

Synthèse actualisée au sujet des prises en charge concomitantes établissement et libéral à la suite de la directive de la CNAMTS envoyée à toutes les CPAM, directive datée du 12 juin 2017.

- 1- Secteur médico-social : prise en charge des soins d'orthophonie libérale en CMPP, CAMSP, SESSAD, IME, ITEP... (établissements définis par l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles)

A - Les établissements médico-sociaux, financés par l'assurance maladie, ont vocation à prendre en charge, dans le cadre du budget qui leur est alloué, l'ensemble des soins des personnes accueillies correspondant à leurs missions (article R.314-26 du code de l'action sociale et des familles).

La prise en charge des soins orthophoniques relève des missions de ces structures, ils sont inclus dans le périmètre tarifaire de ces établissements, doivent être prescrits par un médecin attaché à la structure et ne peuvent être facturés en sus de ce budget.

Dès lors que la structure n'est pas en mesure de faire intervenir des orthophonistes salariés, il lui appartient de signer des conventions avec les orthophonistes libéraux afin d'organiser la prise en charge des patients concernés. La structure rémunère directement les intervenants libéraux dans le respect de leur convention nationale en respectant le libre choix du praticien. Une convention fixe les conditions de ce partenariat autour du projet thérapeutique pour un patient.

B - Des demandes d'externalisation des soins d'orthophonie peuvent être faites par ces structures à titre dérogatoire selon l'article R.314-122 du code de l'action sociale et des familles.

Les dérogations ne concernent que les établissements du médico-social : les soins complémentaires effectués en ville sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans les conditions du droit commun, en sus du tarif versé à l'établissement ou au service

- Soit lorsque leur objet ne correspond pas aux missions de l'établissement ou au service.
- Soit lorsque, bien que faisant partie des missions de l'établissement ou du service, ces soins ne peuvent, en raison de leur technicité ou de leur intensité, être assurés par l'établissement ou le service de façon suffisamment complète ou suffisamment régulière. Dans ce cas ces soins doivent faire l'objet d'une prescription du médecin attaché à l'établissement. Leur remboursement est subordonné à l'accord du service médical de l'assurance maladie, c'est-à-dire que le médecin de l'établissement doit faire la demande de dérogation et que la preuve écrite

de l'accord préalable doit être donnée à l'orthophoniste. L'orthophoniste établit ensuite une demande d'accord préalable.

2 – Secteur sanitaire, prise en charge des soins d'orthophonie libérale pour des patients suivis en CMP.

Il convient de préciser que l'article R-314-122 du code de l'action sociale et des familles ne concerne que le secteur médico-social et ne s'applique pas aux CMP qui sont des structures sanitaires.

Les orthophonistes peuvent intervenir à l'intérieur du CMP à titre salarié ou libéral pour des actions correspondant aux missions qui leur sont confiées. Dans ce cadre, les séances sont comprises dans la dotation annuelle de financement perçue par l'établissement dont relève le CMP. Aucune facturation directe à l'assurance maladie par ces professionnels de santé libéraux ne doit intervenir.

Une des missions des CMP étant la coordination des soins avec d'autres lieux de prise en charge, il convient que le CMP, dès lors qu'il n'est pas en mesure de faire intervenir des orthophonistes hospitaliers, organise l'orientation des patients vers des professionnels libéraux. Ces interventions sont facturées à l'assurance maladie. L'orthophoniste envoie la demande d'accord préalable à la CPAM.

3 Concernant les personnes en EHPAD :

A – Si la structure possède une dotation globale, il convient de procéder comme pour les établissements médico-sociaux : une convention est nécessaire avec une rémunération par la structure dans le respect de la convention nationale et du libre choix du praticien.

B – Si la structure possède une dotation partielle, Il n'y a pas besoin de convention, les soins sont mis en place dans le respect de la convention nationale sur prescription médicale, une DAP est mise en place, les interventions sont facturées à l'assurance maladie.