



Présomption de prise en charge obligatoire

# Une lueur d'espoir contre la bureaucratie ?

Les demandes de renseignements inutiles de la part des assureurs prennent du temps et sont source de stress. Le Tribunal fédéral vient de trancher en entérinant la « présomption de prise en charge obligatoire », un principe qui devrait soulager les médecins dans l'exercice de leur profession.



**Sven Streit**  
Prof. Dr méd. Dr phil.,  
spécialiste en médecine  
interne générale,  
médecin de famille et  
directeur des soins de  
base interprofessionnels,  
Institut bernois  
de médecine de famille  
(Bernar Institut  
für Hausarztmedizin,  
BIHAM), Université de  
Berne

Qui n'a jamais fait l'expérience de l'absurdité de la bureaucratie au quotidien ? Beaucoup d'entre nous ont déjà été confrontés à ce type de situations: des

patients qui ont besoin de matériel pour l'incontinence et qui doivent « prouver » la fréquence de leurs pertes; des patients atteints de diabète, traités depuis longtemps selon les guides de pratique et la liste des spécialités, qui reçoivent de leur caisse-maladie un questionnaire long comme le bras leur demandant depuis quand ils souffrent de diabète, quelles sont leurs valeurs et quels médicaments ils prennent; ou encore des patients bénéficiant d'un traitement de longue date, pour lesquels on nous demande de réaffirmer l'indication à grand renfort de formulaires et d'attestations supplémentaires. Sous prétexte de devoir vérifier la prise en charge par l'assurance obligatoire

des soins, ces démarches administratives font perdre un temps précieux aux médecins de famille comme aux patients. Mais s'agit-il vraiment d'une obligation ?

## Une lueur d'espoir inattendue

Un récent arrêt du Tribunal fédéral [1] mérite que l'on s'y attarde. Il y est question d'une « présomption de prise en charge obligatoire », qui considère que lorsqu'un traitement est prescrit par un médecin, les caisses-maladie doivent partir du principe qu'il remplit les conditions de prise en charge par l'assurance obligatoire, sauf en cas de doutes avérés quant à son efficacité, son adéquation ou son caractère économique. J'avoue qu'en

17 ans de carrière, je n'en avais jamais entendu parler. C'est précisément pour cela que ce principe suscite une lueur d'espoir, car il contrebalance ce sentiment de devoir constamment tout prouver et tout justifier.

### Pourquoi les assureurs insistent-ils ?

Il va de soi que les assureurs ne posent pas ces questions uniquement par goût de la bureaucratie. Ils le font aussi parce que les autorités de surveillance [2] les obligent non seulement à vérifier les prestations de manière détaillée, mais aussi, d'après les échos que j'ai eus, de le faire plus fréquemment. Cette pression a conduit au fil des ans à un renforcement des mécanismes de contrôle, dont la conséquence est une augmentation des tâches administratives pour tous.

### Relancer la discussion

Selon moi, cet arrêt du Tribunal fédéral offre de nouvelles perspectives: la présomption de prise en charge obligatoire pourrait servir de base à de nouvelles discussions entre médecins et assureurs. Au

lieu de remettre constamment chaque prestation en question, nous pourrions convenir de respecter cette présomption et de ne procéder à un examen approfondi qu'en cas de doutes avérés. Cela accroîtrait non seulement l'efficacité, mais témoignerait également de la confiance au travail des médecins tout en facilitant l'accès des patients au remboursement des coûts, sans incertitude ni risque financier.

### Conclusion

Ce n'est que si les médecins, les assureurs et les autorités de surveillance travaillent main dans la main que nous pourrions avancer. La présomption de prise en charge obligatoire offre une possibilité de réduire les tâches administratives inutiles et de consacrer à nouveau du temps à ce qui compte vraiment: nos patients. ●●●

**Correspondance**  
sven.streit@unibe.ch

### Littérature

- 1 Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_281/2024 du 28 juillet 2025. URL: [https://search.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/aza/http/index.php?highlight\\_docid=aza://28-07-2025-9C\\_281-2024&lang=de&zoom=&type=show\\_document](https://search.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/aza/http/index.php?highlight_docid=aza://28-07-2025-9C_281-2024&lang=de&zoom=&type=show_document) (non traduit)
- 2 <https://www.efk.admin.ch/fr/audit/surveillance-des-assurances-maladie-analyse-de-la-surveillance-exercee-par-lofsp-et-la-finma/>

### Mon conseil

Si les assureurs vous posent des questions, n'hésitez pas à vous référer à l'arrêt du Tribunal fédéral sur la présomption de prise en charge obligatoire. Lorsqu'un traitement est prescrit par un médecin, les caisses-maladie doivent partir du principe qu'il remplit les conditions de prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, sauf en cas de doutes avérés quant à son efficacité, son adéquation ou son caractère économique.

# L'écho de la recherche

Grossesse

## La gratuité des soins profite aux plus démunis

**La gratuité des soins pour les femmes enceintes dans le cadre de l'assurance de base porte ses fruits: les assurées issues de ménages modestes ont davantage recours à certaines prestations, et la santé de leurs nouveau-nés s'améliore légèrement.**

Depuis 2014, les femmes enceintes en Suisse sont exemptées de la participation aux coûts dans le cadre de l'assurance de base à partir de la 13<sup>e</sup> semaine de grossesse et jusqu'à huit semaines après l'accouchement: elles ne paient ni franchise ni quote-part. Avec cette exonération des frais, le Parlement voulait éviter que les femmes souffrant de complications pendant leur grossesse paient des frais de santé plus élevés que les femmes sans complications, ou que les futures mères renoncent à une aide médicale pour des raisons financières. Les économistes de la santé de

la caisse-maladie CSS ont maintenant examiné les effets de la réforme à partir des données d'environ 13 500 grossesses. Dans l'ensemble, ils ont constaté que les dépenses totales pour les femmes enceintes n'avaient que légèrement augmenté en raison de la modification de la loi, soit d'environ 150 francs par grossesse. Certaines prestations ont toutefois connu une évolution significative: le recours à la physiothérapie a augmenté de 30% et les coûts des analyses de laboratoire ont augmenté de 5%. Les dépenses ont le plus changé chez les femmes ayant un revenu inférieur à la moyenne: pour elles, les dépenses totales ont augmenté de près de 5% et celles liées à la physiothérapie de 50%. Dans ce groupe, certains indicateurs de santé des nouveau-nés se sont également améliorés, notamment le poids à la naissance. Pour les mères elles-mêmes, aucun effet mesurable sur la santé n'a été constaté. Même dans le système suisse de santé, avec son



assurance de base complète, la participation aux coûts semble donc freiner le recours aux prestations nécessaires, mais des allègements ciblés pourraient réduire les inégalités sociales dans le domaine de la santé.

### Source

Hochuli P, Schmid C. Insurance Expansion During Pregnancy. Health Economics. 2025; 34:1595-1613