

Ergothérapie : quelle prise en charge par l'assurance-maladie ?

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

« Suite à une maladie, ma fille a eu des douleurs persistantes à un doigt. Notre médecin de famille lui a recommandé de suivre une thérapie auprès d'une ergothérapeute, ce qu'elle a fait pendant environ quatre mois, avec succès. Après avoir envoyé à ma caisse-maladie les factures de ce traitement, j'ai été informée que les frais n'étaient pas pris en charge parce que je n'avais pas d'ordonnance médicale jointe au dossier. L'ergothérapeute m'a pourtant confirmé que les frais du traitement étaient couverts par l'assurance-maladie obligatoire. Qu'en est-il ? Puis-je récupérer au moins une partie des frais auprès de mon assureur ? »

Les ergothérapeutes font partie, avec les physiothérapeutes, les infirmières et infirmiers, les logopédistes/orthophonistes ainsi que les diététiciennes et diététiciens, des professions médicales pour lesquelles l'assurance-maladie prend en charge les frais de traitement à certaines conditions : en tout premier lieu, les prestations doivent être fournies sur prescription ou sur mandat médical. D'autre part, les personnes qui exercent ces professions doivent être au bénéfice de diplômes reconnus ; pour les ergothérapeutes, l'ordonnance sur l'assurance-maladie demande en outre un pratique de deux ans au moins « sous la direction d'un-e ergothérapeute reconnu-e ».

Une couverture limitée dans le temps

L'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) précise, pour chacune de ces professions médicales, quelles sont les prestations remboursées. En ce qui concerne les ergothérapeutes ou les organisations d'ergothérapie, l'article 6 de l'ordonnance fixe le nombre maximal de séances prises en charges par l'assurance-maladie obligatoire : « L'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus les coûts de neuf séances dans une période de trois mois depuis la prescription. » Si la durée du traitement dépasse la période de trois mois ou si les neuf premières séances s'avèrent insuffisantes, une nouvelle prescription médicale est nécessaire pour assurer la poursuite du traitement aux frais de l'assurance-maladie obligatoire. Enfin, après un traitement équivalant à 36 séances, celui-ci peut continuer à être pris en charge uniquement si le médecin adresse un rapport au médecin-conseil de l'assureur avec une proposition dûment motivée. Il incombe ensuite au médecin-conseil de proposer de poursuivre ou non la thérapie aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure. Enfin, le tribunal fédéral des assurances a retenu dans un arrêt de 2004 que les séances d'ergothérapie ne devaient être prises en charge pour le traitement de difficultés de développement qu'en cas de troubles somatiques graves.

Dans votre cas, les prestations fournies pendant quatre mois équivalent à une période de base de trois mois et une période supplémentaire, à condition que le nombre de consultations n'ait pas été supérieur à 18 (deux séries de neuf traitements). Dans ces conditions, et dans la mesure où le traitement a été consécutif à une recommandation de votre médecin, il vous faut demander à ce dernier de vous fournir deux prescriptions écrites : une pour la période de base de trois mois et une

pour les traitements supplémentaires. Sur la base de ces pièces, votre assureur devrait vous rembourser. Dans le cas contraire, une association de défense des patients pourra se charger d'exiger le remboursement.