

La prescription de physiothérapie

Réponses aux questions les plus fréquentes

En tant que partenaires du domaine de la de 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. L'Association Suisse de Physiothérapie a rédigé un aide-mémoire dans lequel elle répond aux questions qui lui sont les plus fréquemment posées.

En préambule, permettez-nous d'exposer brièvement notre système tarifaire. Nous répondrons ensuite aux questions touchant aux domaines suivants: a) diagnostic, b) validité temporelle de la prescription, c) nécessité des rapports médicaux.

Préambule: système tarifaire avec valeur du point

Le système tarifaire de la physiothérapie repose sur une nomenclature à l'acte, composée de forfaits à la séance et de quelques suppléments. Chaque acte correspond à un certain nombre de points, multipliés par une valeur définie par canton, comme c'est le cas pour le Tarmed. A titre d'exemple, le «forfait par séance pour la physiothérapie générale» (position tarifaire 7031) correspond à 48 points. Les valeurs du point se situent entre CHF 0.86 dans le canton des Grisons et CHF 1.03 dans les cantons de Zürich et Zoug. Vous trouverez un extrait de ce tarif en annexe.

Certaines positions tarifaires intègrent les dépenses inhérentes à la complexité des cas en proposant un nombre de points augmenté. Le «forfait par séance pour kinésithérapie complexe» (position tarifaire 7311) ou le «forfait par séance pour drainage lymphatique manuel» (position tarifaire 7312) correspondent à 77 points. Pour ces positions, la caisse-maladie exige et attend des informations complémentaires de la part des physiothérapeutes.

Ci-après, vous trouverez les réponses aux questions et malentendus les plus fréquents survenant entre médecins, patients, physiothérapeutes et assureur maladie. La convention tarifaire des physiothérapeutes - fondée sur la loi sur l'assurance maladie (LAMal) et sur l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) - règle une partie de ces malentendus.

Nous vous remercions chaleureusement de votre collaboration.

Vous trouverez des informations complémentaires sur notre site web: www.physioswiss.ch

Le Secrétariat de l'Association Suisse de Physiothérapie se tient également à votre entière disposition pour tout renseignement par téléphone au numéro 041 926 69 69.

a) Qui peut prescrire un traitement de physiothérapie et est-il nécessaire d'établir un diagnostic?

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).

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

Oui. Le physiothérapeute a toujours besoin d'un diagnostic sommaire ou d'un code diagnostique pour obtenir la rémunération des prestations par l'assurance maladie.

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 par. 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.

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. Un diagnostic indiquant la complexité du traitement suffit; par exemple, déficit neurologique, comorbidités en relation avec le traitement, polymorbidité ou lymphoedème. C'est le préalable à remplir pour que le physiothérapeute puisse facturer une position tarifaire plus élevée que le «forfait par séance pour la physiothérapie générale» (cf. extrait du tarif en annexe).

Justification: La justification concrète de la position de facturation (p. ex. 7311, 7312) est effectuée par les physiothérapeutes sur la base de la convention tarifaire.

5. Comment le médecin doit-il procéder pour établir une prescription de physiothérapie ?

La solution la plus simple consiste à utiliser la feuille de prescription élaborée conjointement par l'Association Suisse de Physiothérapie, la CTM et santésuisse.

Les médecins peuvent se la procurer gratuitement au Secrétariat de l'Association Suisse de Physiothérapie ou la télécharger sur le site web www.physioswiss.ch (sous «Service»).

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

b) Quelle est la durée de validité d'une prescription?

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

Une prescription de physiothérapie est valable pour un maximum de 9 séances. Le premier traitement doit débuter dans les 5 semaines après la date de la prescription rédigée par le médecin.

Si le délai de 5 semaines est dépassé, le physiothérapeute ne devrait pas débuter le traitement, car il ne sera pas remboursé par la caisse d'assurance-maladie... Le médecin devra alors rédiger une nouvelle prescription.. Ce travail supplémentaire du médecin pourrait être minimisé s'il avertit ses patients de ne pas dépasser ce délai de 5 semaines et de prendre contact rapidement avec son physiothérapeute.

Justification: L'art. 5, al. 2 de l'OPAS cite: "L'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus les coûts de neuf séances, le premier traitement devant intervenir dans les cinq semaines qui suivent la prescription médicale ».

c) Quand un rapport médical est-il nécessaire?

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

En principe, oui. Selon notre point de vue, elle ne peut cependant le faire qu'après 4 séries de traitements comportant chacune 9 séances, soit 36 séances au total.

Lorsqu'un patient présente deux maladies différentes (par exemple lombalgie et épicondylalgie), le calcul des 36 séances se fait séparément pour chaque maladie.

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:

1. Il n'y a ni diagnostic sommaire, ni code diagnostic sur la prescription
2. Une précision est nécessaire en raison de la complexité du cas – cas neurologique ou multimorbidité – pour pouvoir appliquer la position tarifaire 7311 (kinésithérapie complexe).
3. 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.

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. En d'autres termes, dans le cas de physiothérapie à long terme, la fréquence des traitements doit être adaptée et modulée à la situation thérapeutique rencontrée.

*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 (Conv. Tarifaire du 01.09.97, Généralités, al.3).

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

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

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

Sursee, juillet 2009