

Psychothérapies : que paie l'assurance-maladie?

Par Jean-François Steiert, conseiller national, vice-président de la Fédération suisse des patients

« Ai-je droit à un remboursement de séances de psychothérapie par l'assurance-maladie obligatoire ? Cas échant, quelles sont les conditions à remplir et pendant combien de temps un tel remboursement peut-il être obtenu ? »

La loi fédérale sur l'assurance-maladie ne parle pas formellement de psychothérapies : elle énumère de manière exhaustive les prestataires pour lesquels un remboursement des traitements est assumé par l'assurance-maladie obligatoire. Il s'agit principalement des médecins et des chiropraticiens, auxquels s'ajoutent des spécialistes qui fournissent des prestations sur prescription ou sur mandat médical. L'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie obligatoire précise quelles sont les professions concernées : il s'agit des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des infirmières et infirmiers, des logopédistes/orthophonistes ainsi que des diététiciennes et diététiciens. Par crainte d'une augmentation importante des coûts de l'assurance-maladie de base, le Département fédéral de l'intérieur, en charge du domaine de la santé, s'est en revanche toujours opposé à faire figurer les psychothérapeutes sur cette liste, de sorte que les thérapies effectuées par des psychothérapeutes indépendants ne sont pas prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire, mais – souvent partiellement – par certaines assurances complémentaires uniquement. Cette pratique pourrait peut-être changer suite à l'entrée en vigueur, à une date qui reste à préciser, de la loi sur les professions des domaines relevant de la psychologie, qui vient d'être adoptée par le Parlement fédéral.

Remboursement seulement dans certains cas particuliers

Si certains traitements peuvent néanmoins être remboursés dans le cadre de l'assurance-maladie de base, cette possibilité est réservée aux médecins agréés qui disposent d'une formation de psychothérapeute et aux psychothérapeutes salariés par un médecin (psychothérapie déléguée). En 2003, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que pour ce dernier cas, il ne suffit pas que le thérapeute travaille dans un cabinet médical, mais qu'il doit être en dépendance financière directe du médecin, sous forme d'un rapport employeur – salarié. L'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins précise de manière détaillée, à son article 2, quelles sont les prestations (types de thérapies) qui peuvent être remboursées.

Les limites du remboursement

Attention : même si votre thérapeute est admis à pratiquer aux frais de l'assurance-maladie obligatoire comme médecin-thérapeute ou comme thérapeute dépendant, la prise en charge n'est pas illimitée. Tout traitement nécessitant à première vue plus de 10 séances doit être notifié au médecin-conseil de l'assureur, au plus tard après la 6^e consultation. Cette demande de prise en charge vaut pour 30 séances supplémentaires au maximum. Si la thérapie se prolonge au-delà de ce nombre total de 40 séances, une nouvelle demande devra être présentée au médecin-conseil. Le droit au remboursement dépend donc de manière importante des décisions prises par les médecins-conseils des assureurs.