

Physiothérapie – comment éviter les tracasseries?

MARIO DE NOBILI ET PATRICIA LE BEC

Rev Med Suisse 2019; 15: 2166-70

Prescrire de la physiothérapie peut entraîner le médecin dans des démarches administratives chronophages, dans un contexte de tension entre prestataires de soins, confrontés au quotidien aux attentes des patients, et assureurs parfois prompts à estimer un traitement non indispensable et trop onéreux. Les dispositions conventionnelles qui définissent les droits et devoirs de chacune des parties concernées – médecins, physiothérapeutes, patients et assureurs – sont souvent méconnues. Correctement appliquées, elles permettent pourtant d'éviter la plupart des conflits.

PRESCRIPTION MÉDICALE

Les prestations de physiothérapie dispensées sur prescription médicale sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.¹ Le physiothérapeute est tenu de respecter des critères de qualité, d'économie et d'efficacité,² il est un acteur responsable du système de santé, conscient que ses prestations ont un coût.

La prescription médicale est le point de départ de tout traitement de physiothérapie. Il convient d'accorder une attention particulière à la rédaction de ce document qui, à lui seul, peut mettre le traitement sur de bons rails ou signifier le début des tracasseries administratives.

- Les personnes qui auront tour à tour une prescription médicale en main y porteront un regard différent:
- Le patient la reçoit comme un sésame qui lui donne accès à des séances de soins.
- Le physiothérapeute y découvre le mandat que lui a confié le médecin. La prescription marque le début d'une collaboration médecin-patient-physiothérapeute.
- L'assureur, à qui la prescription est obligatoirement transmise en même temps que la facture, contrôle les données identifiant le patient et vérifie s'il lui appartient de couvrir le cas. Il doit être en mesure de faire le lien entre les données fournies par le médecin et les positions facturées par le physiothérapeute.

Une prescription correctement et complètement remplie apporte au physiothérapeute une base de travail claire et à l'assureur les mentions nécessaires au règlement rapide des frais qui en découlent. Le médecin ne sera pas sollicité pour préciser ou justifier sa prescription. A l'inverse, il peut suffire d'un élément manquant pour mettre en route la valse des échanges de courrier et des rapports à remplir.

Ce n'est qu'au terme des séances prescrites que l'assurance reçoit l'ordonnance médicale, elle accompagne obligatoirement la facture du physiothérapeute. Si un simple téléphone permet en général de résoudre un oubli de date ou de signature, d'autres omissions, comme celle de la région à traiter ou de la mention *cas maladie/accident* ont des conséquences plus ennuyeuses: la facture du physiothérapeute quitte la procédure de règlement standard de l'assureur pour être traitée séparément, selon des protocoles propres à chaque assureur: rejet de la facture avec notification au physiothérapeute par voie électronique ou par courrier postal, demande de renseignements complémentaires, questionnaire au médecin prescripteur, etc.

Outre la perte de temps qu'ils représentent pour le médecin et le physiothérapeute, ces échanges de courrier retardent ou bloquent également le paiement des factures.

Soyons clairs, toutes les demandes de rapport et de justification ne découlent pas d'une ordonnance mal libellée, il existe bien d'autres motifs de litige qui seront abordés ci-après, mais nous portons dans un premier temps notre regard sur le point de départ du traitement, avec pour ambition de lister et d'éliminer autant que faire se peut les écueils administratifs successifs.

En étudiant les dossiers que lui soumettent ses membres, l'Association suisse des physiothérapeutes indépendants (ASPI) a pu constater la multiplicité des formulaires d'ordonnance utilisés actuellement par les médecins, allant du papier à en-tête de format A6 destiné à la prescription de

médicaments au formulaire A4 standardisé Physioswiss, en passant par des bons divers provenant des hôpitaux et des cliniques. Si les uns sont trop succincts, les autres pèchent par excès d'items et sont rarement remplis dans leur intégralité.

Notre réflexion nous a ainsi amenés à établir une ordonnance (figure 1) à la fois simple et complète dont le contenu se limite à l'essentiel. Ses points forts sont:

- La garantie de la confidentialité des données médicales du patient.
- Un gain de temps.
- Le respect des obligations légales en vigueur.

Le diagnostic médical est indispensable au physiothérapeute à qui il apporte les éléments essentiels à une prise en charge sécuritaire du patient, mais il ne fait pas partie des données devant obligatoirement être fournies à l'assureur.³ La loi n'exige que la mention *région à traiter*. L'ordonnance présentée ici fait figurer le diagnostic en bas de page; le physiothérapeute peut ainsi facilement le masquer lorsqu'il numérise l'ordonnance pour la transmettre à l'assurance, respectant ainsi les droits et les intérêts du patient.

Nous avons réduit au strict minimum le cadre contenant l'identité du patient, ses nom, prénom et date de naissance suffisant à l'identifier clairement. Son adresse et son assurance figurent sur la facture électronique du physiothérapeute, il nous a paru inutile de les noter deux fois.

La nouvelle ordonnance peut être téléchargée sur le site internet de l'ASPI (www.aspi-svfp.ch), au format «pdf» ou «formulaire pdf» à compléter. Il est ainsi possible de l'imprimer pour la compléter à la main ou de l'ajouter à un logiciel de gestion de cabinet. Nous sommes en contact avec la Caisse des médecins pour une prochaine mise en ligne sur le site MediOnline.

Les auteurs recommandent aux médecins de vérifier que leur manière habituelle de prescrire de la physiothérapie donne à la fois au physiothérapeute et à l'assureur les éléments qui leur sont indispensables; chacun gagnera ainsi du temps.

FIG 1

Ordonnance de l'ASPI

Cette ordonnance peut être téléchargée sur le site internet de l'ASPI (www.aspi-svfp.ch/fj/documents-et-liens/prescription.asp), au format «pdf» ou «formulaire pdf» à compléter.

Association Suisse des Physiothérapeutes Indépendants
PRESCRIPTION DE PHYSIOTHÉRAPIE
 www.aspi-svfp.ch

LOGO cabinet médical

PATIENT : Nom /prénom
 Date de naissance

Région à traiter

Médecin : Timbre/Signature/N° RCC/GLN
 Date

TRAITEMENT PHYSIOTHÉRAPEUTIQUE

Nombre de séances maladie accident invalidité
 traitement à domicile Rééducation en piscine traitement en groupe

But/s du traitement	Moyens/ méthodes
<input type="checkbox"/> Antalgique / anti-inflammatoire
<input type="checkbox"/> Amélioration de la fonction articulaire
<input type="checkbox"/> Amélioration de la fonction musculaire
<input type="checkbox"/> Proprioception / coordination
<input type="checkbox"/> Amélioration de la fonction cardio-respiratoire
<input type="checkbox"/> Amélioration de la fonction circulatoire
<input type="checkbox"/> Autre :

Sauf avis contraire du médecin, le physiothérapeute peut choisir ou modifier les moyens et méthodes pour atteindre au mieux le but du traitement.

Le traitement doit commencer au plus tard 5 semaines après la date de cette prescription.

Diagnostic/s et indications confidentielles restant en possession du physiothérapeute :

Prochaine consultation le :
 Prière de prendre contact avant en cours à la fin du traitement

premier traitement devant intervenir dans les cinq semaines qui suivent la prescription médicale.

3 Une nouvelle prescription médicale est nécessaire pour la prise en charge d'un plus grand nombre de séances.

4 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 et à quel moment le prochain rapport doit être présenté.

Il faut donc en retenir ceci :

- L'assurance prend en charge 9 séances au maximum par prescription.
- Pour que le patient puisse poursuivre son traitement au-delà de ces 9 séances, une nouvelle ordonnance de 9 séances au plus est nécessaire.

Le médecin n'a pas à justifier ses 4 premières ordonnances

Les demandes de rapport adressées au médecin alors que le traitement n'excède pas 36 séances ne reposent sur aucune base légale. Il semble que certaines assurances pratiquent des refus de principe, parfois dès la deuxième ordonnance de physiothérapie. Sans remettre en cause un nécessaire contrôle des coûts, l'ASPI déplore des demandes de justifications infondées et chronophages. Elle recommande de retourner le cas échéant le formulaire non rempli à l'assureur, avec un rappel des dispositions en vigueur.

Le nombre de séances de physiothérapie n'est pas limité

Si l'état du patient nécessite une prolongation au-delà des 36 séances effectuées, voire une prise en charge régulière en cas de pathologie chronique, la physiothérapie peut être poursuivie. Le médecin prescripteur doit alors adresser une proposition de traitement dûment motivée au médecin-conseil de l'assurance. Il peut demander par exemple la prise en charge d'une séance de physiothérapie par semaine durant une année, voire davantage en cas de handicap, et n'a plus à rédiger de façon répétée des ordonnances de 9 séances.

Un échange avec le physiothérapeute du patient concerné est vivement recommandé. Le médecin exprimera ses attentes, le physiothérapeute le tiendra au courant

DURÉE DU TRAITEMENT DE PHYSIOTHÉRAPIE

«J'ai droit à combien de séances?», «Le médecin m'a dit que je ne pouvais pas faire plus de 27 séances par année», «Est-ce que l'assurance maladie continue à payer?» Ce sont là quelques-unes des questions que les patients posent à leur physiothérapeute.

Cadre légal: Ordonnance sur les prestations de l'assurance de soins - OPAS¹

L'encadré ci-dessous comprend les seules informations correctes concernant le droit aux soins de physiothérapie. Toute

autre affirmation est erronée. Elle relève d'une méconnaissance des dispositions légales ou d'usages qui se sont répandues au sein du personnel des compagnies d'assurances.

Ordonnance sur les prestations de l'assurance de soins - OPAS¹

832.112.31
 Chapitre 2: Prestations fournies sur prescription ou mandat médical
 Section 1: Physiothérapie

Art. 5
 2 L'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus les coûts de neuf séances, le

des améliorations déjà obtenues et des résultats qu'il peut raisonnablement espérer ou non. Un plan de traitement à long terme pourra ainsi être défini par deux personnes qui connaissent bien le patient, puis soumis à l'approbation du médecin-conseil. Relevons que, quand bien même une guérison ne saurait être atteinte, des mesures visant à stabiliser l'état du patient, à lutter contre une péjoration de ses symptômes ou à permettre son maintien à domicile constituent également une justification d'une poursuite de la physiothérapie.

Après avoir pris sa décision, le médecin-conseil est tenu de la communiquer au médecin traitant, avec copie au malade et au physiothérapeute.

Cette transparence à tous les niveaux nous paraît fondamentale. Le patient doit connaître ses droits concernant la physiothérapie, savoir que son médecin et son physiothérapeute se parlent et travaillent ensemble à l'amélioration de ses symptômes. Il est essentiel qu'il soit partie prenante du plan de traitement qui a été établi.

Libre choix du physiothérapeute

L'article 41 de la LAMal garantit au patient la liberté de choisir son physiothérapeute. Le médecin prescripteur peut bien entendu proposer un·e physiothérapeute avec qui il a l'habitude de collaborer et dont il connaît le mode de pratique.

Les associations professionnelles sont à même de fournir les coordonnées un·e physiothérapeute en fonction de critères précis tels que spécialisation, méthodes pratiquées, équipement du cabinet, accessibilité aux patients handicapés, langues parlées, déplacements à domicile...

Traitements à domicile

Nombreux sont les physiothérapeutes qui se déplacent au domicile du patient. Cette prestation prend tout son sens dans le contexte du maintien à domicile des personnes âgées: le patient douloureux profite pleinement d'une physiothérapie antalgique s'il n'a pas à supporter des transferts pénibles en voiture; le patient atteint de démence reste dans son cadre de vie et ses proches aidants bénéficient de conseils adaptés; la personne qui quitte l'hôpital retrouve autonomie et confiance à la marche dans un milieu qui lui est familier.

^a Prix moyen d'une séance pour une prescription de 9 séances (9x pos 7301 et 1x pos 7350).

TABLEAU 1 Structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie

Valable dès le 1^{er} janvier 2018.

La valeur du point tarifaire varie selon les cantons romands de CHF 0.95 à 1.07 (voir tableau 3).

1.1 Forfaits par séance		
Position	Traitement	Points
7301	Forfait par séance individuelle pour physiothérapie générale	48
7311	Forfait par séance individuelle pour physiothérapie complexe	77
7313	Forfait par séance pour hippothérapie	77
7330	Forfait par séance pour thérapie de groupe (de 2 à 5 patients)	25
7340	Forfait par séance pour thérapie médicale d'entraînement MTT	22
1.2 Suppléments		
7350	Supplément pour le premier traitement	24
7351	7351 Supplément pour le traitement d'enfants handicapés chroniques (âge: jusqu'à 6 ans révolus)	30
7352	Supplément pour l'usage d'un bassin de marche ou d'une piscine	19
7353	Supplément pour l'indemnisation de l'infrastructure d'hippothérapie	67
7354	Supplément pour indemnité de déplacement/temps	34
7361	Supplément pour le matériel de traitement, à spécifier sur chaque facture, avec quantité et prix d'acquisition	-
1.3 Forfaits pour le matériel d'hygiène et de consommation dans le traitement physiothérapeutique de l'incontinence		
7362	Pour les traitements par sonde vaginale	Fr. 50.-
7363	Pour les traitements par sonde anale	Fr. 90.-

La mention *traitement à domicile* doit impérativement être cochée ou ajoutée sur l'ordonnance médicale pour que l'assurance en assume le coût.

COÛT DE LA PHYSIOTHÉRAPIE

Quelles sont les dépenses engagées par une prescription de physiothérapie? L'ASPI détaille ci-après, en toute transparence, le mode de facturation de la physiothérapie.

La structure tarifaire⁴ de la physiothérapie repose sur des forfaits par séance (**tableau 1**):

- **7301** – Forfait pour physiothérapie générale: 48 points.
- **7311** – Forfait pour physiothérapie complexe: 77 points.

Et quelques suppléments, parmi lesquels:

- **7350** – Supplément pour la première séance: 24 points.
- **7354** – Supplément pour indemnité de déplacement: 34 points.

Une séance^a de physiothérapie générale coûtera de CHF 48.13 à CHF 54.21. La valeur du point tarifaire varie selon les cantons romands de CHF 0.95 à 1.07 (**tableau 2**). A titre d'exemple, une série de 9 séances de

physiothérapie générale effectuée dans un cabinet vaudois coûtera CHF 456.-.

Ce montant est un prix tout compris: il inclut le temps passé à lire le dossier et à réfléchir au plan de traitement, le programme de gymnastique personnalisé qui sera si nécessaire remis au patient, les minutes supplémentaires pour répondre à ses dernières questions ou lui donner des conseils pour la vie quotidienne...

Relevons qu'*aucune des prestations annexes dispensées par le physiothérapeute n'est rétribuée*: rapports de traitement, échanges téléphoniques avec le médecin ou d'autres intervenants, participation à des

TABLEAU 2		Valeur du point tarifaire dans les cantons romands
FR	0,98	1,00
GE	1,07	1,00
JU	0,95	1,00
NE	0,96	1,00
VD	1,00	1,00
VS	0,96	1,00

LAA: assurance accidents; AI: assurance invalidité; AM: assurance militaire.

	Assurance maladie	LAA/AI/AM
FR	0,98	1,00
GE	1,07	1,00
JU	0,95	1,00
NE	0,96	1,00
VD	1,00	1,00
VS	0,96	1,00

réunions de réseau, etc. Ce point constitue d'ailleurs une pierre d'achoppement dans les négociations tarifaires avec les assureurs. Avec le développement des structures de maintien à domicile des patients, la nécessité de rencontres pluridisciplinaires s'impose. L'ASPI se positionne clairement pour l'ajout d'une nouvelle position dans la structure tarifaire actuelle, il n'est pas normal que les physiothérapeutes soient les seuls professionnels présents autour de la table à travailler bénévolement.

Coût global

En 2016, les soins de physiothérapie à charge des assureurs maladie, accidents et invalidité se sont élevés à un total de CHF 1416000000.00 (chiffres de l'Office fédéral de la statistique). Ce montant représente 1,77% des dépenses globales de santé. Il convient de l'évaluer et de le pondérer en tenant compte des durées d'hospitalisations de plus en plus courtes qui reportent des frais sur le domaine ambulatoire.

Physiothérapie complexe (7311)

Nous avons mentionné plus haut les deux positions forfaitaires de base: la position 7301, utilisée dans la majorité des cas, et la position 7311, appliquée en présence de tableaux cliniques qui compliquent le traitement. Ces situations sont listées dans la structure tarifaire actuelle (tableau 3).

Lorsqu'une facture de physiothérapie comporte la position 7311, l'assureur vérifie – en toute légitimité – si les conditions de son application sont remplies. Sur la base des renseignements dont il dispose, à savoir la région à traiter et non le diagnostic, il peut en arriver à la conclusion qu'il se trouve face à un cas d'abus du forfait complexe... Et c'est ici que les ennuis commencent.

Extension de l'utilisation de la position 7311

La liste des situations ou des situations cliniques qui permettent l'application de la position 7311 n'est pas exhaustive. L'assureur peut, sur demande, étendre son utilisation à d'autres indications. Il est parfois évident dès le départ que le traitement sera compliqué. Prenons l'exemple d'une périarthrite scapulo-humérale ou d'une incontinence urinaire: deux situations qui relèvent a priori d'une physiothérapie générale simple, mais qui peuvent s'avérer

difficiles dans le contexte d'une pathologie sous-jacente, de séquelles d'AVC, d'une maladie d'Alzheimer...

Dans de tels cas, une mention manuscrite *physiothérapie complexe* ajoutée sur la partie de l'ordonnance qui sera transmise à l'assurance peut s'avérer utile. Les diagnostics secondaires trouveront leur place dans la partie de l'ordonnance restant en possession du physiothérapeute. Cette manière de procéder permet de concilier au mieux la confidentialité des données médicales du patient et le droit du physiothérapeute à une juste rétribution de ses prestations.

Litiges

La convention tarifaire laisse en toute logique au physiothérapeute la responsabilité de sa facturation. En cas de doute sur le bien-fondé de la position tarifaire utilisée, c'est à lui que l'assureur doit demander une justification. Le physiothérapeute adresse alors un courrier au médecin-conseil de l'assurance en mentionnant les éléments médicaux qui l'ont amené à appliquer la position physiothérapie complexe. C'est là que les diagnostics secondaires portés à la connaissance du physiothérapeute seront mis en avant. Le médecin-conseil examine le dossier et rend sa décision.

Il est cependant fréquent que l'assureur ne respecte pas la procédure ci-dessus, la seule pourtant qui soit prévue par la convention tarifaire. Il choisit de prendre à partie le médecin prescripteur et lui envoie une lettre-type l'invitant à préciser son diagnostic ou à déterminer d'une croix s'il s'agit d'une physiothérapie complexe ou non. De sa réponse dépendra l'acceptation ou le rejet de la facture du

physiothérapeute, bien que la forme du courrier de l'assureur ne mette pas cette finalité en évidence.

Cette manière de procéder n'est pas acceptable, elle fait porter au médecin prescripteur une responsabilité qu'il n'a pas à assumer et alourdit ses tâches administratives. L'ASPI conseille de retourner le formulaire à l'assureur en le priant de s'adresser au physiothérapeute, ou, selon les questions posées, de contacter le physiothérapeute pour développer un argumentaire commun basé sur des éléments concrets et actuels.

Drainage lymphatique

Le drainage lymphatique manuel fait partie intégrante des méthodes pratiquées par les physiothérapeutes. Il est enseigné aux étudiants dans le cadre de leur formation de base. Il existe également des possibilités de spécialisation certifiée dans le cadre de la formation continue.

Les traitements en drainage lymphatique pratiqués par des physiothérapeutes spécialisés sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins pour autant que le médecin prescripteur ait spécifié sur l'ordonnance qu'il s'agit d'un drainage lymphatique à but médical. Depuis le 1^{er} janvier 2018, cette prestation est facturée sous la position 7311.

CONCLUSION

Nous avons articulé cet article autour du thème central de l'ordonnance médicale, élément concret qui balise le parcours de soins du patient, du choix du traitement par le médecin au remboursement

TABLEAU 3		Forfait par séance individuelle pour physiothérapie complexe (position 7311)
-----------	--	--

- 1 Cette position peut être facturée en présence des situations cliniques suivantes qui compliquent le traitement:
 - a. En cas atteinte du système nerveux
 - b. Pour les enfants jusqu'à 6 ans révolus
 - c. En cas de troubles de la ventilation pulmonaire
 - d. En cas de troubles du système lymphatique nécessitant un traitement complexe pratiqué par des physiothérapeutes formés spécialement dans cette thérapie
 - e. En cas de soins palliatifs
 - f. En cas de ralentissement sensori-moteur ou de déficit cognitif (Comptent au nombre des aptitudes cognitives d'une personne pertinentes pour la physiothérapie: l'attention, la mémoire, l'apprentissage, la planification, l'orientation et la volonté. Le ralentissement sensori-moteur se manifeste par des mouvements ralentis et des enchaînements manquant de coordination ou par une perturbation de la parole ou de la déglutition résultant d'un dysfonctionnement de l'interaction des performances sensorielles et motrices du patient. Les déficits sont des réductions ou des retards dans (la poursuite du) le développement de ces capacités, qui ralentissent l'atteinte de l'objectif de la physiothérapie chez le patient)
 - g. Pour le traitement de deux parties du corps ou davantage
 - h. Pour le traitement de deux articulations non voisines (mais qui peuvent se situer dans la même partie du corps)
 - i. En cas d'atteinte nécessitant une aide particulière (par ex. brûlures)
 - j. En cas d'instruction nécessaire au traitement par le personnel infirmier ou d'assistance

Sur demande, l'assureur pourra autoriser l'utilisation de la position 7311 pour d'autres indications

par l'assureur. Au-delà de ses aspects administratifs, elle constitue, et c'est là l'essentiel, le point de départ d'un dialogue médecin-physiothérapeute que nous souhaitons toujours plus ouvert et constructif.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

1 Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) chap.2, sect.1, art.5. www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950275/index.html

2 Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), sect.2, art.32. www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/index.html

3 Convention tarifaire ASPI-Tarifsuisse (convention n°30.500.1226D) du 1er octobre 2016, art.13, al.2. www.aspi-svfp.ch/f/documents-et-liens/point-tarifaire.asp

4 Structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie du 1er janvier 2018, uniforme sur le plan suisse. www.admin.ch/opc/fr/referenced-texts/classified-compilation/2017/6023-A3.pdf

MARIO DE NOBILI

physiothérapeute diplômé

PATRICIA LE BEC

physiothérapeute HES
Membres du comité de l'ASPI
Association suisse des physiothérapeutes indépendants, Route du Lac 2, 1094 Paudex
denobili@aspi-svfp.ch | lebec@aspi-svfp.ch