

La prescription de physiothérapie

Réponses aux questions les plus fréquentes

En tant que partenaires du domaine de la santé, les physiothérapeutes constatent que certains médecins sont réticents à prescrire des séances de physiothérapie parce que les assureurs leur demandent constamment de justifier cette dépense. Nous espérons que ces lignes permettront aux médecins d'avoir moins de charge administrative due à la prescription de physiothérapie.

Nous vous remercions chaleureusement de votre collaboration.

Notre Secrétariat de Physiogèneve, rue de St-Jean 98, 1211 Genève 11, Tél. 022 715 32 20 info@physiogeneve.ch se tient à votre entière disposition pour tout renseignement.

Le système tarifaire de la physiothérapie repose sur une nomenclature à l'acte, composée de forfaits à la séance et de quelques suppléments, semblable au Tarmed. A titre d'exemple, le «forfait par séance pour la physiothérapie générale» (position tarifaire 7301) correspond à 48 points. La valeur du point dans le canton de Genève depuis 01.01.1998 est de Fr. 0.99. Donc une séance de physiothérapie générale revient à Fr. 47.52. Vous trouverez un extrait de ce tarif en annexe.

1. Qui peut prescrire un traitement de physiothérapie?

La physiothérapie peut être prescrite par les médecins de toutes les spécialités, y compris les dentistes.

Justification: Les physiothérapeutes peuvent fournir des prestations sur mandat médical (art. 35 al. 2 lettre e LAMal). Par médecin, la LAMal entend une personne titulaire du diplôme fédéral et d'une formation post-graduée reconnue par le Conseil fédéral (art. 36 al. 1 LAMal).

Les dentistes sont sur le même plan que les médecins en tant que fournisseurs de prestations pour les prestations comprises dans le cadre de l'art. 17 et suivants de la LAMal. Cela comprend également la délégation du traitement à la physiothérapie (art. 36 al. 3 LAMal).

Contrairement à ce que prétendent certaines assurances maladie, la physiothérapie peut être prescrite par les psychiatres, parallèlement à la psychothérapie.

2. Le médecin doit-il indiquer un diagnostic sur la prescription de physiothérapie?

Oui. Un diagnostic sommaire, une indication de la région à traiter ou un code diagnostique doivent figurer sur la prescription afin que le physiothérapeute obtienne de l'assurance maladie la rémunération de ses prestations.

Toutefois, le médecin a la possibilité de cocher la case « notification séparée au médecin-conseil selon LAMal.

Justification: Le fournisseur de prestations (le physiothérapeute) doit transmettre au débiteur (l'assurance maladie) toutes les indications nécessaires afin qu'elle puisse vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation (art. 42 al. 3 LAMal, art. 5 al. 1 Convention tarifaire).

3. Quel doit être le degré de précision du diagnostic?

Un diagnostic global, non spécifique, suffit ; par exemple, lombalgie ou incontinence.

Justification: Le diagnostic doit suffire à l'assurance maladie pour vérifier le caractère économique de la prestation (art. 42 al. 3 LAMal). L'assurance peut exiger un diagnostic plus précis (art. 42 al. 4 LAMal), auquel cas le fournisseur de prestations est fondé ou astreint à ne fournir celui-ci qu'au médecin-conseil lorsque les circonstances l'exigent (art. 42 al. 5 LAMal). Application du principe de notification graduelle des données médicales.

- Contrairement à ce que prétendent certaines assurances maladie, la mention «incontinence» ou « lombalgie » suffit pour que les prestations de physiothérapie soient remboursées.
- Un diagnostic plus précis peut-être ajouté sur une feuille séparée à l'intention du physiothérapeute.

4. Existe-t-il des cas où un diagnostic non spécifique ne suffit pas?

Oui, pour les patients qui ont besoin d'un traitement particulièrement conséquent. Les assurances-maladie demandent souvent des renseignements complémentaires pour les patients nécessitant les traitements de physiothérapie complexe suivants:

- **Position tarifaire 7311 (kinésithérapie complexe):** un diagnostic indiquant la **complexité du traitement** par exemple, déficit neurologique, diagnostic annexe relatif à la thérapie, multi morbidité, est toutefois entièrement suffisant.
Il est indispensable d'indiquer s'il y a lieu, la nécessité de traiter plusieurs partie du corps.
- **Position tarifaire 7312 (drainage lymphatique manuel):** un diagnostic indiquant un **lymphoedème** pour le drainage lymphatique, est toutefois entièrement suffisant.

5. Comment le médecin peut-il se procurer des prescriptions de physiothérapie?

Auprès de l'Association des Médecins du canton de Genève (AMG) ou Physioswiss pour un montant de Fr. 12.- les 100 feuilles.

Physiogenève met à disposition un modèle de prescription utilisable directement sur PC ou Mac à télécharger sous :

www.physioswiss.ch/geneve/traitement-de-physiotherapie/prescription-de-physiotherapie.htm

Il va de soi qu'une prescription peut être remplie sous une forme différente pour autant que les informations requises soient indiquées.

6. Combien de temps une prescription de physiothérapie est-elle valable?

Une prescription de physiothérapie est valable 3 mois depuis la date indiquée sur la prescription. En principe, les ordonnances ne peuvent donc pas être émises «à l'avance». Dans certains cas, il est néanmoins possible de prolonger leur durée de validité en accord avec l'assurance maladie. Il est recommandé, alors, de préciser la fréquence des traitements (par exemple : 1 fois par semaine).

Justification: L'assurance prend en charge les coûts des prestations dans une période de 3 mois depuis la prescription (art. 5 al. 2 OPAS).

7. L'assurance maladie peut-elle exiger une justification écrite du médecin pour un traitement de physiothérapie?

Oui. Elle ne peut cependant le faire qu'après 4 séries de traitements comportant chacune 9 séances, soit 36 séances au total. Toutefois, certaines assurance maladie sollicite abusivement le médecin prescripteur en demandant un rapport médical après 18 voir 9 séances effectuées.

Justification: Pour que, après un traitement équivalent à 36 séances, celui-ci continue à être pris en charge, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée. Le médecin-conseil propose de poursuivre ou non la thérapie aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure (art. 5 al. 4 OPAS).

8. Dans quels cas l'assurance maladie peut-elle exiger un complément d'information écrit du médecin pour un traitement de physiothérapie avant la fin des 36 séances?

Dans les cas suivants, un rapport n'est certes pas nécessaire, mais le médecin est tenu d'apporter des précisions:

§

- Il n'y a ni diagnostic sommaire, ni code diagnostique sur la prescription.
- Une précision est nécessaire en raison de la complexité du cas - cas neurologique ou multimorbidité - pour pouvoir appliquer la position tarifaire 7311 (kinésithérapie complexe).
- Il est nécessaire de préciser l'œdème lymphatique pour pouvoir appliquer la position tarifaire 7312 (drainage lymphatique).

9. Une assurance maladie peut-elle décider à l'avance du nombre de séances qu'un patient pourra avoir par année?

Non. Pourtant, cette limite est souvent fixée unilatéralement par l'assureur.

Justification: aucune limite n'est fixée par la loi concernant les séries de traitement, ni par patient, ni par année calendaire.

10. A la fin d'une phase de rééducation, est-il possible de prescrire de la physiothérapie à long terme?

Oui. La fréquence des traitements doit néanmoins être adaptée à la situation du patient. Rapport médical envoyé au médecin-conseil avec justificatif du traitement à long terme.

Justification: La commission paritaire a décidé que si un traitement de physiothérapie doit être poursuivi à long terme après la fin d'une phase de rééducation dans le sens de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique (art. 32 LAMal), il est justifié de rembourser la position 7311, 42 fois par an.

Si une modification du tableau clinique le justifie - en cas d'aggravation de l'état du patient ou si de nouveaux problèmes surviennent - il n'y a plus lieu de se limiter aux 42 traitements par an.

11. Est-il possible de prescrire plusieurs traitements par jour?

Oui. Deux traitements par jour. Le médecin doit néanmoins faire figurer expressément ce double traitement quotidien sur l'ordonnance.

Justification: Un forfait par séance (positions 7301 à 7340) peut être facturé 2 fois par jour uniquement si deux traitements par jour ont été formellement prescrits par le médecin (Convention Tarifaire du 01.09.97, Généralités, al. 3).

Annexe: extrait du tarif (positions les plus souvent utilisées)

Position	Traitement	Points de taxe
7301	Forfait par séance pour physiothérapie générale: (p. ex. kinésithérapie, massage et/ou combinaisons avec les thérapies selon position 7320)	48
	¹ Cette position tarifaire couvre tous les traitements uniques ou combinés qui ne sont pas expressément indiqués sous les positions 7311 à 7340.	
	² La physiothérapie générale comprend les méthodes de traitement suivantes:	
	<ul style="list-style-type: none">- Kinésithérapie (mobilisation articulaire, kinésithérapie passive, mécanothérapie, gymnastique respiratoire y compris l'emploi d'appareils servant à traiter l'insuffisance respiratoire, gymnastique en piscine)- Massage manuel et kinésithérapie- Massage local ou général- Massage du tissu conjonctif- Massage réflexogène- Extensions vertébrales- Bains électriques- Massage au jet sous l'eau- Massage sous l'eau- Bains hyperthermiques- Douches médicinales et bains médicinaux- Inhalations d'aérosols	
	³ La position tarifaire 7301 comprend en outre:	
	<ul style="list-style-type: none">• Les combinaisons physiothérapie générale - électrothérapie ou thermothérapie• La combinaison physiothérapie générale - instruction en cas de location d'appareils	

Position	Traitement	Points de taxe
7311	<p>Forfait par séance pour kinésithérapie complexe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinésithérapie complexe en cas de troubles moteurs cérébraux et/ou médullaires (y compris les polyradiculonévrites telles que le syndrome de Guillain-Barré) ou de troubles fonctionnels sévères dans des conditions difficiles (âge, état général, troubles de la fonction cérébrale). • Traitement kinésithérapeutique complexe de blessés polytraumatisés et de patients ayant subi plusieurs opérations ou présentant les symptômes de plusieurs maladies concomitantes. • Thérapie respiratoire en cas de troubles graves de la ventilation pulmonaire. <p>¹ Sur demande, l'assureur pourra autoriser l'utilisation de la position 7311 pour d'autres indications.</p>	77
7312	<p>Forfait par séance pour drainage lymphatique manuel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traitement complexe d'œdèmes lymphatiques pratiqué, dans le cadre d'un concept thérapeutique global, par des physiothérapeutes formés spécialement dans cette thérapie. <p>¹ La dépense de temps pour l'application des bandages est comprise dans le forfait par séance.</p> <p>² Le matériel requis peut être facturé en supplément conformément à la LiMA (liste des moyens et appareils de l'assurance-maladie, annexe 2 de l'OPAS) (cf. position 7360).</p>	77