

pro mente sana
association romande

LA PSYCHIATRIE- PSYCHOTHÉRAPIE FACE AUX NOUVELLES MESURES DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE (LAMaL): ANALYSE DE QUELQUES ENJEUX

PROF. ERIC BONVIN
MÉDECIN PSYCHIATRE-
PSYCHOTHÉRAPEUTE FMH*

* Hôpital du Valais (RSV-GNW):
Directeur du Centre Hospitalier
du Chablais
Médecin-chef du Département
des Institutions Psychiatriques
du Valais Romand
Faculté de biologie et de médecine
de l'Université de Lausanne:
Professeur titulaire au Département
psychiatrie - Centre Hospitalier
Universitaire Vaudois

LE CADRE DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE (LAMaL)

L'entrée en vigueur de la LAMaL, en 1996, a amené un remodelage conséquent de l'ensemble du secteur sanitaire suisse. Rendue obligatoire pour tous les résidents suisses, l'assurance de la LAMaL vise, en contrepartie, à leur garantir l'accès intégral aux soins de base en cas de maladie. Toute une série de critères est peu à peu apparue afin de définir la liste des soins de base pouvant être financés par cette assurance. Dans le même temps, la LAMaL a introduit un important lot de réformes visant à freiner la hausse des coûts de la santé tout en améliorant la qualité et l'efficacité du système sanitaire. Ainsi l'art. 32-LAMaL exige que les prestations médicales répondent aux besoins de la population de manière efficace (dont la démonstration est faite selon des méthodes scientifiques), appropriée et économique. Aujourd'hui cette loi régit l'organisation de l'ensemble du système sanitaire suisse et lui impose des lignes directrices très strictes en matière:

- de planification hospitalière fondée sur les besoins de la population;
- de qualité des prestations médicales délivrées;
- d'économicité visant le contrôle des coûts de la santé.

La poursuite des objectifs posés dans cette loi exige ainsi du système sanitaire qu'il se dote d'instruments de gestion permettant:

- d'évaluer les besoins sanitaires de la population;
- de prédire les ressources et les coûts nécessaires pour répondre à ces besoins;
- de vérifier l'efficacité des prestations médicales délivrées;
- de comparer l'activité des prestataires de soins.

Ce sont donc de nouvelles normes, contraintes et procédures qui se sont imposées au cours de cette dernière décennie, chacune avec leur logique et leur rhétorique. Ainsi en est-il des nouveaux systèmes de gestion, de l'ouverture au libre choix de l'établissement hospitalier par le patient découlant du principe d'économicité, des programmes de management de la qualité et du risque... autant de logiques nouvelles qui échappent à la compréhension d'un grand nombre de patients comme de professionnels qui les soignent.

Les lignes directrices de la LAMaL et les instruments qui permettent de les appliquer sont définis de façon globale et standardisée pour l'ensemble de l'activité sanitaire de notre pays. L'activité médicale est cependant loin d'être homogène et uniforme. C'est, par exemple, tout un monde qui sépare l'activité de la chirurgie de celle de la psychiatrie-psychothérapie. Reste donc à savoir si les lignes directrices de la LAMaL sont, comme les instruments censés les accompagner, vraiment compatibles avec toutes les activités médicales et en particulier avec celles de la psychiatrie-psychothérapie qui soigne les personnes souffrant de troubles psychiques.

LA PLANIFICATION SANITAIRE

La planification sanitaire constitue un des piliers essentiels de la régulation du système sanitaire selon la LAMaL. Placée sous la responsabilité des cantons, elle consiste à déterminer les ressources à engager pour répondre aux besoins de la population malade. Elle se fonde sur les connaissances dont nous disposons sur l'ampleur des maladies dont souffre la population sur un territoire donné (épidémiologie) et sur les ressources sanitaires dont disposent les institutions publiques et privées pour y répondre (santé publique). La complexité de l'analyse croisée de ces deux paramètres oblige cependant à modérer les ambitions de régulation voulues par la LAMaL et ne permet finalement de réserver, pour l'instant, son application qu'au seul domaine hospitalier. Raison pour laquelle la planification sanitaire se cantonne à la détermination du nombre de lits nécessaires à chaque spécialité médicale pour répondre aux besoins sanitaires d'un canton selon les principes de l'assurance de base.

Le domaine sanitaire étant en constante évolution, sa planification ne saurait être définie une fois pour toutes. L'ambition de parvenir à un système de régulation aussi performant et économique que possible exige dès lors d'instaurer un processus permanent de planification. Il s'agit donc pour le planificateur de disposer d'instruments de prévision, de mise en œuvre organisationnelle et d'évaluation suffisamment sensibles, explicites, rapides et accessibles. C'est ainsi qu'il faut comprendre l'impressionnant déploiement, au sein de notre système de santé, d'instruments directement importés du management industriel et qui visent la maîtrise des coûts par leur prédiction (DRG), l'organisation (*public management*) et l'évaluation comparative (gestion de la qualité et des risques, *benchmarking*, cercles qualité, etc.).

UNE GESTION HOSPITALIÈRE BASÉE SUR DES INSTRUMENTS DE PRÉDICTION DES COÛTS

Jusqu'à présent, la rémunération de l'activité hospitalière est définie selon un forfait par journée d'hospitalisation. L'établissement hospitalier est ainsi géré dans le cadre du budget global du nombre de «*journées-malade*» qu'il assure annuellement. Ce système ne permet cependant ni de rendre compte, ni de prédire de façon précise les ressources engagées pour chaque cas hospitalier. Un enjeu majeur de la nouvelle planification sanitaire voulue par la LAMal consiste donc à définir un mode de gestion permettant une meilleure maîtrise des coûts hospitaliers grâce à un système capable, à la fois, de décrire et de prévoir les prestations délivrées dans les hôpitaux suisses. Ce système de gestion devant, en d'autres termes, être capable d'établir une corrélation prédictive et objective entre l'objet du soin – en l'occurrence défini par le diagnostic d'une maladie – et les prestations de soin à engager pour y répondre. C'est précisément ce que propose ce système de gestion mis au point aux Etats-Unis durant les années 1970 et que l'on connaît sous le nom de *Diagnosis Related Groups* abrégé en DRG. Dans le domaine hospitalier prenant en charge des pathologies somatiques aiguës, ce système permet de prédire les ressources nécessaires pour traiter une entité diagnostique dans 80% des cas. C'est donc le forfait par cas défini par DRG qui remplacera, dès 2012, le forfait par journée d'hospitalisation.

BIOMÉDECINE, MÉDECINE BIO-PSYCHOSOCIALE ET PSYCHIATRIE

À l'heure actuelle, les moyens de mise en œuvre de la LAMal se fondent exclusivement sur ceux qui permettent son application dans le domaine de la santé qui nécessite le plus de régulation, à savoir celui de la médecine somatique aiguë qui trouve ses fondements dans le *modèle biomédical centré sur la pathologie*. Modèle qui diffère radicalement du *modèle bio-psychosocial centré sur la personne malade* et sur lequel reposent la médecine communautaire et la psychiatrie. Pour trouver sa place dans la nouvelle organisation sanitaire exigée par la LAMal, la psychiatrie devra donc rendre compte

de cette spécificité qui la rend incompatible, non pas avec l'esprit de la LAMal, mais bien avec les moyens retenus pour l'appliquer puisque ceux-ci correspondent clairement à un autre modèle de soin.

Le modèle biomédical est issu des réformes de la médecine clinique qui ont eu cours durant le XX^e siècle. Insatisfaits des aspects trop aléatoires de l'art médical, les «*réformateurs thérapeutiques*» ont cherché à remplacer le pouvoir d'appréciation du clinicien par la démonstration scientifique de la preuve médicale. Ils ont ainsi défini des *critères interpersonnels* permettant d'*objectiver* les pathologies par divers moyens techniques d'investigation, de procéder à des regroupements diagnostiques et enfin de juger l'effet des thérapeutiques par la méthode de l'*essai contrôlé randomisé en double aveugle*¹. Ainsi, ce ne sont plus les expressions symptomatiques du patient qui sont considérées comme indices de l'existence d'un processus pathologique, mais les signes décelés par les techniques d'investigation et qui échappent souvent à la perception du sujet malade comme du médecin²⁻³⁻⁴.

Les méthodes démontrant l'efficacité des traitements médicaux sont toutes fondées sur le principe de l'étude statistique comparative (*randomisation*) entre des populations porteuses de diagnostics distincts, les unes au bénéfice d'un traitement testé (*verum*) et les autres d'un traitement inerte (*placebo*) ou connu. Ce dispositif vise à écarter toute implication de la *subjectivité* humaine, celle du patient comme celle du thérapeute (*double aveugle*) pour démontrer la supériorité objective d'un *verum* sur l'effet aléatoire et subjectif du *placebo*. Le paradigme biomédical fondé sur les preuves repose en définitive sur le principe méthodologique fondamental du laboratoire: la mise à l'écart de la *subjectivité*, c'est-à-dire de ce qui émane de la nature du *sujet*. Craignant le *biais de subjectivité*, sa rhétorique épistémologique comme ses fondements philosophiques portent un soupçon permanent sur les acteurs du soin comme sur la relation qu'ils engagent entre eux. Ce modèle est strictement centré sur la pathologie qui devient l'objet de la prestation médicale. La relation médecin-malade y est réduite à l'échange minimal d'informations nécessaires à l'amorce du processus de soin.

Elle se résume à une abstraction incarnant l'activité de deux systèmes informationnels standard en interaction⁵. Et lorsque la biomédecine exprime le souci de la personne, elle le fait de façon partielle et maladroite, un peu comme s'il s'agissait d'ajouter un *supplément d'âme* à la technique pour pallier cette carence, alors que dans le fond, plus la médecine est scientifique, plus elle est inéluctablement dépersonnalisée⁶. Le paradigme biomédical est ainsi piégé dans l'intenable paradoxe sur lequel il tente de fonder sa légitimité: entretenir une *méfiance* obstinée à l'égard de son unique *objet* de recherche qu'est le *sujet* humain.

Les réformes de la médecine biomédicale du XX^e siècle ne concernaient cependant que les maladies clairement identifiables du point de vue biologique. Les souffrances exis-

tentielles ou subjectives sont restées du ressort d'un autre domaine de la médecine, celui de la psychiatrie. L'ensemble du corpus des troubles mentaux et du comportement est en effet constitué de souffrances perceptives (peur, douleur, détresse, etc.) qu'aucun moyen n'a permis d'objectiver. De même que tous les traitements psychiatriques proposés (sociaux, relationnels ou biologiques) agissent directement sur la perception de la souffrance et non sur une entité pathologique objectivée. La psychiatrie (comme la médecine communautaire) est centrée, non pas sur la pathologie du patient, mais bien sur la personne souffrante appréhendée selon plusieurs dimensions⁷:

- la perspective bio-psychosociale, à savoir la prise en compte simultanée des dimensions factuelles, perceptives et relationnelles de la personne soignée;
- la prise en compte du patient et du soignant en tant que personnes singulières qui ne peuvent être modélisées, standardisées ou réifiées;
- le partage du pouvoir et de la responsabilité entre soignants et soignés. Le patient, principal partenaire de soin, y joue notamment le rôle d'expert de sa santé comme de son aptitude à faire face à la souffrance que lui cause sa maladie;
- l'alliance thérapeutique constitue le pivot sur lequel prend appui toute relation entre le soignant et le soigné. Ce point d'appui principal se distingue de celui du diagnostic sur lequel repose la relation en médecine somatique aiguë.

Si notre médecine affirme être globale en étant à la fois scientifique et humaine, elle se doit d'intégrer, à part égale, le modèle biomédical centré sur la pathologie qui est capable d'intervenir efficacement sur une cause biologique de la maladie, et le modèle bio-psychosocial centré sur la personne, qui vise à la soulager de sa souffrance.

LES INSTRUMENTS DE GESTION DU MODÈLE BIOMÉDICAL NE SONT PAS ADAPTÉS À LA PSYCHIATRIE

Le modèle biomédical, essentiellement hospitalier, organise ses prestations techniques en processus industriels agissant sur l'objet «*pathologie*» en des lieux clairement identifiés, les hôpitaux, et selon des prises en charge linéaires ou algorithmiques. Ce type d'organisation est suffisamment prédictible pour autoriser une planification et une gestion performantes. Une fois transposée au domaine ambulatoire, cette organisation se complexifie et rend sa planification comme son évaluation bien plus difficiles. C'est pour cette raison que le processus de planification sanitaire en continu voulu par la LAMal ne s'appliquera finalement qu'au domaine hospitalier de la médecine somatique.

Si les instruments permettant d'appliquer les nouvelles directives de la LAMal en matière de planification et de gestion semblent prometteurs dans le domaine des traitements hospitaliers des pathologies somatiques aiguës, c'est loin d'être le cas pour la psychiatrie-psychothérapie. En effet,

celle-ci agit sur des *êtres humains en souffrance* qui suivent des trajectoires thérapeutiques réticulaires, rhizomatiques⁸ et souvent aléatoires. Les spécificités de la pratique de la psychiatrie-psychothérapie rendent la planification et la gestion de cette spécialité de la médecine particulièrement complexes et difficiles:

- le traitement psychiatrique-psychothérapeutique ne se compose pas d'actes techniques ou d'équipements spécifiques mais de simples épisodes relationnels qui ne peuvent pas être définis selon des algorithmes prédéfinis ou des chaînes processuelles standardisées. Davantage que des aptitudes techniques, ce type de traitement exige des soignants une disponibilité relationnelle particulière à la singularité de chaque patient, comme à toutes les situations imprévisibles pouvant survenir lors d'une consultation. Les prestations délivrées ne sont donc pas spécifiques et se résument au seul temps de l'épisode relationnel;
- la consultation ne se résume pas à la gestion d'un processus pathologique mais comprend également des aspects qui dépassent largement le seul cadre biomédical pour atteindre de nombreux aspects psychosociaux, médico-légaux et psycho-éducatifs en matière de prévention de la maladie ou de promotion de la santé... qui sortent du strict champ médical de la LAMal;
- la planification de la psychiatrie ne peut se réduire au seul périmètre hospitalier et l'hôpital n'est pas indispensable à la réalisation des prestations psychiatriques. Cette planification n'a de pertinence que dans la mesure où elle couvre l'ensemble de son champ d'activité qui s'étend de la promotion de la santé mentale à la psychiatrie institutionnelle, en passant par la médecine de premier recours et la psychiatrie ambulatoire. C'est du reste pour cette raison que la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a proposé un guide de planification spécialement consacré à la santé mentale⁹⁻¹⁰.

Ces distinctions nous rappellent que la gestion de la psychiatrie, y compris hospitalière¹¹⁻¹²⁻¹³, est non seulement bien différente de celle de la médecine somatique aiguë mais qu'elle est, en outre, particulièrement complexe. Elles expliquent également les raisons pour lesquelles l'application des DRG au domaine de la psychiatrie hospitalière n'a aucune valeur. Leur score de prédictibilité n'y est en effet que de 20% alors qu'il est de 80% en chirurgie¹⁴. Le système hospitalier américain a pourtant bien tenté, depuis 1980 déjà, de les appliquer à la psychiatrie, mais en vain¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸. Face à ce constat, les instances nationales faïtières de la psychiatrie et des affaires sanitaires (CDS, association des hôpitaux H⁺ et assureurs santésuisse) vont tenter une alternative aux DRG faite de la fusion de deux systèmes de tarification spécifiques à la psychiatrie, le *PsySuisse* et le *P-Tar* qui, ensemble, vont constituer le *TARPSY*¹⁹⁻²⁰. Ce système «par cas» est non prédictif mais il permet cependant de rendre compte de manière exhaustive de plusieurs paramètres:

- la gravité d'un cas clinique définie selon le domaine d'ac-

tivité où il est traité (traitement général, aigu d'urgence, de crise, de réadaptation, etc.);

– la charge de l'activité nécessaire pour le soigner qui peut être appréciée en fonction du nombre de prestataires (médecins, infirmiers, paramédicaux, etc.);

– le temps fondé sur la durée des prestations de soin délivrées par chaque prestataire.

FAIRE RECONNAÎTRE LA SPÉCIFICITÉ DE LA PSYCHIATRIE AU SEIN DU SYSTÈME SANITAIRE

En conclusion, les instruments de gestion actuellement retenus dans le cadre de la LAMal sont exclusivement conçus sur la base du modèle biomédical centré sur la pathologie organique, sans aucune prise en compte des spécificités de la clinique psychiatrique centrée sur la personne souffrante. Ils ne sont par conséquent pas aptes à rendre compte adéquatement de l'activité du domaine de la santé mentale.

Les problèmes rencontrés pour la planification de la santé mentale ou la mise en place d'un modèle de tarification (TARPSY) qui soit adapté, tant aux exigences de la LAMal qu'aux spécificités de la psychiatrie, représentent la pointe d'un iceberg que nous commençons à peine de découvrir. Planifier et gérer une activité sanitaire aussi globale que celle de la santé mentale au sein d'un système socio-sanitaire aussi fragmenté que le nôtre²¹, tout en répondant à des exigences définies pour un autre modèle de pratique (biomédical), tels sont les défis que ce domaine de la médecine aura à relever au cours des prochaines années. Pour y parvenir, les acteurs de la psychiatrie et les planificateurs sanitaires devront s'atteler à concevoir un système de planification et de gestion entièrement adapté aux spécificités de la santé mentale et capable de planifier, de rendre compte de l'activité et de permettre d'ajuster les infrastructures institutionnelles aux besoins de la population comme des professionnels. Il s'agira donc de développer des instruments de gestion spécialement adaptés pour accompagner autant la mise en œuvre complexe de la planification de la santé mentale que l'activité clinique quotidienne de la psychiatrie-psychothérapie.

Dans le contexte de notre politique sanitaire, ces démarches sont cruciales à plus d'un titre. D'une part parce qu'elles seules permettront une réponse adaptée aux besoins de la population souffrante en matière de santé mentale et, de l'autre, parce qu'elles permettront de redonner une place à celles que l'application exclusive du modèle biomédical écarte: les personnes malades et soignantes engagées ensemble dans une relation de soin. Mais la voix des acteurs de la psychiatrie-psychothérapie se trouve particulièrement marginalisée dans les débats actuels sur le système socio-sanitaire. Il apparaît dès lors plus important que jamais que les professionnels, les personnes souffrantes concernées, leurs proches comme les citoyens et les autorités concernées, se mobilisent ensemble pour exiger de notre système sanitaire qu'il accorde une juste place aux spécificités de la

santé mentale et de la psychiatrie au sein de notre système sanitaire.

- 1 Marks H., *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques [1900-1990]*. Institut Synthélabo – Les empêcheurs de penser en rond, Le Plessis-Robinson, 1999.
- 2 Siegler M., Osmond H., *Models of madness, models of medicine*. MacMillan, New York, 1974.
- 3 Engel G., *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Science, 1977 (196): 129-136.
- 4 Cassell E.J., *The nature of suffering and the goals of medicine*. The New England Journal of Medicine 1982, 306: 639-645.
- 5 Szasz T., Hollander M., *A Contribution in the Philosophy of Medicine: the basic models of the doctor-patient relationship*. Archives of Internal Medicine 1956, 97: 585-592.
- 6 Atlan H., *L'argument d'efficacité: médecine scientifique contre nostalgie scientifico-mystique*. In Khayat D. Vous avez dit santé? Latresne, Le Bord de l'Eau, 2001, p. 89-94.
- 7 Mead N., Bower P., *Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature*. Social Science and Medicine 2000, 51: 1087-1100.
- 8 Deleuze G., Guattari F., *Capitalisme et Schizophrénie: 1. L'Anti-Œdipe*. Minuit, Paris, 1972.
- 9 Bonvin E., Basterrechea L., Guez P., *La psychiatrie sous double contrainte, enjeux de la planification en santé mentale*. Revue Médicale Suisse, 2009, 5, p. 1837-1841.
- 10 *Guide «Planification de la psychiatrie»*. Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé – CDS, Berne, juillet 2008.
- 11 Essock-Vitale S., *Patient Characteristics Predictive of Treatment Costs on Inpatient Psychiatric Wards*. Hosp Community Psychiatry 38: 263-269, March 1987.
- 12 Frank R.G., Lave J.R., *The Effect of Benefit Design on the Length of Stay of Medicaid Psychiatric Patients*. Journal of Human Resources, 21, no. 3 (1986): 321-337.
- 13 Lave J.R., Frank R.G., *The Effect of the Structure of Hospital Payment on Length of Stay*. Health Services Research. 1990 June; 25(2): 327-347.
- 14 Frank R.G., Lave J.R., *The Psychiatric DRGs: Are They Different?* Medical Care. 1985, 22, 1148-1155.
- 15 Siegel C., Alexander M.J., Lin S., *Prospective Payment Systems: A More Accurate Model Than DRGs*. Proc. Annu. Symp. Comput. Appl. Med. Care. 1985 November 13: 451-454.
- 16 Morgenlander K.H., Greenwald D.E., *Psychiatric DRGs: the legal and ethical impact*. Qualitative Rev Bull. 1985, June; 11(6): 175-179.
- 17 English J.T., Sharfstein S.S., Scherl D.J., Astrachan B., Muszynski I.L., *Diagnosis-related groups and general hospital psychiatry: the APA Study*. Am. J. Psychiatry 1986; 143: 131-139.
- 18 Minard M., *Politique, économie et psychiatrie*. Sud/Nord (ères), 2004, 19, p. 75-98.
- 19 Schenker L., *Des DRG pour financer les hospitalisations en psychiatrie?* Compétence, 2010, 1-2, p. 16.
- 20 Schöneneberger U., *Psyhuisse: un tarif doit être compréhensible pour les patients!* Compétence, 2010, 1-2, p. 15.
- 21 Rapport 2008 de l'Association latine d'analyse des systèmes de santé (ALASS).