaissance qui vise à faciliter aux ressortissants des États membres de l'UE et de la Suisse l'accès à l'exercice de l'activité professionnelle pour laquelle ils sont qualifiés. Celle de psychologue-psychothérapeute n'y figure pas, et il n'existe pas au sein de l'UE de formation harmonisée en psychothérapie.

La nouvelle réglementation inscrite à l'art. 50c, al. 1, let. c, OAMal est compatible avec l'ALCP. L'exigence supplémentaire d'une expérience clinique peut se justifier par l'intérêt public de la sécurité des patients et de la garantie de la qualité du système de santé suisse. Cette réglementation est également proportionnée au regard de la jurisprudence la plus récente du Tribunal administratif fédéral concernant la réglementation d'exception actuelle de l'art. 55a, al. 2, LAMal, selon laquelle la libre circulation des personnes peut être limitée pour des raisons de santé publique : on peut en déduire que les tribunaux concluraient que l'exigence supplémentaire d'une expérience clinique se justifie et qu'elle est compatible avec l'ALCP (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-4852/2015 du 8 mars 2018, consid. 9.6).

2.4 Organisations de psychologues-psychothérapeutes

Les organisations de psychologues-psychothérapeutes répondent au besoin de prestations modernes (stratégie Santé2020 du Conseil fédéral¹²). Elles seront également prises en compte dans l'OAMal avec le nouvel art. 52d, par analogie avec les organisations d'autres fournisseurs de prestations.

2.5 Conditions d'octroi des prestations

L'éventail des prestations de la psychothérapie pratiquée par des psychologues correspond à celui de la psychothérapie pratiquée par des médecins au sens de l'art. 2, al. 2, OPAS.

L'intégration d'une disposition à l'art. 2, al. 1, OPAS exigeant un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final établis à l'aide d'instruments validés doit servir à garantir la qualité et l'adéquation des prestations. Il existe pour la psychothérapie des instruments de mesure validés qui permettent de déterminer le degré de gravité d'une maladie ou des critères pour l'indication d'un traitement. Ces derniers peuvent aussi faciliter la rédaction des rapports à l'intention de l'assurance en cas de demande de prolongation de la thérapie. Ainsi, les assureurs auront également à leur disposition un instrument pour évaluer de manière plus objective le bénéfice attendu de la poursuite de la thérapie. Les partenaires tarifaires doivent veiller à l'uniformité de la structure.

2.6 Conditions relatives à la prescription

Pour éviter un accroissement injustifié du volume des prestations, seuls doivent être compétents pour prescrire une psychothérapie pratiquée par un psychologue, en cas de maladie psychique, des médecins opérant dans les soins de premier recours élargis (médecins titulaires d'un titre postgrade fédéral en médecine interne générale [y c. les titres de médecine générale et de médecine interne en vertu de l'ancien droit], en neurologie, en gynécologie et obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie [pour adultes ou pour enfants et adolescents] et en pédiatrie) ou des médecins titulaires d'un certificat de formation complémentaire en médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP) (art. 11b, al. 1, let. a, OPAS).

¹² <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020.html>

Chaque prescription médicale donne droit à quinze séances de psychothérapie au maximum (art. 11b, al. 2, OPAS). Un nombre réduit de séances par prescription permettra au médecin qui prescrit la thérapie de vérifier si la poursuite de cette dernière est adéquate et favorisera la coordination entre les groupes professionnels. Toute prolongation nécessite une nouvelle prescription après échange d'informations entre le médecin prescripteur et la personne qui effectue la thérapie.

En cas de nouveau diagnostic ou de situation mettant la vie en danger, les prestations fournies à des patients atteints de maladies somatiques graves lors d'interventions en cas de crise ou de thérapies de courte durée, pour dix séances au plus, doivent l'être sans restriction de la compétence de prescription (art. 11b, al. 1, let. b). L'objectif est de garantir que le cercle de patients pouvant particulièrement bénéficier d'un traitement interdisciplinaire en réseau obtienne ou garde un accès rapide à la psychothérapie d'accompagnement (p. ex. psycho-oncologie). La poursuite de la thérapie doit ensuite être prescrite par un spécialiste pratiquant les soins de premier recours élargis au sens de l'art. 11b, al. 1, let. a, OPAS.

2.7 Prise en charge des coûts

Pour éviter un accroissement injustifié du volume des prestations et promouvoir la coordination entre le médecin prescrivant la thérapie et le thérapeute, le nombre maximal de séances doit être fixé à 30, sous réserve de prolongations après garantie de prise en charge par l'assureur (art. 11b, al. 5, OPAS en relation avec les art. 3 et 3b OPAS).

Jusqu'ici, le nombre maximal de séances pour une psychothérapie pratiquée par un médecin s'élevait à 40. En Suisse, une psychothérapie moyenne dure 29 séances (enquête structurelle FSP 2012). Après 30 séances, 55 % des thérapies étaient terminées. En outre, la durée maximale d'une séance sera précisée (60 minutes pour la thérapie individuelle et 90 minutes pour la thérapie de groupe). La psychothérapie peut aussi se faire par unités plus petites, une unité de 30 minutes correspondant par exemple à une demi-séance. L'objectif d'un examen antérieur par une seconde instance est de pouvoir identifier suffisamment tôt les cas pour lesquels il est impossible d'établir la probabilité d'un bénéfice thérapeutique supplémentaire par la poursuite de la thérapie et pour lesquels il faut de toute manière considérer d'autres formes de traitement (type de psychothérapie, médicaments supplémentaires, cadre différent, autres réflexions de base).

2.8 Abrogation de la psychothérapie déléguée pratiquée par des psychologues

La possibilité de déléguer la psychothérapie à des psychologues disparaît, car le modèle de la prescription réglemente de manière exhaustive la psychothérapie pratiquée par des psychologues.

2.9 Tarification

Aujourd'hui, la psychothérapie déléguée en cabinet médical est réglementée au chapitre 02.03 du TARMED. Au moment de l'entrée en vigueur des modifications de l'ordonnance, ces positions TARMED concernant la psychothérapie déléguée en lien avec l'AOS devront être supprimées, car l'AOS ne pourra plus prendre en charge les prestations de la psychothérapie déléguée. Il en va de même pour le chapitre 02.02 « Prestations psychologiques ou psychothérapeutiques non médicales, en psychiatrie hospitalière ».

Par principe, les tarifs et les prix sont conclus dans des contrats entre les fournisseurs de prestations et les assureurs ; la modification de la structure tarifaire des prestations médicales ambulatoires doit donc être décidée en premier lieu par les partenaires tarifaires. Cependant, dans le cadre de ses compétences subsidiaires, le Conseil fédéral a fixé par décision du 18 septembre 2017 (ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance maladie ; RS 832.102.5) la structure tarifaire actuellement applicable à titre subsidiaire en raison du risque d'absence de structure tarifaire. Les partenaires devraient donc convenir de l'application de la structure fixée par le Conseil fédéral, avec les adaptations nécessaires, et soumettre cette convention à l'approbation du Conseil fédéral. Le cas échéant, une adaptation de l'ordonnance en question s'imposera.

Soulignons encore que la seule présence d'une prestation dans la structure TARMED n'implique pas que cette prestation doive être prise en charge par l'AOS. Ce sont les dispositions afférentes de la loi et de l'ordonnance qui sont déterminantes. Par conséquent, selon l'interprétation générale (GI-36) du

tarif, les dispositions relatives à l'obligation de prise en charge et à la prise en charge des coûts des prestations de l'assurance-maladie sociale servant à diagnostiquer et à traiter une maladie et ses séquelles doivent être respectées en vertu de la LAMal, de l'OAMal et de l'OPAS. Un passage au modèle de la prescription avec l'inscription dans l'OPAS de l'obligation de prise en charge pour la psychothérapie pratiquée par des psychologues exclut, du moins de manière implicite, la rémunération de la psychothérapie déléguée.

Dans l'esprit de l'autonomie en matière de tarifs, les partenaires tarifaires, à savoir les psychologues, les hôpitaux et les assureurs, devront désormais convenir du tarif des prestations de psychothérapie pratiquée par des psychologues dans une convention spécifique.

3 Effets

3.1 Généralités

En Suisse, les maladies psychiques engendrent des coûts économiques élevés correspondant à environ 3,2 % du PIB en raison de l'absentéisme, des dépenses sociales pour les personnes sorties du monde du travail, des coûts de traitement et des coûts non-médicaux directs¹³.

Les coûts directs de traitement des maladies psychiques en Suisse sont estimés à 4 à 8 milliards de francs (soit environ 10 % du total des coûts de santé directs), ce qui représente le troisième groupe de coûts, derrière les maladies cardiovasculaires et les troubles musculo-squelettiques¹⁴. Plus de la moitié des coûts proviennent des soins en milieu hospitalier en clinique psychiatrique et autres établissements de soins de longue durée.

Selon les données du pool tarifaire de SASIS SA, la part des coûts de la psychothérapie déléguée pratiquée en cabinet médical dans le total des coûts de psychiatrie ambulatoire (hors soins psychiatriques) est passée de 18,5 % en 2012 à 23,5 % en 2017, ce qui représente des coûts absolus compris entre 160 et 185 millions de francs en 2012, et atteignant près de 290 millions de francs en 2017.

La part des prestations de psychologie déléguée pratiquée dans des hôpitaux (et autres établissements) dans le total des coûts de psychiatrie ambulatoire (hors soins psychiatriques) est passée de 8,4 % en 2012 à 9,1 % en 2017, ce qui correspond à des coûts absolus d'environ 70 millions de francs en 2012 et de près de 110 millions de francs en 2017.

La proportion des prestations fournies par des spécialistes en psychiatrie pour enfants et adolescents s'élève à 7,5 %.

L'amélioration de l'accessibilité de la psychothérapie et de son intégration dans les soins de base doit contribuer à optimiser les soins et, par conséquent, à faire diminuer les coûts engendrés par une absence de traitement. Selon une étude menée au Pays-Bas, qui a estimé les coûts et les bénéfices du traitement des maladies psychiques, le retour sur investissement (ROI) serait de 2,59 euros par euro investi. En tenant compte des avantages sociaux, tels qu'une meilleure productivité et une diminution du nombre de jours de maladie, cette étude a abouti à un ROI de 4,24 euros par euro investi (Lokkerbol, Verhaak et al. 2011).

Une nouvelle étude canadienne¹⁵ a évalué, au moyen d'une simulation basée sur les données nationales en matière d'épidémiologie et de soins, les coûts et les bénéfices des prestations de psychologie intervenant dans le traitement de patients atteints d'épisodes dépressifs sévères. Les résultats obtenus ont montré qu'un dollar investi dans le traitement d'une dépression par des prestations de psychologie faisait économiser à la société, en moyenne, deux dollars (de 1,78 à 3,15 dollars). Dans le détail, l'inclusion des prestations de psychologie dans l'assurance obligatoire des soins sur 40 ans aboutirait à une prévalence sur la vie nettement plus faible des hospitalisations en milieu psychiatrique (27,9 % au

¹³ OCDE. *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz*, rapport de recherche 12/13, 2014 (en allemand uniquement), OFAS

¹⁴ S. Wieser, Y. Tomonaga, M. Riguzzi, B. Fischer, H. Telser, M. Pletscher, K. Eicher, M. Trost et M. Schwenkglens, « Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz » OFSP, Berne, 2014.

¹⁵ H.-M. Vasiliadis, et al. (2017). *Psychiatric Services* 68:9,

lieu de 30,2 %), à une diminution des tentatives de suicide (14,1 % contre 14,6 %) et des décès par suicide (184 au lieu de 250), à un gain de 0,17 année de vie « corrigée en fonction de la qualité » (*quality adjusted*) par personne et à des économies pour la société de 2,590 dollars canadiens en moyenne par personne (de 1,266 à 6,320 dollars).

Si ces chiffres absolus ne peuvent pas être repris tels quels pour la Suisse, ils donnent néanmoins un ordre d'idée.

3.2 Conséquences financières

Les coûts supplémentaires pour l'AOS proviennent principalement du transfert de prestations actuellement financées par les patients eux-mêmes ou par des assurances complémentaires. D'après l'enquête structurelle réalisée en 2012 par le bureau BASS sur la psychothérapie pratiquée par des psychologues en Suisse, les prestations de ce type non remboursées par l'AOS atteignaient cette année-là environ 117 millions de francs. En transposant l'augmentation des coûts des prestations psychothérapeutiques, qui a été de 30 % sur cinq ans dans l'AOS, aux prestations payées par les patients eux-mêmes ou par des assurances complémentaires, on aboutirait pour ces dernières à un total de près de 152 millions de francs en 2017.

Avec le passage au modèle global de la prescription, la LPsy deviendra la condition de l'autorisation de facturer ses prestations. Le cercle de fournisseurs de prestations dans l'AOS diminuera par rapport à aujourd'hui étant donné que les psychologues-psychothérapeutes sans formation de base et formation postgrade conformes à la LPsy ne pourront pas facturer leurs prestations. Sont également concernées les personnes se trouvant actuellement en formation postgrade de psychothérapeute et pouvant aussi travailler selon le modèle de la délégation. Le recul est estimé à 10 %. Cela aura pour effet qu'au moment du changement de modèle, 10 % des coûts totaux de psychothérapie déléguée (estimés à 300 millions de francs par le pool tarifaire de SASIS SA) ne seront pas transférés vers le modèle de la prescription.

Il faut s'attendre en outre à ce qu'un certain nombre de personnes ayant les moyens de payer elles-mêmes leur psychothérapie et ne souhaitant pas que leur assureur obtienne des informations sur leur santé psychique continueront de la financer hors de l'assurance-maladie. Il est toutefois quasiment impossible d'estimer cet effet. En cas de transfert de 80 % seulement des prestations jusqu'ici financées par les patients eux-mêmes ou par des assurances complémentaires, les coûts supplémentaires engendrés lors du changement de modèle s'élèveraient à 98 millions de francs ($152 - 30 = 122$ millions ; moins 20 % = 98 millions).

À long terme, l'effet de la disparition des psychothérapeutes dont la formation postgrade n'est pas conforme à la LPsy devrait être compensé par l'arrivée de personnes formées conformément à la LPsy. On peut s'attendre à une augmentation de volume de 10 % par rapport à aujourd'hui, dans le sens d'une amélioration de la situation de prise en charge, ce qui se traduirait par des coûts supplémentaires de 167 millions de francs par année.

L'amélioration de la situation de prise en charge permet d'espérer d'autres économies dans l'AOS, notamment en évitant les évolutions chroniques et en réduisant le nombre de traitements médicamenteux. On dispose toutefois de trop peu d'indices pour pouvoir chiffrer l'ampleur de ces économies.

4 Analyse des effets

En vertu de l'art. 32 OAMal, l'OFSP procède, en collaboration avec les assureurs, les fournisseurs de prestations, les cantons et des représentants des milieux scientifiques, à des études scientifiques sur l'application et les effets de la loi (art. 32, al. 1, OAMal).

L'OFSP prévoit une analyse afin de suivre les effets de la nouvelle réglementation et d'évaluer dans quelle mesure ses objectifs auront été atteints après cinq ans (y compris en termes de qualité des soins et de coûts supplémentaires) et, le cas échéant, de procéder aux adaptations nécessaires.

Les données (de routine) actuellement disponibles permettent uniquement de se prononcer sur l'évolution du volume des prestations, la répartition régionale et les coûts, mais non sur la qualité et l'adéquation des soins (pléthore et pénurie, et soins inadaptés) ni sur la question de l'accès aux soins. Ces aspects devront faire l'objet d'autres études. Il est très difficile d'apporter une preuve claire de l'amélioration future de la qualité des soins en raison de l'absence de données sur l'état actuel.

II. Partie spéciale

Commentaire des dispositions de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

Art. 46, let. g, OAMal En général

Les psychologues-psychothérapeutes sont admis dans le catalogue des personnes prodiguant des soins sur prescription médicale.

Art. 50c OAMal Psychologues-psychothérapeutes

Pour être autorisés à exercer leur activité à la charge de l'AOS, les psychologues-psychothérapeutes devront être titulaires d'un diplôme reconnu en psychologie et d'un titre postgrade fédéral en psychothérapie ou reconnu équivalent conformément à la LPsy, et disposer d'une autorisation cantonale au sens de l'art. 22 LPsy (al. 1, let. a et b).

De plus, une fois leur formation postgrade terminée, ils devront acquérir une expérience clinique d'un an dans un établissement de psychiatrie et psychothérapie, car la pratique clinique au sens des conditions de la formation postgrade n'englobe pas forcément l'interprofessionnalité ni tout l'éventail des troubles que requiert le traitement de maladies dans le cadre de la LAMal (al. 1, let. c). Cette expérience clinique supplémentaire doit donc être acquise dans un établissement de psychiatrie et psychothérapie traitant un vaste éventail de troubles et ayant une taille minimale quant au nombre de patients traités. Il s'agit là d'établissements disposant d'une reconnaissance de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) des catégories A ou B¹⁶. Les établissements de formation sont répartis dans les différentes catégories selon le programme de formation postgraduée de l'ISFM « Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie » du 1^{er} juillet 2009, accrédité par le DFI, dans la version du 15 décembre 2016 (al. 2)¹⁷.

Art. 52d OAMal Organisations de psychologues-psychothérapeutes

Les organisations de psychologues-psychothérapeutes sont également admises comme fournisseurs de prestations par analogie avec d'autres organisations d'autres prestataires. Au sein de ces organisations, les prestations doivent aussi être fournies par des personnes satisfaisant aux exigences de l'art. 50c OAMal.

Disposition transitoire relative à la modification du (date)

Les personnes qui, lors de l'entrée en vigueur de la modification, disposent déjà d'une autorisation cantonale de pratiquer la psychothérapie sous leur propre responsabilité professionnelle au sens de l'art. 22 LPsy ne seront pas tenues de satisfaire à l'exigence d'une expérience clinique supplémentaire au sens de l'art. 50c, al. 1, let. c (al. 1). Par ailleurs, les personnes qui, lors de l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation, disposent déjà d'une autorisation cantonale valable au sens de l'art. 49, al. 3, LPsy seront également admises. Elles ne seront pas tenues de satisfaire aux exigences de l'art. 50c, al. 1 (al. 2).

¹⁶ https://www.fmh.ch/files/pdf21/wbo_f.pdf

¹⁷ Cf. ch. 5.2 du Programme de formation postgraduée « Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie »

Commentaire des dispositions de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

Art. 2, al. 1, OPAS Principe

Il est ajouté à l'al. 1 qu'un diagnostic préliminaire, un diagnostic intermédiaire et un diagnostic final doivent être établis à l'aide d'instruments validés ; l'objectif est de favoriser la garantie de la qualité et l'adéquation de la fourniture des prestations. Cela vaut aussi bien pour la psychothérapie pratiquée par un psychologue que pour celle pratiquée par un médecin. De plus, on obtiendra ainsi une base grâce à laquelle des valeurs mesurées au moment du diagnostic ainsi qu'en cours de thérapie et à la fin de cette dernière seront disponibles pour chaque patient. Ces données pourront aussi aider à fonder sur des faits les rapports envoyés à l'assureur pour demander une prolongation de la thérapie.

Art. 3 OPAS Prise en charge

Le nombre maximal de séances diagnostiques et thérapeutiques passera de 40 à 30. L'objectif d'un examen antérieur par une seconde instance est de pouvoir identifier suffisamment tôt les cas pour lesquels il est impossible d'établir la probabilité d'un bénéfice thérapeutique supplémentaire par la poursuite de la thérapie et pour lesquels il faut de toute manière considérer d'autres formes de traitement (type de psychothérapie, médicaments supplémentaires, cadre différent, autres réflexions de base). La possibilité de prolonger la thérapie après garantie de prise en charge par l'assureur demeure inchangée. Cette situation s'applique de manière uniforme, que la psychothérapie soit pratiquée par des médecins ou par des psychologues (cf. infra, commentaire de l'art. 11b OPAS). En outre, il est précisé que la durée maximale d'une séance est de 60 minutes pour la thérapie individuelle et de 90 minutes pour la thérapie de groupe. La psychothérapie peut aussi se faire par unités plus petites, une unité de 30 minutes correspondant par exemple à une demi-séance.

Art. 3b, al. 1, OPAS Procédure concernant la prise en charge en cas de poursuite d'une thérapie après 30 séances

Le nombre maximal de séances est adapté par analogie avec l'art. 3 OPAS.

Section 6 (nouveau) Psychothérapie pratiquée par des psychologues

La réglementation en matière de psychothérapie pratiquée par des psychologues se réfère au chapitre 2 « Prestations fournies sur prescription ou mandat médical » et intégrée dans une nouvelle section 6.

Art. 11b OPAS (nouveau)

L'al. 1 prévoit que les psychologues-psychothérapeutes (au sens des art. 46, al. 1, let. g et 50c OAMal) et les organisations de psychologues-psychothérapeutes (art. 52d OAMal) peuvent fournir des prestations sur prescription médicale. Il est indiqué de plus que les prestations englobent les méthodes prévues par l'art. 2, al. 2, OPAS.

L'alinéa 1, let. a énonce comme conditions la prescription par un spécialiste pratiquant les soins de premier recours et le nombre maximal de 15 séances par prescription. En outre, tout médecin pourra émettre une prescription pour les interventions de crise ou les thérapies de courte durée de pour les patients atteints de maladies somatiques graves, en cas de nouveau diagnostic ou de situation mettant la vie en danger (al. 1, let. b). La durée est de dix séances au plus (al. 3).

L'al. 2 précise que le nombre maximal de séances de psychothérapie pratiquée par un psychologue est de quinze par prescription médicale. L'objectif d'un examen antérieur par rapport à la psychothérapie

pratiquée par un médecin est de pouvoir identifier suffisamment tôt les cas pour lesquels il est impossible d'établir la probabilité d'un bénéfice thérapeutique supplémentaire par la poursuite de la thérapie et pour lesquels il faut de toute manière considérer d'autres formes de traitement (type de psychothérapie, médicaments supplémentaires, cadre différent, autres réflexions de base).

Aux termes de l'al. 5, l'assurance prend en charge les coûts pour 30 séances diagnostiques et thérapeutiques au plus, celles-ci devant toutefois satisfaire aux critères de l'adéquation et de l'économicité (art. 32, al. 1, LAMal). Si moins de séances sont nécessaires, le psychologue-psychothérapeute doit limiter ses prestations en conséquence (art. 56, al. 1, LAMal). Les interventions du médecin-conseil sont déjà possibles avant la fin des 30 séances diagnostiques et thérapeutiques. Par ailleurs, la durée d'une séance est définie différemment pour la thérapie individuelle et pour la thérapie de groupe, afin d'en clarifier l'étendue respective, bien que des séances plus courtes et plus fréquentes soient aussi possibles. Les thérapies peuvent être prolongées, moyennant garantie de prise en charge des coûts par l'assureur, suivant la même procédure que pour la psychothérapie pratiquée par un médecin (cf. art. 3b OPAS). La demande doit être présentée à l'assureur par le médecin qui prescrit la thérapie.

Disposition transitoire

Les psychologues-psychothérapeutes qui fournissent actuellement leurs prestations sur la base du modèle de la délégation devront entre autres, dans l'optique du passage à un modèle de la prescription, entreprendre des démarches administratives et organisationnelles qui risquent de prendre du temps. Il en va de même des propriétaires d'un cabinet dans lequel exerce des psychologues-psychothérapeutes délégués. Par conséquent, l'assurance doit pouvoir continuer, pendant encore douze mois au plus, de prendre en charge les prestations de psychothérapie déléguée.

III. Entrée en vigueur

Les modifications devraient entrer en vigueur le (date).

Modification des conditions d'admission des sages-femmes et des personnes prodiguant des soins sur prescription médicale

I. Partie générale

1 Entrée en vigueur de la loi sur les professions de la santé

La loi du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé (LPSan, RS), qui devrait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2020, vise des soins de santé de qualité. Dans l'intérêt de la santé publique, elle entend favoriser la qualité des professions de la santé principalement enseignées dans des hautes écoles spécialisées (formation supérieure). La LPSan régleme nte à cet égard, entre autres, les formations universitaires et définit des exigences uniformes à l'échelle nationale pour les formations *bachelor* dans les soins, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'optométrie, la profession de sage-femme, l'alimentation et la diététique ; mais aussi pour l'ostéopathie au niveau *master*. En outre, elle régit l'exercice des professions concernées sous propre responsabilité professionnelle. Parmi ces règles figurent une autorisation de pratiquer et des obligations professionnelles uniformes tant dans le secteur privé que dans le secteur public.

Un diplôme au sens de l'art. 12, al. 2, LPSan est requis pour obtenir l'autorisation de pratiquer. Il s'agit là des diplômes *bachelor* dans les domaines d'études respectifs. Les infirmiers et infirmières peuvent en outre faire valoir le diplôme d'infirmier/infirmière ES. Les diplômes nationaux délivrés en vertu de l'ancien droit et les diplômes étrangers reconnus équivalents sont équivalents aux diplômes visés à l'art. 12, al. 2, LPSan (art. 34, al. 3, LPSan). L'objectif est de garantir les droits acquis en matière d'accès à la profession.

2 Effets de la LPSan sur l'OAMal

La LPSan régleme nte les formations et l'exercice des professions de la santé des fournisseurs de prestations suivants à la charge de l'AOS :

- Infirmiers/infirmières
- Physiothérapeutes
- Ergothérapeutes
- Sages-femmes
- Diététiciens

Actuellement, pour être autorisées à exercer à la charge de l'AOS, ces personnes doivent présenter un diplôme d'une école professionnelle reconnu (ou reconnu équivalent) par un service désigné conjointement par les cantons. Elles peuvent aussi faire valoir un diplôme reconnu au sens de la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle (RS 412.10).

Le droit en vigueur exige non seulement un diplôme reconnu mais aussi une autorisation en vertu du droit cantonal. La LPSan régleme ntera désormais uniformément les conditions requises pour exercer une profession de la santé sous propre responsabilité professionnelle. Les conditions d'admission au sens de l'OAMal peuvent donc renvoyer directement à la LPSan.

La présente révision prévoit par conséquent une adaptation en ce sens.

II. Partie spéciale

Commentaire des dispositions de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

Art. 45, al. 1, OAMal Sages-femmes

Aux termes de l'al. 1, let. a, les sages-femmes devront désormais être titulaires d'un *Bachelor of Science* HES de sage-femme, d'un diplôme étranger reconnu ou d'un diplôme équivalent délivré en vertu de l'ancien droit selon la LPSan. Ainsi, il est tenu compte de l'entrée en vigueur de la LPSan.

Un complément indiquant que cette activité pratique doit également être exercée sous la direction d'une sage-femme est ajouté à l'al. 1, let. b, ch. 2. Il ne s'agit pas d'un changement matériel, cette exigence ayant été supprimée par mégarde lors de la dernière modification, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Cependant, l'al. 1, let. b, ch. 3 indiquant la possibilité d'une activité pratique de deux ans dans un cabinet médical spécialisé sous la direction d'une sage-femme est supprimé. Dans son arrêt C-7498/2008 du 31 août 2012, le Tribunal administratif fédéral a décidé qu'un médecin ne pouvait pas facturer à charge de l'AOS les prestations du physiothérapeute qu'il employait parce qu'il n'était pas habilité en matière de tarification. La même situation pourrait s'appliquer aux prestations fournies par des sages-femmes. Comme il ne s'agit pas d'une prestation soumise à l'AOS, la disposition est adaptée de manière à ce que l'activité pratique de deux ans ne puisse plus être exercée dans un cabinet spécialisé sous la direction d'une sage-femme.

L'al. 1, let. c, exigera une autorisation cantonale au sens de la LPSan. Plus précisément, il s'agit là d'une habilitation à exercer le métier de sage-femme sous propre responsabilité professionnelle. Les autorisations de ce type octroyées selon le droit cantonal avant l'entrée en vigueur de la LPSan gardent leur validité au sens de l'art. 34, al. 1, LPSan. La preuve d'une autorisation en vertu de la LPSan remplace l'autorisation délivrée par la police sanitaire en vertu du droit cantonal. L'OAMal doit donc être adaptée aux modifications découlant de l'entrée en vigueur de la LPSan. Pour exercer en tant que fournisseur de prestations à la charge de l'AOS, il faut non seulement une autorisation d'exercer sous sa propre responsabilité professionnelle mais aussi continuer de satisfaire aux autres conditions d'admission prévues par l'OAMal.

Art. 46 OAMal En général

Jusqu'ici, les personnes qui fournissaient des prestations sur prescription médicale devaient toujours détenir une autorisation délivrée par la police sanitaire selon le droit cantonal. Avec l'entrée en vigueur de la LPSan et de la LPsy, les conditions d'octroi d'une autorisation d'exercer seront réglementées uniformément par le droit fédéral, même si les cantons continueront de délivrer ces autorisations. Les logopédistes ne sont pas concernés par la LPSan. Une autorisation en vertu du droit cantonal reste donc obligatoire pour eux. Il en va de même pour les neuropsychologues. Si leur formation de base et leur formation postgrade sont réglementées par la LPsy, cette dernière ne prévoit pas d'obligation de disposer d'une autorisation pour exercer l'activité de neuropsychologue. Par conséquent, le droit cantonal en matière sanitaire continue de s'appliquer.

La condition matérielle d'admission à pratiquer à la charge de l'AOS est déplacée dans la phrase introductive des différents articles qui règlent les autres conditions d'admission des personnes qui fournissent des prestations sur prescription médicale. L'al. 2 actuel est par conséquent abrogé.

Art. 47 OAMal Physiothérapeutes

Les physiothérapeutes devront disposer d'une autorisation cantonale au sens de l'art. 12 ou de l'art. 34, al. 1, LPSan (cf. art. 46 OAMal).

Aux termes de la let. a, ils devront désormais être titulaires d'un *Bachelor of Science* HES en physiothérapie, d'un diplôme étranger reconnu ou d'un diplôme équivalent délivré en vertu de l'ancien droit selon la LPSan. Ainsi, il est tenu compte de l'entrée en vigueur de la LPSan.

La let. b demeure pour l'essentiel matériellement inchangée. Toutefois, par souci de lisibilité, la structuration de l'activité pratique de deux ans est améliorée suivant l'exemple de l'art. 45, al. 1, let b, OAMal. Seule la possibilité d'exercer une activité pratique de deux ans dans un cabinet spécialisé sous la direction d'un physiothérapeute satisfaisant aux exigences de l'OAMal disparaît. Dans son arrêt C-7498/2008 du 31 août 2012, le Tribunal administratif fédéral a décidé qu'un médecin ne pouvait pas facturer à charge de l'AOS les prestations du physiothérapeute qu'il employait parce qu'il n'était pas habilité en matière de tarif. Comme il ne s'agit pas d'une prestation soumise à l'AOS, la disposition est adaptée de manière à ce que l'activité pratique de deux ans ne puisse plus être exercée dans un cabinet spécialisé.

Art. 48 OAMal Ergothérapeutes

Les ergothérapeutes devront disposer d'une autorisation cantonale au sens de l'art. 12 ou de l'art. 34, al. 1, LPSan (cf. art. 46 OAMal).

Aux termes de la let. a, ils devront désormais être titulaires d'un *Bachelor of Science* HES en ergothérapie, d'un diplôme étranger reconnu ou d'un diplôme équivalent délivré en vertu de l'ancien droit selon la LPSan. Ainsi, il est tenu compte de l'entrée en vigueur de la LPSan.

La let. b, demeure pour l'essentiel matériellement inchangée. Toutefois, par souci de lisibilité, la structuration de l'activité pratique de deux ans est améliorée suivant l'exemple de l'art. 45, al. 1, let b, OAMal. Seule la possibilité d'exercer une activité pratique de deux ans dans un cabinet médical sous la direction d'un ergothérapeute satisfaisant aux exigences de l'OAMal disparaît. Dans son arrêt C-7498/2008 du 31 août 2012, le Tribunal administratif fédéral a décidé qu'un médecin ne pouvait pas facturer à charge de l'AOS les prestations du physiothérapeute qu'il employait parce qu'il n'était pas habilité en matière de tarif. La même situation pourrait s'appliquer aux prestations fournies par des ergothérapeutes. Comme il ne s'agit pas d'une prestation soumise à l'AOS, la disposition est adaptée de manière à ce que l'activité pratique de deux ans ne puisse plus être exercée dans un cabinet médical.

Art. 49 OAMal Infirmiers et infirmières

Les infirmiers et infirmières devront disposer d'une autorisation cantonale au sens de l'art. 12 ou de l'art. 34, al. 1, LPSan (cf. art. 46 OAMal).

Aux termes de la let. a, ils devront désormais être titulaires d'un *Bachelor of Science* HES/HEU en soins infirmiers, d'un diplôme d'infirmier/infirmière ES, d'un diplôme étranger reconnu ou d'un diplôme équivalent délivré en vertu de l'ancien droit selon la LPSan. Ainsi, il est tenu compte de l'entrée en vigueur de la LPSan.

La let. b, demeure pour l'essentiel matériellement inchangée. Toutefois, par souci de lisibilité, la structuration de l'activité pratique de deux ans est améliorée suivant l'exemple de l'art. 45, al. 1, let b, OAMal.

Art.50 OAMal, *phrase introductive*

Les logopédistes devront être admis selon le droit cantonal (cf. art. 46 OAMal). Pour le reste, cet article demeure matériellement inchangé.

Art. 50a OAMal Diététiciens

Les diététiciens devront disposer d'une autorisation cantonale au sens de l'art. 12 ou de l'art. 34, al. 1, LPSan (cf. art. 46 OAMal).

Aux termes de la let. a, ils devront désormais être titulaires d'un Bachelor of Science HES en diététique, d'un diplôme étranger reconnu ou d'un diplôme équivalent délivré en vertu de l'ancien droit selon la LPSan. Ainsi, il est tenu compte de l'entrée en vigueur de la LPSan.

La let. b, demeure pour l'essentiel matériellement inchangée. Toutefois, par souci de lisibilité, la structuration de l'activité pratique de deux ans est améliorée suivant l'exemple de l'art. 45, al. 1, let b, OAMal. Seule la possibilité d'exercer une activité pratique de deux ans dans un cabinet médical sous la direction d'un diététicien satisfaisant aux exigences de l'OAMal disparaît. Dans son arrêt C-7498/2008 du 31 août 2012, le Tribunal administratif fédéral a décidé qu'un médecin ne pouvait pas facturer à charge de l'AOS les prestations du physiothérapeute qu'il employait parce qu'il n'était pas habilité en matière de tarif. La même situation pourrait s'appliquer aux prestations fournies par des diététiciens. Comme il ne s'agit pas d'une prestation soumise à l'AOS, la disposition est adaptée de manière à ce que l'activité pratique de deux ans ne puisse plus être exercée dans un cabinet médical.

Disposition transitoire concernant la modification du ...

La disposition transitoire prévoit que les sages-femmes et toute personne fournissant des prestations sur prescription médicale (à l'exception des logopédistes et des neuropsychologues) resteront autorisées à exercer à la charge de l'AOS si elles l'étaient déjà lors de l'entrée en vigueur de la présente modification. Une telle disposition transitoire est essentielle parce que l'autorisation d'exercer en tant que fournisseur de prestations requiert désormais une autorisation cantonale d'exercer la profession conformément à la LPSan. Les professionnels de la santé travaillant déjà sous leur propre responsabilité professionnelle ne devraient en principe pas devoir obtenir de qualifications supplémentaires pour remplir les conditions en vigueur à la suite de la mise en application de la LPSan. Il importe de sauvegarder la confiance légitime des intéressés dans l'autorisation de continuer à exercer à la charge de l'AOS la profession qu'ils ont exercée jusqu'ici.

III. Entrée en vigueur

Les dispositions doivent entrer en vigueur le (date).