

**Date :**  
02/03/2001

**Origine :**  
DDRI  
ENSM

**Réf. :**  
DDRI n° 37/2001  
ENSM n 10/2001  
n /  
n /

Mesdames et Messieurs les Directeurs  
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Régionaux  
Monsieur le Médecin Chef de la Réunion  
Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Chefs de Service  
des Echelons Locaux

(Pour Attribution)

Mesdames et Messieurs les Directeurs  
- des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

(Pour Information)

**Plan de classement :**

2	22	226				
---	----	-----	--	--	--	--

**Titre :**

Réforme du Titre XIV de la NGAP : actes de rééducation et réadaptation  
fonctionnelles

**Résumé :**

Réponse aux questions posées à la suite de la réforme de la nomenclature  
des actes de massokinésithérapie

**Pièces jointes :**

**Liens :**

Com.circ	DDRI	124/2000	ENSM	43/2000
----------	------	----------	------	---------

**Date d'effet :**

**Dossier suivi par :**  
**Téléphone :**

**Date de Réponse :**

ENSM Dr ROCHE APAIRE-DDRI/DOS S. NAUX-DDRI/DRIO D. ZIZINE HUBERT  
01.42.79.32.72 01.42.79.35.51 01.53.53.28.52

**Direction Déléguée aux Risques  
Echelon National du Service Médical**

02/03/2001  
Mesdames et Messieurs les Directeurs  
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

**Origine :**  
DDRI  
ENSM  
Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Régionaux  
Monsieur le Médecin Chef de la Réunion  
Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Chefs de Service  
des Echelons Locaux

**(Pour Attribution)**

Mesdames et Messieurs les Directeurs  
- des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

**(Pour Information)**

**N/Réf. :** DDRI n° 37 /2001 – ENSM n° 10 /2001

**Objet :** Réforme du Titre XIV de la NGAP : actes de rééducation et réadaptation fonctionnelles

<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>2. DATE D'ENTREE EN VIGUEUR DE LA NOUVELLE NOMENCLATURE</b>	<b>1</b>
<b>3. UTILISATEURS DE LA NOUVELLE NOMENCLATURE</b>	<b>2</b>
<b>4. NOUVELLE LETTRE-CLE AMS</b>	<b>2</b>
<b>5. FACTURATION DES SUPPLEMENTS POUR BALNEOTHERAPIE</b>	<b>3</b>
<b>6. CHAMP DE L'AUTONOMIE DU MASSEUR-KINESITHEREPEUTE.</b>	<b>3</b>
<b>7. DESACCORD ENTRE LE MASSEUR-KINESITHEREPEUTE ET LE MEDECIN PRESCRIPTEUR.</b>	<b>4</b>
<b>8. L'EXPERTISE L.141.1.</b>	<b>4</b>
<b>9. MAJORATION DE L'ARTICLE 14</b>	<b>4</b>
<b>10. LE BILAN ACTE ISOLE</b>	<b>4</b>
<b>11. BILAN DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE OU BDK</b>	<b>6</b>
11.1. Le BDK et le décret de compétence.	6
11.2. Le BDK et la NGAP	6
11.3. La FSI	7
11.4. La FSF	7
11.5. L'hypothèse du traitement dont le nombre de séances est inférieur à 10	8
11.6. Modalités de rémunération du bilan diagnostique kinésithérapique :	8
11.7. Règles de facturation du bilan	10
11.7.1. Cas général	10
11.7.2. Champ de la rééducation des conséquences des affections	10
11.7.3. Cas particuliers	10
<b>12. NON CUMUL DES ACTES AU COURS D'UNE MÊME SÉANCE</b>	<b>11</b>
<b>13. EXEMPLES DE COTATIONS</b>	<b>13</b>
<b>14. LES COTATIONS SONT GLOBALES ET FORFAITAIRES</b>	<b>15</b>

## **1. INTRODUCTION**

L'application de la nouvelle nomenclature de masso-kinésithérapie a soulevé de la part des professionnels de santé comme de celle des caisses d'assurance maladie et des services médicaux un grand nombre de questions.

Lors de la journée organisée le 8 décembre 2000, nous avons essayé, au-delà d'une présentation du contexte et de l'économie générale de la réforme, de répondre à un certain nombre d'entre elles.

Nous souhaitons par cette circulaire reprendre par écrit les points traités lors de cette journée et les compléter sur les aspects qui n'étaient pas encore stabilisés à cette date.

Nous attirons votre attention sur le fait que certaines positions ont pu évoluer depuis le 8 décembre et par ailleurs, nous vous indiquons que nos correspondants du Ministère ont validé les positions prises dans ce document, notamment les points pour lesquels il existe des divergences d'interprétation avec les professionnels ou leur représentants.

Nous restons à votre disposition pour toute question et vous invitons à nous faire connaître les difficultés que vous pouvez rencontrer dans l'application de ce texte.

## **2. DATE D'ENTREE EN VIGUEUR DE LA NOUVELLE NOMENCLATURE**

Paru au J.O. du 5 octobre 2000, le nouveau Titre XIV de la NGAP est applicable à compter du 7 octobre 2000.

Il s'agit bien d'un texte d'application immédiate (un jour franc après parution au J.O.) mais qui concerne des actes soumis à la procédure de l'entente préalable : ces nouvelles dispositions ne sont donc applicables qu'aux nouvelles demandes d'entente préalable (DEP) établies à partir du 7 octobre 2000.

Comme cela a été indiqué dans le message Hermès du 25 octobre 2000, et afin de ne pas pénaliser les professionnels ayant établi des ententes préalables pour de très longues séries au moment de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions, il peut leur être proposé de réaliser une nouvelle DEP sur la base de la nouvelle nomenclature pour la suite du traitement (et sans effet rétroactif possible). Il ne paraît pas nécessaire d'exiger une nouvelle prescription médicale, l'essentiel étant que la réalisation et la facturation des traitements soient en concordance avec la demande d'entente préalable. Il convient ainsi de ne pas réduire la réforme de la nomenclature à la seule revalorisation des cotations.

### **3. UTILISATEURS DE LA NOUVELLE NOMENCLATURE**

Les dispositions du titre XIV de la NGAP ne sont pas réservées aux seuls masseurs-kinésithérapeutes. Elles peuvent également être utilisées par les médecins (qui cotent alors leurs actes en K) et par les sages-femmes (qui cotent en SF).

Toutefois, il est rappelé que les sages-femmes ne peuvent pas prescrire d'actes de rééducation à réaliser par un masseur-kinésithérapeute.

Par ailleurs, le bilan diagnostic kinésithérapique est un acte réservé aux masseurs-kinésithérapeutes.

### **4. NOUVELLE LETTRE-CLE AMS**

L'objet de la lettre-clé AMS est de suivre spécifiquement les actes de rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques, c'est à dire ceux prévus par l'article 1<sup>er</sup> du Chapitre 2 du titre XIV. Elle concerne ces seuls actes.

Cette lettre-clé est applicable aux seuls masseurs-kinésithérapeutes, quel que soit le lieu de réalisation de l'acte (cabinet ou établissement) : l'AMS doit donc primer sur l'AMC. La distinction entre l'AMC et l'AMK demeure pour les autres articles de la nomenclature.

Depuis le jour de son introduction, l'AMS a la même valeur que l'AMK (13 francs). Toutefois, ces valeurs pourront être dissociées selon les dispositions de l'avenant à la convention des masseurs-kinésithérapeutes paru au Journal Officiel du 5 octobre 2000.

Certains documents font mention de l'AMB : il s'agit d'une lettre-clé de réserve qui n'est pas active pour le moment.

La lettre-clé AMS est disponible dans les tables depuis le 7 octobre 2000.

Dès novembre 2000, le cahier des charges SESAM-Vitale a fait l'objet d'une mise à jour permettant d'intégrer cette nouvelle lettre-clé (version 1.31). Toutefois, les logiciels non mis à jour disposent d'une possibilité de forçage permettant aux professionnels d'utiliser la lettre-clé AMS.

## **5. FACTURATION DES SUPPLEMENTS POUR BALNEOTHERAPIE**

Des suppléments pour balnéothérapie sont prévus par le chapitre IV du nouveau Titre XIV.

Il est nécessaire de pouvoir repérer ces suppléments puisqu'ils peuvent être soustraits du total des coefficients réalisés sur l'année dans le cadre du suivi des seuils d'efficience. C'est pourquoi les suppléments ne doivent pas être globalisés avec l'acte lors de la facturation ou de la liquidation mais doivent être comptabilisés de manière distincte. De cette façon, il sera possible de recenser le nombre de coefficients liés aux bassins et aux piscines. Nous vous invitons à faire connaître cette consigne de liquidation aux masseurs-kinésithérapeutes.

Dans un deuxième temps, nous souhaitons demander une modification de la nomenclature afin de créer des coefficients traçants différenciant les bassins des piscines.

## **6. CHAMP DE L'AUTONOMIE DU MASSEUR-KINESITHERAPEUTE.**

Le médecin peut continuer à préciser lui-même sa prescription médicale s'il le souhaite et le masseur-kinésithérapeute doit alors suivre le nombre de séance prescrit.

A défaut, la détermination du nombre de séances nécessaire à la réalisation des objectifs thérapeutiques entre désormais dans le champ de compétence du masseur-kinésithérapeute depuis les modifications de textes intervenues dans le courant de l'année 2000.

Une exception existe toutefois pour les soins palliatifs pour lesquels le nombre de passages quotidiens doit être déterminé par le médecin.

La détermination du caractère urgent du traitement, la mention de la réalisation à domicile et les transports restent dans le champ exclusif de prescription du médecin.

Le masseur-kinésithérapeute est libre du choix des techniques utilisées pour le traitement. La balnéothérapie comme l'électrothérapie deviennent ainsi des techniques à part entière et le masseur-kinésithérapeute les emploie donc sous sa responsabilité pour tous les actes (hormis le bilan) sauf indication contraire du médecin prescripteur, qui peut interdire ou bien imposer l'utilisation d'une technique.

La position est identique pour la physiothérapie à moins que le médecin ne l'ait prescrite spécifiquement.

Il ne faut donc pas utiliser pour la cotation de l'électrothérapie, les dispositions du Titre XV car l'électrothérapie fait partie de la physiothérapie et des différentes techniques qui sont comprises dans les cotations du Titre XIV.

## **7. DESACCORD ENTRE LE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE ET LE MEDECIN PRESCRIPTEUR.**

Si la réalisation du bilan diagnostic kinésithérapique conduit à un protocole thérapeutique qui n'est pas en accord avec la prescription médicale, le kinésithérapeute doit prendre contact avec le médecin prescripteur afin qu'ils conviennent ensemble des modalités du traitement. Si le désaccord persiste, le médecin peut toujours établir une prescription quantitative qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute.

## **8. L'EXPERTISE L.141.1.**

Les modifications des conditions de la prescription de kinésithérapie n'ont pas de conséquence sur la procédure de l'expertise L.141.1.

Lorsque le nombre de séances a été fixé par le masseur-kinésithérapeute, et qu'il y a désaccord du médecin conseil, ce dernier, après consultation de la fiche synthétique et examen du patient, fait notifier un refus médical portant sur les séances restant à réaliser.

Il se peut alors que l'assuré conteste et demande une expertise.

Dans ce cas, même si le médecin traitant contacté indique qu'il est d'accord avec le médecin conseil, il désigne néanmoins un médecin expert sur la liste proposée par le médecin conseil et complète le protocole d'expertise.

L'expertise est diligentée et l'expert reçoit en communication la fiche synthétique déjà en possession du Service Médical qui joindra également au protocole d'expertise tout courrier émanant du masseur-kinésithérapeute.

## **9. MAJORATION DE L'ARTICLE 14**

Les dispositions générales applicables en cas d'urgence justifiée par l'état du malade sont étendues aux actes répétés, en cas de nécessité impérieuse d'un traitement quotidien. Il s'agit des mêmes conditions d'application que celles prévues pour les infirmières au dernier alinéa du B) de l'article 14 des dispositions générales de la NGAP. La nécessité impérieuse de l'intervention quotidienne est attestée par la prescription du médecin, en dehors du rythme des séances qui est déterminé par le masseur-kinésithérapeute.

## **10. LE BILAN ACTE ISOLE**

Ce bilan peut être réalisé par les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes.

Il doit être prescrit lorsqu'il est réalisé par un masseur-kinésithérapeute, mais il n'est pas soumis à la procédure de l'EP.

Cet article recouvre deux types d'actes :

- le BOA = bilan ostéo-articulaire
- le bilan musculaire

Le bilan ostéo-articulaire (BOA) et le bilan musculaire, inscrits dans l'ancien Titre XIV, et qui correspondaient à des bilans réalisés par le médecin ou prescrits par le médecin pour être réalisés par le masseur-kinésithérapeute, ont été repris dans la nouvelle rédaction du Titre XIV mais l'acte est situé dans un contexte médical différent en ce qui concerne le bilan ostéo-articulaire.

- Le bilan ostéoarticulaire : Le contexte dans lequel les médecins réalisent cet acte est différent.

Le texte antérieur indiquait : "Ce bilan, lorsqu'il est effectué pour des actes inscrits au Titre XIV ne peut être pratiqué que pour les actes de rééducation visés au Chapitre III - articles 1 et 2 dont le coefficient est au moins égal à 6....".

Le texte actuel prévoit un contexte différent :

"Ces actes effectués par le médecin ou par le masseur-kinésithérapeute sur prescription médicale ne donnent lieu à facturation qu'en l'absence du traitement de rééducation ou de réadaptation fonctionnelles en cours ou de prescription concomitante d'un tel traitement".

Ce texte rend sans objet la position prise par la Cour de Cassation le 12 février 1998, sur le libellé ancien qui, en précisant que le bilan ostéo-articulaire ne pouvait faire l'objet d'une cotation que lorsqu'il était effectué en vue de la réalisation d'actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, mettait un terme à de nombreux litiges. Il interdisait le cumul des cotations K (= bilan ostéo-articulaire) + Z (= bilan radiologique) ou K (= bilan ostéo-articulaire) + K/2 (= manipulation vertébrale).

Le nouveau libellé du Titre XIV ne permet pas la cotation K (= BOA) + K/2 (= manipulations vertébrales). Réglementairement, il rend possible la cotation K (= BOA) + Z (= bilan radiologique).

Néanmoins, il a été convenu avec les représentants des médecins rhumatologues et des médecins rééducateurs fonctionnels qui souhaitent éviter de nouveaux litiges en ce domaine, d'adopter une position consensuelle limitant les conditions dans lesquelles la cotation d'un bilan ostéo-articulaire peut ou ne peut être acceptée par l'assurance maladie.

① La cotation ne peut pas être acceptée si le patient a déjà été examiné dans les six mois qui précèdent par le médecin.

② La cotation ne peut être acceptée que dans le cadre de l'évaluation de pathologies complexes, telle qu'un rhumatisme inflammatoire chronique, une poly-arthrose touchant plusieurs grosses articulations ou une atteinte rachidienne avec retentissement radiculaire (lombo-sciatique ou névralgie cervico-brachiale).

En revanche, il n'y a pas lieu d'accepter la cotation d'un BOA pour une atteinte distale, une atteinte extra-articulaire telle qu'une tendinite, une lombalgie isolée sans retentissement radiculaire.

Conformément au libellé actuel de la NGAP :

"Ce bilan doit préciser l'état orthopédique du malade ou du blessé et notamment :

- l'essentiel des déformations constatées ;
- le degré de liberté des articulations avec mesures ;
- éventuellement la dimension des segments des membres, etc."

● Pour le bilan musculaire, il a été convenu avec le syndicat des médecins rééducateurs fonctionnels que la cotation K20 s'applique à une évaluation neuro orthopédique des patients infirmes moteurs cérébraux.

● Modalités de facturation :

Réalisé par un masseur-kinésithérapeute, ce bilan est toujours coté en AMK-AMC. En effet, la lettre-clé AMS ne peut pas être utilisée pour sa cotation puisqu'elle ne concerne que l'article 1<sup>er</sup> du Chapitre II du Titre XIV de la NGAP et le BDK correspondant à ces actes. Lorsqu'il est réalisé par un médecin, il est coté en K.

Le cumul de ces deux bilans n'est pas possible.

## **11. BILAN DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE ou BDK**

### **11.1. Le BDK et le décret de compétence.**

L'obligation de réaliser le bilan diagnostic kinésithérapique trouve son fondement dans le décret du 8 octobre 1996 modifié par le décret du 27 juin 2000.

*"Le masseur kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.*

*Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés.*

*Ce bilan est adressé au médecin prescripteur et, à l'issue de la dernière séance, complété par une fiche retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique, également adressée au médecin prescripteur."*

### **11.2. Le BDK et la NGAP**

Le bilan diagnostic kinésithérapique n'est pas soumis à la formalité de l'entente préalable et il n'est pas nécessaire qu'il soit prescrit. Sa réalisation est obligatoire et sa rémunération intervient au delà de 10 séances.

Il existe une obligation de réalisation du BDK par tous les masseurs-kinésithérapeutes exerçant à titre libéral (quel que soit le lieu de réalisation de l'acte). Les autres professionnels de santé utilisant le Titre XIV n'ont pas à réaliser ce bilan et en tout état de cause, ils ne peuvent pas le facturer.

La réalisation du bilan est ajoutée au nombre de séances (Si la prescription médicale ou la DEP font état de 15 séances, la réalisation du bilan ne vient pas amputer le nombre de séances prescrit et correspond donc à une ligne autonome de facturation).

Les coefficients correspondant au BDK entrent dans le suivi des seuils d'efficience.

La traduction concrète du bilan se trouve dans les fiches synthétiques.

La FSI est la fiche synthétique du bilan diagnostic kinésithérapique initial.

La FSF est la fiche synthétique du bilan diagnostic kinésithérapique final.

A l'heure actuelle, il n'existe pas de support obligatoire pour ces documents (aucun imprimé) mais leur formalisation est souhaitée par les parties conventionnelles. Toutefois, le délai dans lequel la formalisation de ce document pourrait intervenir n'est pas connu pour le moment et la réalisation des bilans par les masseurs-kinésithérapeutes ne doit pas être subordonnée à la mise à disposition de ces documents communs.

### **11.3. La FSI**

La réalisation et la transmission de la fiche synthétique initiale sont obligatoires pour tout traitement supérieur ou égal à 10 séances, que la prescription médicale soit quantitative ou non quantitative.

La FSI est adressée (par tout moyen : courrier, fax, mail) au début du traitement au médecin prescripteur, y compris s'il ne s'agit pas du médecin traitant. Dans ce dernier cas, le mieux est d'adresser un double au médecin traitant non-prescripteur, mais il ne peut s'agir d'une obligation, simplement d'une suggestion (dont la réalisation sera facilitée par la télétransmission).

La FSI doit toujours être formalisée et transmise, y compris lorsque le médecin et le masseur-kinésithérapeute sont amenés à travailler au même endroit ou se rencontrer régulièrement.

Contenu de la FSI :

- Evaluation initiale des déficiences et incapacités fonctionnelles.
- Diagnostic kinésithérapique.
- Protocole thérapeutique (choix des actes et techniques) dont le nombre de séances en cas de prescription médicale non quantitative.

### **11.4. La FSF**

La fiche synthétique finale est obligatoirement réalisée à la fin d'un traitement supérieur ou égal à 10 séances, et est également adressée au médecin prescripteur.

Contenu de la FSF :

- Description du déroulement du traitement.
- Résultats obtenus.
- Propositions consécutives, dont les motifs et modalités d'une éventuelle proposition de prolongation du traitement.

En cas de renouvellement, la FSF est également adressée au médecin conseil en même temps que la DEP et la nouvelle prescription médicale. Cet envoi est obligatoire quel que soit le volume du renouvellement. En cas de renouvellement, la FSF du traitement initial peut tenir lieu de FSI pour la prolongation.

### **11.5. L'hypothèse du traitement dont le nombre de séances est inférieur à 10**

Dans le cas où le nombre de séances est inférieur à 10, que ce soit au choix du médecin ou du masseur-kinésithérapeute, le bilan reste obligatoire sur le fondement du décret de compétence (décret du 8-10-1996 modifié par le décret du 27 juin 2000). En revanche, il n'est pas rémunéré et n'est donc pas facturable.

La transmission de la FSI n'est pas obligatoire dans ce cas. Toutefois, si la prescription médicale est non quantitative, le masseur-kinésithérapeute doit adresser une copie de la DEP au médecin prescripteur. Cette démarche qui permet au médecin prescripteur de prendre connaissance du protocole thérapeutique proposé et éventuellement d'en demander la modification, est obligatoire : elle permet au médecin prescripteur de disposer de l'information nécessaire pour assumer sa responsabilité sur le traitement.

### **11.6. Modalités de rémunération du bilan diagnostic kinésithérapique :**

Le bilan fait désormais l'objet d'une rémunération forfaitaire et globale pour un épisode de soins donné : celle-ci comprend la réalisation du diagnostic kinésithérapique, l'établissement du protocole thérapeutique, l'enrichissement du bilan au fur et à mesure du traitement, ainsi que la réalisation et la transmission des fiches synthétiques.

Il n'y a donc pas de paiement pour chaque fiche.

Dès lors qu'il est facturable, le bilan peut-être facturé dès le début du traitement. La lettre-clé employée pour la facturation du bilan est celle qui sera utilisée pour la suite du traitement.

Il existe deux rémunérations différentes de la réalisation du bilan selon la nature de la rééducation prévue :

- Une rémunération de base à 7,1 coefficients, utilisant la lettre-clé AMK-AMC ou AMS selon la nature du traitement qui est lié à ce bilan.
- Une rémunération spécifique à 9,1 pour les rééducations des conséquences des affections neurologiques et musculaires, qui sont donc toujours cotée en AMK ou AMC (et jamais en AMS).

Le bilan est facturé sur une feuille de soins qui peut également comporter des séances, notamment en cas d'urgence.

Les modalités de la prise en charge du bilan sont calquées sur celles applicables au reste du traitement. La facturation de HN avec un bilan est interdite.

## 11.7. Règles de facturation du bilan

### 11.7.1. Cas général

	<b>Nombre de séances &lt; à 10</b>		<b>Nombre de séances &gt; ou = à 10</b>	
<u>Prescription Initiale</u>	Aucun bilan facturable		1 bilan facturable pour la tranche 10/20 puis 1 bilan par tranche de 20 séances	
	<b>Nb de séances &lt; à 20</b>	<b>A partir de 20 séances</b>	<b>Nb de séances &lt; à 20</b>	<b>A partir de 20 séances</b>
<u>Renouvellement</u>	Aucun bilan facturable	1 bilan facturable par tranche de 20 séances	Aucun bilan facturable	1 bilan facturable par tranche de 20 séances

### 11.7.2. Champ de la rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires (bilan = 9,1)

	<b>Nombre de séances &lt; à 10</b>		<b>Nombre de séances &gt; ou = à 10</b>	
<u>Prescription initiale</u>	Aucun bilan facturable		1 bilan facturable pour la tranche 10/50 puis 1 bilan par tranche de 50 séances	
	<b>Nb de séances &lt; à 50</b>	<b>A partir de 50 séances</b>	<b>Nb de séances &lt; à 50</b>	<b>A partir de 50 séances</b>
<u>Renouvellement</u>	Aucun bilan facturable	1 bilan facturable par tranche de 50 séances	Aucun bilan facturable	1 bilan facturable par tranche de 50 séances

### 11.7.3. Cas particuliers

- Après avoir réalisé son bilan, le MK décide de ne pas effectuer de séances : le bilan qui a été fait est facturable.
- Une DEP est refusée : le bilan réalisé reste facturable.

## **12. Non cumul des actes au cours d'une même séance**

Les actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles inscrits au Titre XIV sont regroupés par domaine tenant compte des situations pathologiques susceptibles de justifier un traitement de rééducation et de réadaptation fonctionnelles.

Les cotations comprennent les différents actes et techniques utilisés par le masseur-kinésithérapeute pendant la séance à des fins de rééducation, que ce soient des manœuvres de massage, des actes de gymnastique médicale ou des techniques de physiothérapie. Sauf exceptions prévues dans le texte, ces cotations ne sont pas cumulables entre elles. A chaque séance s'applique donc une seule cotation, correspondant au traitement de la pathologie ou du territoire anatomique en cause.

Il découle de ces dispositions liminaires spécifiques (au Titre XIV) que, sauf exceptions prévues dans le texte, il n'est pas possible d'appliquer une seconde cotation pour une même séance.

Les situations comportant la rééducation de plusieurs membres ou du tronc et de un ou plusieurs membres ont donc été prévues avec un libellé et une cotation particulière dans les différents articles avec le coefficient 9. (Situations qui correspondaient auparavant à des hypothèses de double traitements justifiés et dont nous avons essayé de faire la liste exhaustive).

### **Article 1 :**

Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques.....AMS9

### **Article 2 :**

Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires.....AMK9

### **Article 4 :**

Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires.....AMK9

### **Article 7 :**

Rééducation des conséquences des affections vasculaires.....AMK9

Rééducation pour lymphoedemes vrais pour 2 membres.....AMK9

### **Article 10 :**

Rééducation des patients atteints de brûlures étendues.....AMK9

Une seule dérogation est applicable à la règle du non-cumul des actes au cours d'une même séance c'est lorsque l'état du patient nécessite la conjonction d'un acte de rééducation respiratoire pour un épisode aigu et un acte de rééducation d'une autre nature (cf : Art.5 - Chapitre II - Titre XIV de la NGAP). Dans cette hypothèse, et seulement dans celle-ci, les dispositions de l'article 11B des dispositions générales de la NGAP sont applicables.

Deux pathologies : Comment coter ?

### **12.1 Rééducation pour périarthrite de l'épaule et fracture de la cheville au cours d'une même période**

Cotation AMS 9 selon l'article 1 du Titre XIV :

Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques (actes affectés de la lettre-clé AMS).

Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres ou du tronc et d'un ou plusieurs membres : AMS 9 - Durée 1/2 heure.

### **12.2 Rééducation pour fracture de la cheville et bronchopneumopathie aigüe au cours d'une même période**

Cotation AMS 7 Rééducation d'un membre et de sa racine.

+ AMK 7/2 Rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent

Il s'agit du **seul cas** dans la nouvelle NGAP où s'applique l'article 11B des Dispositions Générales.

- Durée du traitement 45 minutes environ.

### **12.3 Rééducation pour hémiplegie gauche et fracture de la cheville droite ou gauche.**

Contrairement à la lecture de la NGAP faite en décembre 2000 par la CNAMTS et les professionnels de santé, une telle séquence n'est pas cotable AMK8 pour une demi-heure puis AMS7 pour la demi-heure suivante.

La justification médicale d'une telle rééducation doit être analysée ; un refus médical sur l'opportunité peut éventuellement être envisagé.

Seule une séance d'une demi heure correspondant à un seul des deux actes est facturable.

Les cotations des actes de masso-kinésithérapie n'étant pas cumulables entre elles avec ou sans application de l'article 11B, seule la cotation la plus élevée : AMK8 peut être retenue.

Toutefois, si des situations médicales particulières sont identifiées nécessitant l'association dans une même séance de deux séries de rééducation correspondant à des articles différents du Titre XIV, elles seront listées et exposées en Commission Permanente de la Nomenclature. Ainsi des libellés et des cotations spécifiques pourront leur être affectées. Il conviendrait donc que ces situations particulières soient soumises à l'Echelon National du Service Médical. Mais en dehors de toute nouvelle décision de la Commission Permanente, le non-cumul prévaut.

## 13. Exemples de cotations

### 13.1. Rééducation de la déambulation du sujet âgé

Deux libellés sont utilisables en dehors des cas où il existe une autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique.

Pour la notion d'âge, plus que l'âge civil c'est l'âge physiologique qui doit être pris en compte.

#### Une situation aiguë et temporaire

Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination .....AMK8

Une situation d'aide au maintien de la marche soit d'emblée soit après la rééducation de la situation aiguë.

Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée (séance d'une durée de vingt minutes).....AMK 6.

Comment distinguer ces deux libellés ? La Fiche Synthétique doit aider le médecin conseil.

Si les études du service médical montrent une réelle difficulté à distinguer ces deux types d'actes, il est important de le signaler à l'Echelon National du Service Médical car ces libellés devront être revus en Commission de Nomenclature

### 13.2. Rééducation des cardiaques à l'effort.

Cet acte prévu dans le décret de compétence des MK n'est pas inscrit à la NGAP. Il fait l'objet d'une étude au sein de la Commission de la Nomenclature. Il n'est pas actuellement cotable par un masseur-kinésithérapeute.

### **13.3. Tractions vertébrales**

Cet acte de la compétence des masseurs kinésithérapeutes sur prescription médicale à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, peut être coté AMS 7 selon l'article 7 : Rééducation du rachis.

C'est une technique de rééducation, dont l'ANAES ne reconnaît plus l'utilité dans le cadre de la prise en charge des lombalgies mais qui peut éventuellement être réalisée pour d'autres segments rachidiens.

### **13.4. Manipulations vertébrales**

Cet acte n'est pas de la compétence des masseurs kinésithérapeutes : il est précisément exclu dans l'article 7 de leur décret de compétence.

### **13.5. Soins palliatifs**

Les soins palliatifs sont définis à l'article L 1111-4 du Code de la Santé Publique : ce "sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage".

Il s'agit d'une prise en charge kinésithérapique pour des patients en phase terminale. Ces soins et le nombre d'interventions journalières doivent être prescrits par le médecin en tant que tels. Il ne s'agit pas d'une condition posée par le texte, mais la particularité et la nouveauté du champ d'intervention ainsi que le caractère multidisciplinaire de la prise en charge nous paraissent rendre préférable ici la prescription qualitative et quantitative par le médecin.

Sans que la notion de réseau de soins soit nécessaire à ce type de prise en charge, elle s'inscrit nécessairement dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire.

C'est une cotation forfaitaire journalière AMK 12, et plusieurs déplacements peuvent donc être facturés s'ils sont prescrits.

### **13.6. Rééducation post-opératoire**

Ce type de rééducation n'est pas identifié dans la nomenclature. Ces actes sont cotés selon les différents articles de la NGAP en fonction de leur nature :

- en AMS, s'il s'agit de l'article 1
- en AMC, s'il s'agit des autres articles.

## 14. Les cotations sont globales et forfaitaires

Les cotations comprennent les différents actes et techniques utilisés par le masseur-kinésithérapeute pendant la séance à des fins de rééducation que ce soient des manœuvres de massage, des actes de gymnastique médicale, ou des techniques de physiothérapie.

La fiche synthétique permet au médecin conseil de faire la part entre massages de confort hors du champ de l'assurance maladie et massages, technique de rééducation fonctionnelle dans le champ de l'assurance maladie. Si le massage à des fins de rééducation est pour certaines séances la seule technique de rééducation utilisée, la cotation à retenir est la cotation prévue dans l'article concerné.

### Exemple :

Massages rachidiens au cours d'un épisode de lombalgie avant la rééducation active .....AMS7.

La pratique de la physiothérapie ou des tractions vertébrales répond à la même analyse.

Cette logique est également suivie pour les techniques de rééducation dites globales telle la méthode de Mezières. La non-inscription à la NGAP de ce type de méthode ne peut être invoquée pour justifier des facturations aux assurés sociaux comportant AMS9 + HN = 250 F par exemple.

Les techniques de rééducation ne figurant pas expressément à la NGAP, on ne peut se prévaloir de cet argument pour facturer un supplément hors nomenclature à un assuré social.

**Le Directeur Délégué aux Risques**

**Le Médecin Conseil National**

**Pierre-Jean LANCRY**

**Professeur Hubert ALLEMAND**