

# Ce que tout médecin se demande sur santésuisse et la physiothérapie enfin dévoilé

**Contraintes liées à la prescription de physiothérapie ... reconnaissance d'un jugement médical ou rationalisation administrative?**

Suzanne Blanc-Hemmeler<sup>1</sup>

Interview par Daniel Widmer

On est en droit d'être inquiet pour l'avenir de nos patients. Les pressions exercées par santésuisse sur les médecins pour qu'ils prescrivent le moins possible de physiothérapie (quotas, moyennes, menaces de remboursement de traitements «superflus», tracasseries administratives, etc.) ne feront que progresser dans le futur. Il paraît évident que santésuisse veut instaurer un régime de terreur. C'est pourquoi, médecins et physiothérapeutes doivent collaborer de manière de plus en plus étroite et solidaire pour le bien de nos patients.

Par une analyse commune des besoins des patients et des moyens physiothérapeutiques mis en œuvre pour les réaliser, médecins et physiothérapeutes seront à même de garantir l'efficacité et l'économicité des traitements. Ensemble, trouvons les moyens et la méthode pour atteindre cet objectif.

Man muss sich um die Zukunft unserer Patienten Sorgen machen. Der Druck von santésuisse auf die Ärzte, möglichst wenig Physiotherapie zu verordnen, wird künftig noch zunehmen. Ärzte und Physiotherapeuten müssen deshalb zum Wohle der Patienten enger und solidarischer zusammenarbeiten. Durch eine gemeinsame Analyse der Patientenbedürfnisse und der geeigneten physiotherapeutischen Massnahmen können Ärzte und Physiotherapeuten die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Therapien sicherstellen.

Gemeinsam sollten wir Mittel und Wege zur Erreichung dieses Ziels finden.

*DW: Comme bon nombre de mes confrères médecins, je me demande s'il est normal que la caisse maladie me demande un rapport médical après une seule prescription de physiothérapie? J'ai l'impression d'en faire de plus en plus ...*

SBH: Selon les directives en vigueur, la prescription de physiothérapie doit contenir un diagnostic sommaire. Conformément à l'avis du préposé à la protection des données, les termes «lombalgie» ou «incontinence urinaire» devraient être suffisants pour garantir le droit à la prestation.

En 2004, un litige de cette nature a été soumis à l'association cantonale Vaudoise de Physiothérapie FISIOVAUD par une grande caisse maladie de Suisse romande. Celle-ci voulait prendre les physiothérapeutes en otage et les menaçait de ne pas honorer leurs prestations s'ils ne communiquaient pas un *diagnostic complet* aux caisses maladie.

La caisse maladie a finalement dû rembourser les prestations des physiothérapeutes et le harcèlement au sujet du diagnostic approfondi a été interrompu.

Dans la pratique, les assureurs ne devraient recevoir que les informations nécessaires pour déterminer le droit à une prestation. En cas de doute ou de difficultés à déterminer ce droit, l'assureur peut demander des précisions au médecin prescripteur.

Le physiothérapeute n'a pas le droit de communiquer autre chose qu'un diagnostic sommaire qui se résume la plupart du temps à une région à traiter. Ces indications lui sont fournies par le médecin prescripteur. Celui-ci peut toutefois communiquer au physiothérapeute toutes les

indications utiles et nécessaires au bon déroulement du traitement. Ces informations, strictement confidentielles, ne seront en aucun cas transmises aux assureurs.

*On me demande régulièrement de refaire une prescription pour une à trois séances de physiothérapie. Le physiothérapeute ayant pu espacer les séances se voit en effet refuser le remboursement de ses prestations effectuées au-delà des trois mois suivant la date de ma prescription médicale. Est-il normal de multiplier ces démarches bureaucratiques superflues plutôt que de faire confiance au jugement professionnel du physiothérapeute?*

Ce type de litige a été soumis à la commission paritaire ASP (Association suisse de physiothérapie)/santésuisse/SUVA/AI en 2003. La décision prise a été la suivante:

*«La directive qui impose le renouvellement de l'ordonnance médicale après trois mois est une règle absurde dans la pratique. Appliquée stricto sensu, elle n'est ni économique ni utile...»*

Effectivement, depuis 1968, les dispositions d'exécution ont été comprises de la même manière par tout le monde: commencer le traitement de physiothérapie dans les trois mois.

*On est en droit de se demander quelle est la motivation réelle d'une caisse maladie qui demande une nouvelle ordonnance pour deux à trois séances effectuées au-delà de cette échéance de trois mois: soucis d'économie ou harcèlement administratif? L'absurdité de l'économie: la caisse maladie contraint le patient à se procurer une prescription de physiothérapie pour deux ou trois séances qui ont déjà été appliquées et facturées.*

<sup>1</sup> Mme Blanc est présidente des physiothérapeutes vaudois et membre de la commission des négociations avec santésuisse.

Bilan: incompréhension du patient, nouvelles consultations superflues, frais administratifs plus élevés pour le médecin, le physiothérapeute et ... la caisse maladie.

Tous les acteurs de la santé seraient gagnants si la caisse maladie faisait davantage confiance au jugement professionnel du physiothérapeute qui, dans certains cas, estime plus utile d'espacer les séances au-delà de la période de trois mois.

Même si la caisse maladie se retranche derrière la LAMal pour imposer ce délai de trois mois, on ne voit pas ce qui l'empêcherait d'appliquer cette disposition avec intelligence et discernement.

En attendant cet hypothétique revirement, ne vous étonnez donc pas de continuer à recevoir des demandes pour deux à trois séances de la part de vos patients. Le seul tort du physiothérapeute est de tenter de soigner son malade de manière économique, en respectant ses besoins réels.

*Il y a quelques mois, j'ai été préalablement informé par la caisse maladie du nombre de séances de physiothérapie qui seront octroyées à un de mes patients pour l'année 2006. Y a-t-il eu un changement de loi ou de convention qui permet à la caisse maladie de procéder de cette manière et qui ne me permet plus de donner mon avis en fonction de mes compétences professionnelles et des besoins effectifs de mes patients?*

Ces prévisions administratives ne sont pas acceptables selon la LAMal ni selon la convention ASP/santésuisse.

La LAMal et l'OPAS indiquent clairement les conditions de prise en charge des séances de physiothérapie;

- la prescription médicale, de 9 séances au maximum, est renouvelable par une nouvelle prescription obligatoire pour la poursuite du traitement;
- après un traitement de 36 séances, 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 au frais de l'assurance en indiquant «dans quelle mesure» (OPAS 5, al 4).

Afin d'assurer la continuité du traitement, il est vivement recommandé au médecin traitant de faire cette demande, de sa propre initiative, quelques jours (ou semaines selon les cas), avant l'échéance des 36 séances.

A titre d'exemple, le problème se présente souvent pour des personnes atteintes d'affections neurologiques. Pour ces patients qui requièrent un traitement à long terme, la Commission paritaire ASP/santésuisse a défini la norme de 42 séances annuelles, répondant à la position tarifaire 7311 (affections complexes ou neurologiques). Si, toutefois, en cas de péjoration, un plus grand nombre de traitements est nécessaire, elles pourront être accordées.

En cas de litige, le médecin et le physiothérapeute peuvent recourir à leurs Commissions paritaires respectives.

Pour mémoire, l'assuré qui ne serait pas d'accord avec la décision de sa caisse maladie a également la possibilité de s'adresser à l'Ombudsman des assurances sociales. Cette procédure est gratuite. Face à l'attitude des caisses maladie, de plus en plus de patients utilisent cette voie pour défendre leurs intérêts et obtenir la plupart du temps gain de cause.

*Pourquoi y a-t-il tant de problème pour la physiothérapie complexe, pour l'eutonie ou la physio à domicile? Pourquoi ce type de physio est-elle dans le collimateur? Est-ce la cherté de ces méthodes ou le fait qu'il s'agit de traitements à long terme pour des patients chroniques? Y a-t-il des critères discutés en commission paritaire pour étayer ces traitements et en justifier la prolongation?*

Selon la convention en vigueur, le forfait pour kinésithérapie complexe est accepté dans les cas suivants:

- troubles moteurs cérébraux et/ou médullaires ou troubles fonctionnels sévères dans des conditions difficiles;
- pour des blessés polytraumatisés ou des patients ayant subi plusieurs opérations ou présentant plusieurs maladies concomitantes
- thérapie respiratoire en cas de troubles graves de la fonction pulmonaire.

Lorsque les négociations pour le nouveau tarif étaient en cours, le pourcentage de cas

complexes et de cas neurologiques a été calculé sur la base de données de santésuisse. Le nombre de traitements facturés actuellement sous la position 7311 est largement en dessous des chiffres prévus en 1997.

*Le procédé est très simple: tout est fait pour décourager le physiothérapeute de facturer un traitement complexe. Diminution du nombre de séances par année, refus tout court de traiter un patient à long terme, en mettant sous pression le médecin prescripteur, le physiothérapeute et en culpabilisant le patient, sont devenus monnaie courante.*

Si, en général, les traitements de troubles moteurs cérébraux et/ou médullaires ne posent pas de problème, il en va tout autrement des troubles fonctionnels sévères dans des conditions difficiles (âge, état général ...) ou des traitements complexes de blessés polytraumatisés, de patients ayant subi plusieurs opérations ou présentant plusieurs maladies concomitantes.

Dans ces cas, le libre arbitre du médecin-conseil de l'assureur déploie toute son efficacité, la plupart du temps au détriment du physiothérapeute qui doit recourir à la Commission paritaire. Pour le physiothérapeute, le travail de justification auprès du médecin-conseil, ainsi que la demande introduite à la Commission paritaire ne sont pas rémunérés. C'est pourquoi un certain nombre de justifications ne sont pas faites.

Afin de réduire le nombre de remboursements selon la position complexe, il convient également de savoir que les assureurs confondent volontiers «diagnostic complexe» et «prise en charge physiothérapeutique complexe». Or, il n'est pas rare qu'un diagnostic «simple» nécessite une thérapie complexe, c'est pourquoi les assureurs s'adressent de plus en plus fréquemment au médecin prescripteur pour justifier la position 7311 utilisée par le physiothérapeute! Dans ce cas, une bonne collaboration médecin/physiothérapeute donnera les meilleurs résultats. Pour ce qui est de la méthode eutonie, ou la méthode Mézières, il est à noter que le tarif des prestations physiothérapeutiques ne reconnaît ni la prise en charge d'une méthode spécifique ni le temps du traitement.

Cependant, le tarif de physiothérapie stipule que le physiothérapeute est libre de choisir les méthodes de traitement en fonction de la prescription médicale, de ses connaissances professionnelles et en tenant compte des critères d'économicité et d'efficacité. Selon les cas, l'eutonnie, type de *kinésithérapie complexe*, peut donc être appliquée par le physiothérapeute dûment formé, en tenant compte des critères énumérés auparavant.

La prise en charge de traitements à domicile doit être formellement prescrite par le médecin. Elle ne se justifie que si le patient ne peut se rendre au cabinet de physiothérapie pour des motifs médicaux ou fonctionnels évidents. Dès que le patient est apte à se rendre au cabinet du physiothérapeute, le traitement à domicile ne se justifie plus. Un supplément pour indemnité de déplacement pouvant être facturé par le physiothérapeute, les assureurs scrutent naturellement avec une atten-

tion toute particulière les prescriptions de physiothérapie à domicile et sont très pointilleux sur leur usage.

*Quels sont les critères pour étayer une physio complexe à domicile deux fois par semaine permettant à une patiente souffrant des suites d'un ictus de rester chez elle, quand l'assureur me dit qu'il faut réduire à une séance par semaine et que l'essai a été fait, avec une régression de la mobilité?*

Les critères à faire valoir peuvent être de plusieurs natures.

Sur le plan fonctionnel, un bilan avant et après la réduction du nombre de traitements peut démontrer l'utilité de la prise en charge bihebdomadaire. Ce bilan peut être fait par le physiothérapeute et en collaboration avec le médecin.

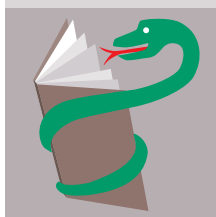
L'état général du patient, sa santé psychique, la perte d'autonomie, l'augmentation de passages des auxiliaires, l'augmentation de la prise de médicaments, le type

de médicaments, l'augmentation de la fréquence des visites médicales, des examens, les éventuelles conséquences pathologiques (spasticité, escarres, contractures) liées à la réduction des traitements peuvent être documentés par le médecin. Parfois, l'établissement d'objectifs communs, fixés dans le temps et d'entente avec le patient, peut influencer favorablement la décision du médecin-conseil.

Les conséquences financières pour l'assureur d'une aggravation de la situation du patient, notamment si celle-ci exige un séjour en milieu hospitalier, ne sont pas non plus à négliger.

---

Dr Daniel Widmer  
2, av. Juste-Olivier  
1006 Lausanne  
widmer@primary-care.ch



## SHARED DECISION MAKING NOT FOR ALL PATIENTS

Researchers in the USA found that almost all respondents (96% of 2750) wanted to know of their options, agreeing with the statement: "I prefer that my doctor offers me choices and asks my opinion." Almost half of the respondents (44%) agreed with the statement: "I prefer to rely on my doctor's knowledge and not try to find out about my condition on my own." When it comes to making decisions about treatment, 52% of respondents agreed with the phrase: "I prefer to leave decisions about my medical care up to my doctor."

"Answers did not vary by income category or health insurance status. The desire to use their own knowledge and make their own decisions increased with education level, and women preferred a more patient-directed approach than did men. Respondents who characterized their health as excellent were more likely to be self-reliant, whereas respondents who reported their health to be poor preferred a clinician-directed approach. Respondents older than 45 years preferred to be more physician-directed, and this preference increased with age."

- Shared decision-making not for all patients. *J Fam Pract* 2005;54(12):1028.
- Original paper: Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *J Gen Intern Med* 2005;20:531-5.

From: Wonca Journal Alerts. [www.globalfamilydoctor.com](http://www.globalfamilydoctor.com).

BK