

# mémokiné

## Questions – Réponses « Ordo – DAP - Référentiels »

Les choses apparemment simples lorsque tout va bien s'avèrent parfois d'une redoutable complexité lorsqu'on cherche à les décortiquer. La mise en place des référentiels permet de se poser quelques questions sur le droit d'effectuer ou non un certain nombre de séances de kinésithérapie.

### Quantitatif, qualitatif et médecins : Qui décide du nombre de séances ?

→ L'arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 (JO du 03/03/00) supprime la notion de quantitatif et de qualitatif pour une prescription de MK. C'était une demande forte de la profession qui a été entendue. La gestion de l'activité des kinésithérapeutes n'est donc plus de la responsabilité économique des médecins. Ceux-ci ne doivent plus mentionner sur leur ordonnance le nombre de séances ni les techniques à utiliser. C'est le MK qui, grâce à son bilan diagnostic kinésithérapique initial, va déterminer le nombre de séances et les techniques qu'il connaît et maîtrise les plus appropriées pour arriver à l'objectif thérapeutique qu'il s'est fixé.

CONCLUSION : C'EST LE MK QUI DETERMINE LE QUANTITATIF ET LE QUALITATIF.

Si la communication du diagnostic médical reste fondamentale pour orienter le BDK, elle doit se faire par une lettre d'accompagnement qui pourra comporter les éventuelles indications que le médecin désire communiquer (par exemple un protocole de soins post chirurgical).

→ **L'arrêté du 4 octobre 2000** (JO du 05/10/00) **modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels**, dans le préambule du Titre XIV, rappelle que « le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute. ».

Cette mesure n'est pas soutenue par la profession. Elle sert sans doute à ménager la susceptibilité d'une partie du milieu médical...

CONCLUSION : C'EST LE MEDECIN QUI, S'IL LE SOUHAITE, DETERMINE LE QUANTITATIF ET LE QUALITATIF.

Ces deux textes s'opposent donc. Alors que faut-il en penser ?

Les deux textes sont des arrêtés et donc aucun ne prédomine sur l'autre, ce qui risque d'entraîner un certain nombre de litiges... En revanche il y a risque de nous voir opposer l'application de la loi dans le temps : le texte postérieur s'impose au texte antérieur et cela ne nous est pas favorable.

Ainsi, si le médecin n'a pas quantifié sa prescription, le choix du quantitatif revient au MK.

Mais si le médecin a quantifié sa prescription plus que ne l'autorise un référentiel, nous sommes tenus de l'exécuter et donc d'effectuer une DAP.

- Si celle-ci est acceptée, pas de problème.
- Si celle-ci est refusée, cela entraîne seulement la non prise en charge des séances supplémentaires par l'assurance maladie mais n'annule pas l'obligation d'exécuter les séances ! Car seul le patient peut interrompre le traitement (il s'avère que le refus de la DAP a un effet thérapeutique souvent insoupçonné !)

## Les référentiels : que faut-il savoir ?

### → La prescription relève-t-elle des référentiels ?

Si le texte des référentiels peut parfois sembler vague, le préambule les introduisant est précis : « *Pour chacune des rééducations correspondant à des situations médicales précisées, la Haute Autorité de santé a validé un référentiel élaboré par l'UNCAM et déterminant un nombre d'actes au-delà duquel une Demande d'Accord Préalable (DAP) du service du contrôle médical est nécessaire pour permettre, à titre exceptionnel, d'initier ou de poursuivre la prise en charge de la rééducation par les caisses d'assurance maladie* ». Si la pathologie est strictement superposée à celle du référentiel, la prescription est « sous référentiel » (SR) ; dans le cas contraire, elle est par définition « hors référentiel » (HR). Il ne faut d'ailleurs pas tenir compte de recommandations préalables éventuelles de la HAS ou d'études particulières de l'UNCAM mais se baser sur le strict texte du référentiel paru au Journal Officiel. Toute pathologie associée interférant sur la pathologie principale fait sortir la prescription du cadre des référentiels. Tout comme une prescription précisant une localisation supplémentaire à soigner. Le diagnostic médical (qui devrait être sur la lettre d'accompagnement et non sur la prescription), le BDK du MK et les compte-rendus des examens complémentaires (radiologiques, biologiques, etc.) doivent permettre de superposer ou non la pathologie du patient et celle décrite dans le référentiel. C'est ce même BDK et sa fiche synthétique (FSBDK) qui permettent d'échanger et de communiquer avec le médecin traitant et le contrôle médical à sa demande afin de justifier nos choix.

Attention : le caractère ALD ou AT d'une pathologie n'exonère pas de l'assujettissement aux référentiels.

**CE N'EST DONC PAS LE SEUL LIBELLÉ DE LA PRESCRIPTION QUI DÉTERMINE L'ASSUJETISSEMENT AUX RÉFÉRENTIELS !**

### → « Cervicalgie non spécifique » et « lombalgie commune » sont deux pathologies SR ; à quoi cela correspond-il vraiment ?

L'UNCAM a sans aucun doute cherché au départ à s'opposer à ce qu'elle considère comme très nombreuses prescriptions pour rachialgies répétées et récurrentes sans qu'aucune étiologie n'apparaisse cliniquement (certains allant jusqu'à la notion de prescription de complaisance).

Sera donc considérée comme « cervicalgie non spécifique » ou « lombalgie commune » toute algie sans raison apparente et qui ne trouvera pas sa cause dans à un examen clinique, radiologique, biologique ou autre (rhumatisme psoriasique, scoliose, rhumatisme inflammatoire ou non, listhésis, fracture ou tassement, atteinte neurologique, etc.)

## → DAP... accord ou refus ?

*« Pour chacune des rééducations correspondant à des situations médicales précisées, la Haute Autorité de santé a validé un référentiel élaboré par l'UNCAM et déterminant un nombre d'actes au-delà duquel une Demande d'Accord Préalable (DAP) du service du contrôle médical est nécessaire pour permettre, à titre exceptionnel, d'initier ou de poursuivre la prise en charge de la rééducation par les caisses d'assurance maladie. »*

En cas de DAP (Art. R.165-23 du code de la sécurité sociale) :

- L'accord par non réponse sous 15 jours à partir de la date de réception par la caisse autorise une prise en charge par l'assurance maladie du nombre de séances notifiées sur la DAP (une nouvelle DAP sera nécessaire pour toute nouvelle prise en charge supplémentaire pour cette même pathologie).
- Le refus (ainsi que les voies de recours) notifié sous 15 jours supprimera tout remboursement par la caisse de l'assuré mais n'empêche nullement d'effectuer les actes... à la charge intégrale du patient !

## → La règle générale pour les DAP

Le nombre de séances avant DAP correspond au cumul des séances pour une pathologie SR (y compris celles effectuées par un autre MK... il faut donc bien se renseigner auprès du patient) jusqu'à ce celle-ci soit considérée comme soignée et non pas au nombre isolé de chaque prescription. Si une nouvelle prescription intervient par la suite, il faudra vérifier s'il s'agit toujours d'une continuité du même soin ou si un élément pathologique nouveau est intervenu, transformant alors éventuellement la prescription SR en HR. Là encore, c'est le BDK et sa FSBKD qui justifieront notre attitude.

ATTENTION : Depuis la mise en place de la télétransmission, la CPAM paie d'abord puis aléatoirement, donc éventuellement, vérifie la conformité. Ce n'est donc pas parce que vous n'avez pas fait de DAP que la CPAM considère que vous ne deviez pas en faire et que vous devez vous sentir en droit de recommencer...

## → Certaines pathologies parlent de double seuil pour les DAP par rapport à un nombre de séances, particulièrement durant les 12 derniers mois

*« DAP à partir de la 16e séance et à partir de la 31e séance, si 30 séances pour cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique (ou lombalgie commune) ont été prises en charge dans les 12 mois précédents »*

A double critère, il faut une double lecture :

- Soit, pour une prescription, le nombre dépasse le seuil de 15 du référentiel et il faut une DAP.
- Soit, même si le nombre exigeant une DAP n'est jamais atteint (séries de 10 séances par exemple), il faut quand même une DAP si le cumul des séances pour cette même pathologie sur les 12 derniers mois dépasse 30 séances.

Attention :

- On peut raisonnablement se poser la question de savoir si devoir dépasser 30 séances par an pour une algie dite « commune » ne cache pas une étiologie sous jacente qui la ferait alors sortir des référentiels.
- Risque de litige : il n'existe pas de délai légal entre deux épisodes algiques qui fasse que le second est considéré comme une simple prolongation ou un nouvel épisode !

## Validité d'une ordonnance

Hormis les prescriptions de médicaments pour les pharmaciens qui ont une validité limitée, il n'existe aucun délai de prescription de validité pour les autres ordonnances, particulièrement celle de masso-kinésithérapie.

Néanmoins, il s'agit d'agir avec raison lors de la réception d'une prescription et d'appréhender les causes (demande spécifique du chirurgien, événement interférant sur la prise en charge... autant d'éléments qui enrichiront le BDK) du délai entre la date de prescription et celle de la réalisation des soins. Rappelons que le MK est responsable du quantitatif et du qualitatif de ses soins et qu'il doit donc juger si des soins issus d'une prescription ancienne sont toujours médicalement justifiés. Dans les cas limites, il paraît judicieux de demander une nouvelle prescription signifiant une réelle opportunité de commencer des soins.

## Délai de facturation de soins de masso-kinésithérapie

Il faut mettre en parallèle le délai imposé aux professionnels pour transmettre la feuille de soins à la caisse d'assurance maladie tel que précisé dans l'article R 161-47 du Code de la Sécurité Sociale avec le délai de prescription extinctive pour réclamer nos honoraires à nos patients et à l'assurance maladie tant qu'elle n'a pas payé.

### → Transmission des feuilles de soins

1° En cas de transmission par voie électronique, le professionnel, l'organisme ou l'établissement ayant effectué des actes ou servi des prestations remboursables par l'assurance maladie transmet les feuilles de soins électroniques dans un délai dont le point de départ est la date fixée au 10° de l'article R. 161-42 (c'est à dire à la date du paiement par l'assuré des actes effectués ou des prestations servies et présentés au remboursement ou bien, lorsque sont en cause plusieurs actes ou prestations rapprochés ou relevant d'un même traitement, à la date de réalisation ou de délivrance du dernier acte ou de la dernière prestation présenté à remboursement) et qui est fixé à :

- a) **Trois jours** ouvrés en cas de paiement direct de l'assuré ;
- b) **Huit jours** ouvrés lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance de frais.

2° En cas d'envoi sous forme de document sur support papier, la transmission par courrier à l'organisme servant à l'assuré les prestations de base de l'assurance maladie est assurée :

- a) Sous la responsabilité de l'assuré lorsque ce dernier acquitte directement le prix de l'acte ou de la prestation ;
- b) Sous la responsabilité du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement, dans un délai de **huit jours** suivant la même date, lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance de frais.

### → Délai de prescription (source : ameli.fr) :

La prescription pour obtenir le remboursement des dépenses de santé est fixée à 2 ans.

Le point de départ du délai est le suivant :

- soins et traitements liés à une maladie : 1er jour du trimestre civil qui suit leur délivrance
- soins et traitements liés à une maternité : date de 1ère constatation médicale de la grossesse.

Exemple : si vous consultez votre médecin le 1er février 2013, vous devez adresser la feuille de soins à votre organisme d'assurance maladie au plus tard le 31 mars 2015.