

Questions fréquentes relatives à la prescription de physiothérapie dans le cadre de la LAMal

Réponses aux douze principales questions concernant la prescription de physiothérapie

Groupe cible: personnel médical et physiothérapeutes

Version d'août 2022 compilée par Physioswiss

1. Comment la physiothérapie doit-elle être prescrite?

La prescription de physiothérapie a lieu via un formulaire de prescription adéquat (ordonnance). Ces formulaires peuvent être obtenus auprès du secrétariat général de l'Association suisse de physiothérapie ou téléchargés sur le [site Internet](https://www.physioswiss.ch/fr/nos-prestations/formulaire-de-prescription) <https://www.physioswiss.ch/fr/nos-prestations/formulaire-de-prescription> de Physioswiss.

<https://www.physioswiss.ch/fr/nos-prestations/formulaire-de-prescription> de Physioswiss.

La prescription peut également être faite sous une autre forme dans la mesure où toutes les données contenues dans le formulaire officiel sont reprises.

Il convient d'indiquer les données du patient ou de la patiente, le diagnostic, le type de prescription (première à quatrième prescription ou prescription de longue durée), ainsi que, le cas échéant, les objectifs thérapeutiques. De plus, la signature, le code GLN, le numéro RCC, la date, ainsi que le cachet / l'adresse du cabinet du médecin prescripteur doivent figurer sur la prescription.

Si la prescription prévoit des séances à domicile ou deux séances par jour, cela doit figurer explicitement sur l'ordonnance. Dans le cas contraire, ces traitements ne pourront pas être facturés. Vous trouverez [ici](#) un guide détaillé d'aide à l'établissement d'une ordonnance, aimablement mis à disposition par l'association régionale de Zurich-Glaris.

L'ordonnance est un document officiel qui sert à soumettre une demande de traitement aux physiothérapeutes. Si les informations susnommées manquent sur l'ordonnance, une nouvelle ordonnance doit être rédigée par le médecin avant le début du traitement. Les données saisies par le médecin ne doivent pas être modifiées ou complétées par les physiothérapeutes.

En cas de besoin, les physiothérapeutes peuvent ajouter d'éventuelles informations complémentaires sous «Remarques» en indiquant, idéalement, une abréviation.

2. Qui peut prescrire des séances de physiothérapie?

Les médecins, toutes spécialités confondues, ainsi que les dentistes peuvent prescrire des séances de physiothérapie. Les chiropracteurs peuvent également prescrire des séances de physiothérapie à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (AOS).

3. Quelle est la durée de validité d'une ordonnance de physiothérapie?

Une ordonnance de physiothérapie est valable pour neuf séances au maximum. La première doit avoir lieu dans les cinq semaines qui suivent la date de la prescription.

Si le délai de cinq semaines est écoulé, les physiothérapeutes ne peuvent pas traiter les patient·es car ils ne pourraient pas facturer les traitements effectués à l'assurance-maladie. Le médecin doit alors rédiger une nouvelle ordonnance afin que le traitement puisse commencer. Il est possible de minimiser cette charge de travail superflue: pour cela, le médecin doit informer expressément ses patient·es de la durée de validité limitée de la première prescription et les inviter à se rapprocher d'un·e physiothérapeute dans les plus brefs délais afin de convenir d'un premier rendez-vous sous cinq semaines. Le délai de cinq semaines s'applique exclusivement au début du traitement de physiothérapie (première prescription). Cette limitation n'existe pas pour les prescriptions suivantes.

Fondement juridique: l'article 5, al. 2 de l'OPAS indique que: «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.»

4. Les médecins doivent-ils mentionner un diagnostic sur l'ordonnance de physiothérapie?

Oui, la mention du diagnostic est obligatoire. Au moins un (bref) diagnostic médical doit figurer sur l'ordonnance. Ces informations sont nécessaires à la fois pour la planification des traitements et pour la facturation adéquate aux organismes payeurs. Lors du contrôle des factures, les organismes payeurs se basent sur la prescription médicale et rémunèrent les prestations uniquement lorsque les diagnostics sont pertinents.

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

Le diagnostic doit être suffisamment précis pour permettre aux patient·es et aux organismes payeurs de vérifier la nécessité et le caractère économique des prestations de physiothérapie. Pour cela, un diagnostic général non spécifique qui justifie la nécessité de physiothérapie suffit souvent. En présence de plusieurs diagnostics, de diagnostics secondaires et, le cas échéant, de diagnostics différentiels, un traitement complexe peut être justifié. Par conséquent, il convient de le spécifier. Sont particulièrement concernés les champs de diagnostic suivants:

- Déficience / maladie du système nerveux
- Troubles de la ventilation pulmonaire
- Affections du système lymphatique
- Soins palliatifs
- Ralentissement sensorimoteur ou déficit cognitif
- Traitement de plusieurs articulations ou zones du corps
- Maladies qui exigent une assistance complexe

En présence d'une ou de plusieurs de ces situations, il convient de le préciser explicitement sur l'ordonnance.

Fondement: le fournisseur de prestations (physiothérapeute) doit remettre au débiteur de la rémunération (patient·e et/ou assurance-maladie ou assurance sociale) une facture détaillée

et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications qui lui permettent de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation (art. 42, al. 3 LAMal). La justification concrète de la position de facturation (par ex. «7311 physiothérapie complexe») au moyen d'un diagnostic médical en fait partie.

Remarque relative à la protection des données: sur le plan juridique, pour l'échange des données médicales entre deux fournisseurs de prestations impliqués dans le traitement, le consentement exprès, tacite ou simplement présumé des patient·es s'applique. Le consentement explicite à la transmission du diagnostic à un fournisseur de prestations n'est pas nécessaire; toutefois, il est recommandé d'en faire part au patient ou à la patiente (détails: guide pratique de la FMH «Bases juridiques pour le quotidien du médecin», chapitre 6, p. 146 [Bases juridiques pour le quotidien du médecin | FMH](#)).

6. Les assureurs-maladie peuvent-ils exiger des médecins une justification écrite pour la poursuite de la physiothérapie?

Les quatre premières séries de neuf séances chacune peuvent être prescrites librement par le médecin prescripteur. Pour poursuivre le traitement au-delà de 36 séances, le médecin prescripteur doit transmettre au service des médecins-conseils une demande de prise en charge des coûts accompagnée d'un rapport. Les physiothérapeutes ne sont pas autorisés à soumettre des demandes de traitement de longue durée aux assureurs-maladie à la place des médecins.

*Fondement: un contrôle régulier par le médecin est garanti grâce à la limitation de chaque prescription (à 9 séances). Un rapport du médecin est exigé uniquement par la suite. L'article 5, al. 4 de l'OPAS indique que: «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.» (précision de Physioswiss) Si l'assureur-maladie doute du caractère économique des prestations au sens des critères EAE (efficaces, appropriés et économiques) avant la fin des 36 séances, il peut exiger un complément d'informations qui permette de contrôler le calcul (art. 42, al. 3 LAMal). Dans ce cas, les informations exigées doivent être transmises avant la fin des 36 séances.*

7. L'assureur-maladie peut-il réclamer aux physiothérapeutes un rapport d'examen / intermédiaire / thérapeutique?

La Loi sur l'assurance-maladie ne prévoit pas que les physiothérapeutes rédigent des rapports concernant le diagnostic, la réussite du traitement, le déroulement du traitement ou l'évaluation des traitements de longue durée (cf. ci-après) à des fins d'évaluation de la prise en charge des coûts. Ces rapports doivent, à la demande des assureurs-maladie, être rédigés par le médecin prescripteur et envoyés au service des médecins-conseils des assureurs-maladie.

Toutefois, **aux fins de contrôle de la facturation**, l'assureur peut exiger des renseignements supplémentaires d'ordre médical (art. 42, al. 4 LAMal), qui doivent être transmis gratuitement par les physiothérapeutes. Les informations se rapportent à un traitement déjà effectué et facturé. Tous les renseignements médicaux doivent être mis à disposition du médecin-conseil de l'assureur-maladie dans le respect de la législation sur la protection des données.

8. Comment un traitement de longue durée peut-il être prescrit à l'issue des 36 séances?

La demande est faite par le médecin traitant sur la base d'un rapport qui précise la nature et la durée / fréquence des traitements. La fréquence des traitements doit être adaptée au tableau thérapeutique. Pour pouvoir facturer un traitement de longue durée (à partir de la 37^e séance), le consentement exprès de l'assureur à la prise en charge des coûts est requis.

Fondement: l'article 5, al. 4 de l'OPAS indique que: «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 le traitement aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure et à quel moment le prochain rapport doit être présenté.» (précision de Physioswiss)

9. Le «consentement présumé» applicable quand l'assureur ne répond pas à une demande de traitement de longue durée du médecin existe-t-il encore?

Le consentement présumé au bout de 10 jours a été abrogé en 2018 avec l'entrée en vigueur de la structure tarifaire du Conseil fédéral dans le cadre de la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Par conséquent, depuis 2018, avant le début du traitement, un consentement de prise en charge exprès de l'assureur est requis. Actuellement, il n'existe aucun délai spécifique de réponse de l'assureur à la demande de prise en charge des coûts. Dans le domaine de la LAA, le consentement présumé existe toujours.

10. L'assureur-maladie peut-il limiter à l'avance le nombre de séances par patient·e ou leur fréquence de manière forfaitaire?

Non, pour la première à la quatrième ordonnance (les 36 premières séances). La LAMal et la structure tarifaire ne prévoient aucune limitation. Les séances de physiothérapie sont prescrites sur la seule base de critères médicaux, qui sont réévalués par le médecin traitant avant chaque nouvelle prescription.

Pour la poursuite de la physiothérapie au-delà de 36 séances (prescription de longue durée), en principe, la réponse est oui.

Fondement: une limitation légale s'applique au bout de quatre séries de 9 séances. En dehors de cela, il n'existe aucune limitation en termes de patients, de calendrier ou de diagnostics spécifiques. Selon l'article 5, al. 4 de l'OPAS, dans le cadre d'une prescription de longue durée, les médecins-conseils peuvent soumettre à l'assureur-maladie une proposition précisant la portée et la durée des soins.

11. Comment les ordonnances / séries de traitements sont-elles comptabilisées?

Les ordonnances ou séries de traitements se rapportent à un tableau clinique ou à un «cas». Le nombre de séances est comptabilisé par traitement en cours, à moins que le traitement initial soit terminé et que le tableau clinique ait fondamentalement évolué. Le calendrier est sans importance: quand un traitement se poursuit d'une année sur l'autre, les prescriptions sont numérotées en continu.

12. Est-il possible de prescrire plusieurs séances par jour?

Deux séances par jour sont autorisées pour un même diagnostic. Toutefois, elles doivent pouvoir être médicalement justifiées et le médecin prescripteur doit expressément le spécifier sur l'ordonnance. Les deux séances doivent avoir lieu à deux moments distincts de la journée et ne peuvent pas s'enchaîner directement l'une après l'autre.

Fondement: le point 2 des remarques préliminaires relatives à la structure tarifaire requiert une prescription médicale formelle quand deux séances par jour sont nécessaires.

Août 2022, Physioswiss