

Questionnements autour de l'avenant 20

Questionnements autour de l'avenant 20

FÉDÉRATION DES ORTHOPHONISTES DE FRANCE

Voici le courrier que la FOF a adressé aux signataires de l'avenant 20, madame Degiovani (présidente de la FNO) et messieurs Fatome et Leclere (respectivement directeur de la CNAM – Caisse Nationale d'Assurance Maladie – et président de l'UNOCAM – Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire).

Les orthophonistes et la Fédération des Orthophonistes de France sont particulièrement inquiets et inquiètes du contenu de l'avenant 20 qui a été publié au JORF n°0190 du 18 août 2023.

En effet, celui-ci introduit des conditions inégalitaires entre les orthophonistes selon leur mode et leur lieu d'exercice alors que le code de la santé publique, qui est notre cadre légal, ne fait aucune distinction entre les orthophonistes, et que l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste garantit une égale formation à l'ensemble des orthophonistes qui pratiquent toutes et tous le même métier.

L'avenant acte le fait que la prescription médicale n'est plus jugée nécessaire dès lors que l'orthophoniste exerce en structure de soin et d'exercice coordonnés. Cela signifierait-il que la seule présence d'un médecin à proximité de l'orthophoniste ou la participation à quelques réunions de CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) vaudrait pour prescription médicale ?

Nous nous interrogeons également sur plusieurs autres points :

Si prôner un accès direct c'est faciliter l'accès pour le patient au bilan et aux soins sans ordonnance, qu'en est-il des orthophonistes travaillant en « simple » cabinet libéral ? Pourquoi seraient-elles ou seraient-ils pénalisés ainsi que leurs patients ?

Qui porte la responsabilité du préjudice tant pour l'orthophoniste (orthophonie à 2 vitesses) que pour le patient (par exemple un patient sans médecin traitant se verrait pouvoir effectuer un bilan orthophonique sans ordonnance parce que l'orthophoniste exerce en MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle) alors que s'il va au simple cabinet d'à côté ce ne serait pas possible) ?

Qui va prescrire les bons de transport pour le bilan et les soins des patients nécessitant un transport médicalisé ou par taxi ?

Questionnements autour de l'avenant 20

Concernant l'obligation d'intégrer le bilan et le compte-rendu des soins dans l'Espace Santé du patient :

- que se passe-t-il si le patient ne dispose pas d'Espace Santé ou n'a pas souhaité en avoir un ? Ou s'il refuse que le professionnel de santé y intègre certains documents ? Il est indiqué « sous réserve de l'accord de l'assuré » sur :

<https://www.ameli.fr/isere/orthophoniste/actualites/actes-en-acces-direct-par-les-orthophonistes-conditions-et-modalites-pratiques>

Dans la réalité de terrain, seulement 10% des patients sont au courant de ce qu'est un Dossier Médical Partagé. Ils se montrent très frileux et réticents envers ce « tout numérique »...

- quel intérêt d'alourdir l'Espace Santé du patient par une multiplicité de divers documents, dont des bilans non liés à l'urgence vitale, pouvant entraver la facilité d'accès aux éléments essentiels à la survie du patient en cas d'hospitalisation en urgence par exemple ?
- qu'en est-il de la liberté du patient et du thérapeute de ne pas adhérer au tout numérique, à ses dérives éventuelles et aux risques concernant la confidentialité, le piratage de données et la diffusion de données personnelles ?

Par ailleurs : pour une ou un orthophoniste exerçant en exercice coordonné... le fait de passer en « accès direct » est-il une possibilité ou une obligation ? Territoriale ? Nationale ?

Autre question : « *L'orthophoniste est tenu d'adresser un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés au médecin traitant du patient. Par ailleurs, l'orthophoniste intègre ces documents dans le dossier médical partagé de son patient. À défaut, les actes réalisés par l'orthophoniste sont mis à sa charge* ». Il nous semble que la formulation concernant le règlement des soins présente les choses de façon inexacte : l'orthophoniste ne perçoit pas de rémunération mais des honoraires. À la base, les soins sont réglés par le patient qui est lui-même remboursé par la caisse d'assurance maladie et par sa mutuelle s'il en possède une. Avec la dispense d'avance des frais, par la pratique du tiers payant généralisé, on pourrait oublier cet ordre des choses. Dans le cas où l'orthophoniste n'intègre pas le compte-rendu de bilan dans le Dossier Médical Partagé du patient, c'est ce dernier qui ne sera pas remboursé puisque la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ne versera pas sa part et de ce fait la mutuelle non plus.

Questionnements autour de l'avenant 20

Nous avons besoin de réponses de votre part sur ce qu'implique concrètement cet avenant, afin de pouvoir informer nos adhérents. Nous nous interrogeons sur l'avenir de notre profession, scindée en deux entre les orthophonistes disposant de « l'accès direct » et les orthophonistes n'ayant « pas d'accès direct ». En parallèle, quel message est-il transmis aux orthophonistes salariés qui se battent depuis de nombreuses années pour maintenir le cadre légal de leur exercice, à savoir la pratique de leur art au sein d'un projet de soin établi par une équipe médicale et paramédicale complète, garantissant prescription et suivi ?

Enfin, nous nous inquiétons des répercussions et des conséquences pour les patients et pour l'organisation générale des soins à venir.

Textes de référence :

- <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006171319>
- <https://www.vie-publique.fr/loi/288203-acces-aux-soins-loi-rist-du-19-mai-2023>
- LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047561956>
- <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047978006>