

CR DE LA COMMISSION PARITAIRE DU 16 MAI 2025

DATE DE LA REUNION : 16/05/25 (09H30 – 12H30)

LIEU DE LA REUNION : LOCAUX DE LA CGSS REUNION – 4 BLVD DORET

APPROBATION DU RELEVÉ DE DECISIONS DU 04/10/24

Approbation du relevé de décision

Lydie MARIN souhaiterait qu'il soit indiqué dans le CR :

- que la proposition concernant les ESMS est un retour en arrière inacceptable et qu'un travail avait été fait au niveau de la convention cadre, validé par l'URPS Orthophonistes OI, le SORR et la direction de la FEHAP. Celle-ci s'applique depuis février 2023 et ne devrait pas être remise en question.
- que, pour les HDJ, la section professionnelle avait évoqué précédemment que les HDJ n'étaient pas au courant de la procédure ni de la règle et qu'une réunion technique doit avoir lieu à ce sujet.

Mme MUNG, à ce sujet, précise qu'elle est en contact avec l'ARS Réunion pour travailler sur ce dossier mais qu'elle n'a pas encore reçu de réponse de la part de l'ARS. Il est impossible de travailler sur ce sujet sans le concours de l'ARS.

Lydie MARIN propose de prendre contact avec M. COTELLON pour tenter d'accélérer le processus.

Le relevé de décisions va être modifié. Les signatures seront réalisées à distance et il sera acté à la prochaine CPR.

Suivi des engagements

OBTENIR DES PRÉCISIONS SUR LE MODE DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS : PRIX DE JOURNÉE OU DOTATION ANNUELLE.

→ EN ATTENTE DU RETOUR DE L'ARS SUITE À LA RÉUNION DU 10 FÉVRIER 2025 AVEC LEUR SERVICE :
[MME FLORENCE BEDIER ET MME RÉNUKA FELICITE]

INFORMER LA SECTION PROFESSIONNELLE DES RÈGLES DE PRISES EN CHARGE DES PATIENTS EN FAM.

→ EN FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ LES PRESTATIONS D'ORTHOPHONIE NE RELÈVENT NI DU BUDGET DE L'ÉTABLISSEMENT, NI DES PRESTATIONS EN SUS MOBILISABLES.

→ LES PRESTATIONS D'ORTHOPHONIE RELÈVENT DONC DU DROIT COMMUN POUR LES PATIENTS EN FAM.

DONNER LA RÈGLE DE PRISE EN CHARGE DES TRANSPORTS POUR LES ESMS.

→ POINT EFFECTUÉ CE JOUR.

Règles qui encadrent la prise en charge des transports.

2.3 – RÈGLES DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE TRANSPORT VERS ET DEPUIS UN ÉTABLISSEMENT OU SERVICE MÉDICO-SOCIAL

CMPP / CAMSP

- Transports liés aux soins ou traitements sont remboursés par l'Assurance Maladie. (AM)
- Pour être pris en charge à 100%, les frais de transports des enfants doivent faire l'objet d'une prescription médicale avec DAP.
- Extension de cette règle aux transports vers les cabinets des PS conventionnés avec l'Assurance Maladie qui sont en activité conventionnée avec l'établissement.

SESSAD

- SÉANCES DE REGROUPEMENT** : transport pourrait être inclus dans le budget de l'établissement. (via le projet)
- SÉANCES INDIVIDUELLES** : aucune disposition réglementaire pour leur prise en charge sur le budget de l'établissement.
- A défaut, dérogation possible pour les séances de regroupement autorisant un remboursement de l'AM. (Prise en charge à 100%)
 - Extension aux séances individuelles uniquement lorsque les soins sont dispensés par des professionnels de santé au sein des locaux. (ne concerne pas les autres prestations du SESSAD)

Pour les CMPP et les CAMSP : Un patient d'une orthophoniste conventionnée avec un CMPP/CAMSP a droit au transport.

Pour les SESSAD :

- Le transport peut faire partie de la dotation pour des séances de regroupement (séance de groupe des patients).
- Pas de prise en charge sinon.

2.3 – RÈGLES DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE TRANSPORT VERS ET DEPUIS UN ÉTABLISSEMENT OU SERVICE MÉDICO-SOCIAL

IME / IEM / EEAP / ITEP

- Les frais de transport vers ou depuis un de ces établissements doivent être inclus dans le budget prévisionnel de l'établissement qu'il s'agisse de transports individuels ou collectifs, quelles que soient les modalités d'accueil de l'enfant ou de l'adolescent et quel que soit le mode de transport utilisé.

MAS / FAM / EAM

ACCUEIL DE JOUR : Les frais de transport liés aux trajets aller-retour entre le domicile et l'accueil de jour en MAS ou en FAM sont inclus dans les dépenses d'exploitation de ces établissements dans la limite d'un plafond fixé par arrêté ministériel.

HÉBERGEMENT TEMPORAIRE OU PERMANENT : réglementation ne prévoit pas la couverture des frais de transport par le budget de l'établissement.

→ Pas de prise en charge en sus par l'Assurance Maladie (AM)

Seuls les transports correspondants aux critères de droit commun sont remboursables par l'AM à titre individuel.

IME/ IEM / EEAP / ITEP : le transport est inclus dans la dotation.

MAS / FAM/ EAM : pas de prise en charge

SAMSAH

- La prise en charge par l'AM des frais de transport pour recevoir des soins dans les SAMSAH est accordée au titre du droit commun (articles R.322-10 CSS et suivants) lorsque :
 - les soins sont délivrés au sein de leurs locaux,
 - le transport fait l'objet d'une prescription et d'une DAP si nécessaire en cas de transport en série.

TRANSPORTS LIÉS À DES SOINS RÉALISÉS PAR DES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX EN COMPLÉMENTS DES SOINS RÉALISÉS PAR LE PERSONNEL SALARIÉ DES ESMS (SAUF DÉROGATION SELON LA STRUCTURE)

SOINS COMPLÉMENTAIRES (article R.314-122 du CASF)	Si les séances entrent dans ce cadre le transport sera remboursé en sus dans les conditions de droit commun (R.322-10 du CSS).
SOINS RÉALISÉS DANS LE CADRE D'UNE CONVENTION AVEC L'ÉTABLISSEMENT	En cas de déplacement de la personne handicapée vers le cabinet du professionnel, la convention encadre la rémunération du professionnel par l'établissement et organise la prise en charge des soins et des transports qui peuvent être assurés ou financés par l'établissement médico-social. Ces transports ne sont pas remboursables en sus par l'Assurance maladie.
SOINS RÉALISÉS HORS CONVENTION ET HORS SOINS COMPLÉMENTAIRES	Si les séances sont réalisées par des professionnels libéraux hors de ces cadres, elles ne sont pas remboursables par l'Assurance maladie, donc les transports associés à ces séances ne sont pas remboursés non plus.

Règle du cabinet le plus proche :

La section professionnelle présente deux cas :

- 1) Une société qui refuse de prendre un patient car le cabinet est trop proche.
- 2) Une société qui demande une prescription du médecin car le cabinet n'est pas le plus proche.

En effet, il existe une règle du cabinet le plus proche qui fait que la société de transport peut recevoir un indu. Taxiteur : a un véhicule équipé. Sur la prescription, le médecin coche la case TPMR. (Ils auront le forfait de transport et le TPMR).

La liste nous sera transmise.

BILAN SUR LA RELATION CLIENT PS

MAS : Mission Accompagnement Santé : 3608

Son objectif est d'éviter les ruptures de soin. Il permet de remettre en place rapidement les droits des patients.

36 08 : Le professionnel appelle quand un patient a du mal à trouver un professionnel de santé (ancienne ligne urgence précarité qui était surtout ouverte aux médecins. Le but était que le médecin appelle la CGSS pour que les droits soient ouverts sous 48 heures).

La MAS est maintenant ouverte à tous les professionnels. On peut signaler en donnant le numéro de SS du patient pour que les droits soient à nouveau ouverts, par exemple si le patient n'a pas renouvelé son dossier.

Pour information, 1798 dossiers ont été traités en 2024.

A La Réunion, on a peu de dossiers car il y a 40% de C2S et que les personnes connaissent bien leurs droits.

3608 : on demande au professionnel de donner le contact du patient et il faut donc vérifier que celui-ci soit d'accord.

ACTUALITÉ NUMÉRIQUE EN SANTÉ

L'usage du DMP à La Réunion

Il y a une augmentation du nombre de documents déposés dans le DMP.

Information : A la fin du mois de mai, il peut y avoir des dysfonctionnements car l'AM va basculer ses serveurs sur des machines plus puissantes.

Mise en œuvre de l'ordonnance numérique

Le médecin crée une ordonnance numérique via son logiciel. La base de l'AM est alimentée : le prescrit peut y accéder. En période de transition : la prescription papier est maintenue.

Actuellement : on reste sur la relation médecin/pharmacien et on règle les dysfonctionnements. **Les autres professionnels seront ensuite contactés.**

L'appli carte vitale

Prérequis : Carte Nationale Identité numérique

A La Réunion : vague 4 : novembre 2025.

Les personnes pourront avoir leur CV numérique et papier.

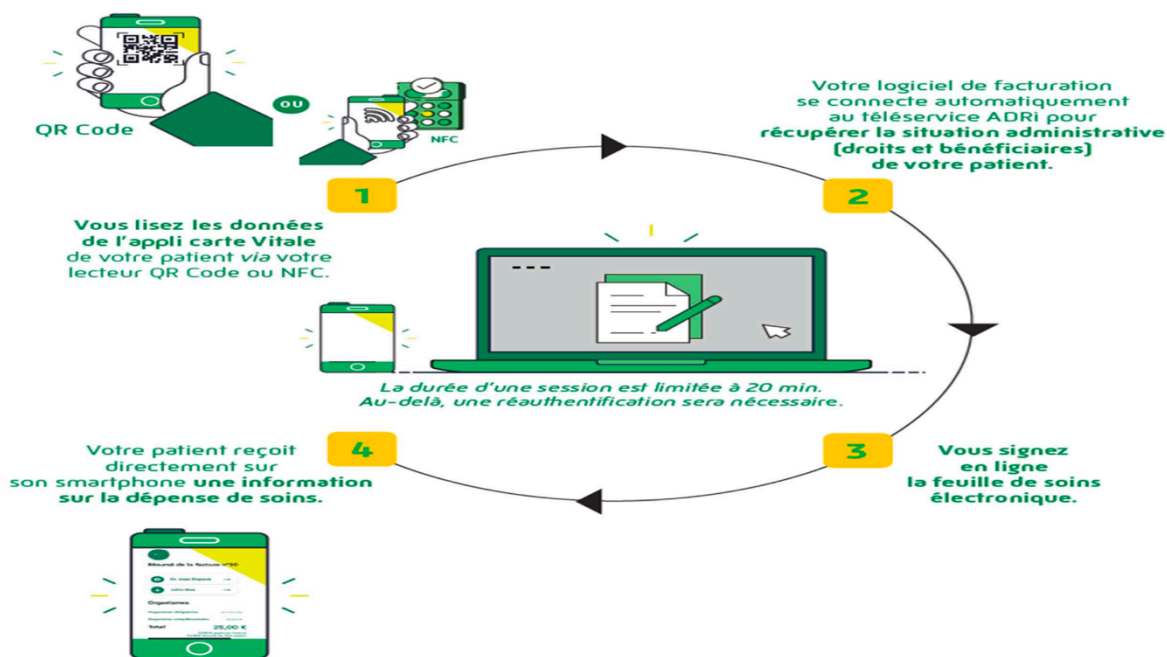
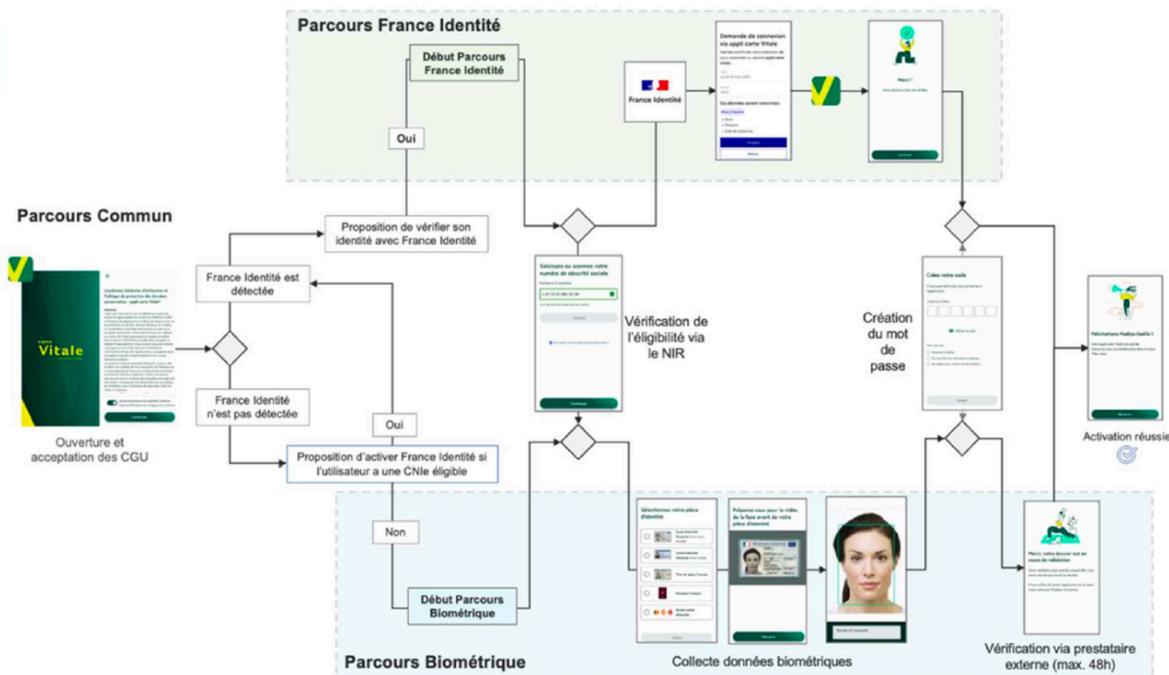
Attention, si les personnes font une déclaration de perte de la CV, la CV numérique sera annulée.

Il y aura **deux parcours** :

- 1 avec la carte d'identité
- 1 sur un site dédié

Comment ça fonctionne pour nous :

- Soit avec un dispositif NFC
- Soit avec un QR code



Pour le moment, nous n'avons pas plus d'informations sur ce que nous allons devoir faire.

ACTUALITÉ FACTURATION

Information sur le dispositif RéclaPS

Dans AMELI PRO, il y a une nouvelle rubrique : réclamations paiements. **C'est un canal privilégié pour tout problème de facturation.** On peut déposer la PJ en dématérialisé.

5.1 – INFORMATION SUR LE DISPOSITIF RÉCLAPS

Les L'outil RéclaPS est accessible aux professionnels de santé de notre département depuis mi-décembre 2024.

« **RÉCLAPS** » A COMME **DOUBLE OBJECTIF DE RÉPONDRE AUX BESOINS :**

- des professionnels de santé pour le dépôt et le suivi de leurs réclamations liées à des remboursements de prestations en nature,
- de l'Assurance Maladie pour traiter efficacement ces demandes.

LE PS FAIT SA RÉCLAMATION À PARTIR D'AMELIPRO – RUBRIQUE « RÉCLAMATIONS PAIEMENTS »

IL PEUT CHOISIR COMME MOTIF :

- un remboursement non effectué,
- une erreur de règlement,
- un indu (doubles paiements, Exo Div, pièces justificatives).

Une information a été adressée à l'ensemble des professionnels de santé début décembre 2024.

R DES ORTHOPHONISTES – 16/05/2025



21

campagnes successives d'indus : Les services de contrôle ont appliqué des consignes nationales. D'ici la fin de l'année 2025, il peut y avoir à nouveau des procédures de contrôle. Il faudra donc être attentifs et privilégier ce canal.

Actuellement, la CGSS a un souci avec le corps de contrôle. Si on a un ARL +, c'est la CGSS qui doit retrouver la PJ.

Information sur le déploiement de l'outil METEOR

Cet outil (qui contient une Intelligence Artificielle) filtre les factures **avant paiement** et vérifie bien qu'il y a toutes les mentions sur la feuille de soins électronique.

Pour l'instant, il n'y a que les factures des pharmaciens qui sont testées. Dès la fin de l'année, cette procédure sera généralisée. Il y aura un rejet des factures avant paiement.

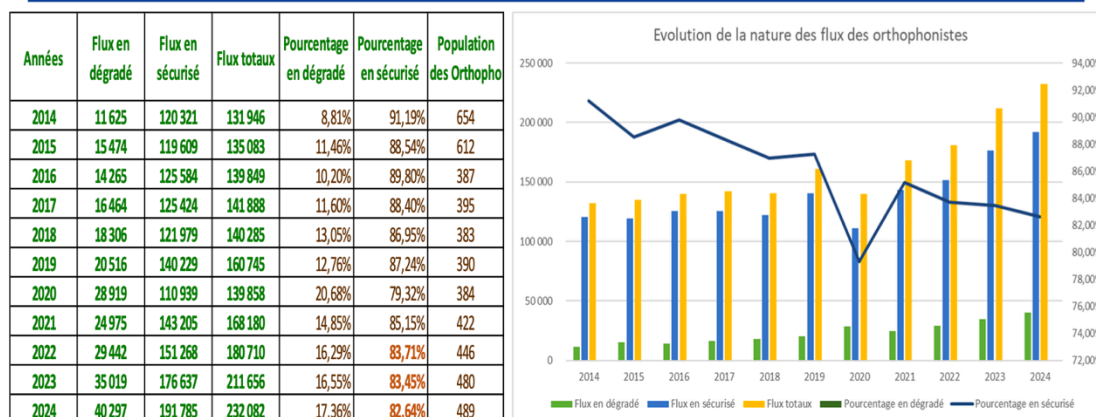
Le logiciel va aussi vérifier :

- La garantie de paiement
- La lecture des droits
- Les conditions de prise en charge

Il n'y aura pas de rallongement des délais de paiement.

Indus et taux de télétransmission

5.3 – QUALITÉ DES FLUX DE LA PROFESSION



LA TÉLÉTRANSMISSION EN MODE SÉCURISÉ EST LA NORME.

LE MODE DÉGRADÉ, OU B2, DOIT ÊTRE MARGINAL

CPR DES ORTHOPHONISTES – 16/05/2025

Les flux en dégradé augmentent et les flux en sécurisé diminuent. La CGSS rappelle que la facturation sécurisée est la norme.

Il va y avoir un contrôle : la CGSS va identifier tous les PS qui ont un taux de flux en dégradé > ou égal à 70% et va stopper automatiquement leurs paiements. Toutes leurs factures vont intégralement être vérifiées. Tous les PS concernés seront entendus par la CGSS pour comprendre pourquoi leurs taux de facturation en dégradé sont si élevés.

La CGSS sait que, quand un professionnel a des taux si élevés en dégradé, il y a souvent de la fraude. Mais, parfois le PS n'a pas conscience du problème et cet entretien avec la CGSS lui permettra de rectifier sa façon de facturer.

Quand un patient ne veut pas donner la carte vitale, il est possible de le signaler à la CGSS qui fait un courrier en ciblant les assurés.

Information : la différence entre le nombre de professionnels de santé entre 2014 et 2024 s'explique par le changement du mode de calcul. En 2014, les professionnels exerçant dans deux cabinets différents étaient comptabilisés deux fois.

SUIVI CONVENTIONNEL

Campagne de dépistage des troubles du langage en milieu scolaire

La CGSS informe la section professionnelle, après entretien avec les PMI, que toutes les PMI de La Réunion assurent les dépistages.

La section professionnelle informe la CGSS que :

- dans certaines PMI, il n'y a pas de médecin ou alors des médecins vacataires présents 1 à 2 fois par mois ; ce qui ne permet pas de recevoir la totalité des enfants scolarisés en maternelle.

- Que dans une école de Saint Denis, une institutrice de maternelle a dû réaliser elle-même le dépistage à la place de l'infirmière de PMI

Nombre d'élèves Cibles 216	
Nombre d'élèves dépistés 191	
Nombre d'écoles 9	
Nombre de classes 16	

Il y a eu 56 enfants concernés par le dépistage du langage. Il y a eu 90% d'autorisation parentale. Des écoles ciblent le langage et d'autres ciblent les troubles visuels. Il ne faut pas faire doublon avec la PMI. (Pour information, Dr MUSI s'en va).

En bilan, 4 TPSM. A la rentrée, ce sera pour des PSM. Le DPL3 va évoluer. On attend le taux d'anomalies et la question qui va se poser est : comment mettre en place une PEC en ville ? Une réunion spécifique sera réalisée pour donner la bonne information

aux parents. Enfin, une école privée de Salazie souhaiterait également entrer dans le dispositif.

Suivi des contrats incitatifs

- 1 contrat en cours à Ste Rose : actif depuis 2018 - 2025 : bascule sur l'aide au maintien
- 3 contrats en attente de signature de l'ARS
- 1 contrat en attente de signature de la CGSS
- 1 contrat en attente de signature du PS

La rubrique zonage des orthophonistes sur le site cgss.re est en cours d'actualisation

Les contrats ne prendront effet que cette année, uniquement après la parution des documents de l'ARS. L'ARS n'était pas d'accord sur le format du contrat, ce qui a ralenti la procédure.

Point de situation procédures conventionnelles

Lancement d'une procédure de déconventionnement d'urgence à l'égard d'une orthophoniste (actes fictifs) → Organisation d'une CPR exceptionnelle ce jour.

La prise en charge des prestations orthophoniques en ESMS/HDJ

ESMS

Pour rappel, les ESMS avaient fait remonter leurs difficultés à justifier comptablement le paiement des actes orthophoniques pendant les jours de fermeture.

L'ARS a confirmé que le paiement des prestations par les ESMS durant les périodes de fermeture n'a pas d'impact sur le montant des dotations allouées aux établissements.

La section sociale confirme que la convention s'applique et que l'ARS l'a validée. Mme MUNG précise qu'elle va relancer Mme BEDIER pour avoir une position claire et un rappel pour tous les ESMS.

Hospitalisation de jour

Il n'y a pas eu d'évolution avant 2018.

Retour des services experts :

❑ **HOSPITALISATION DE JOUR :**

RETOUR DES SERVICES EXPERTS

- Pour que la facturation d'une prestation d'orthophoniste pour un patient hospitalisé ne soit pas considérée comme une double prise en charge, il faut que la mention « hospitalisation de jour » soit présente sur la prescription médicale.

La section professionnelle précise que la situation n'est pas réaliste :

- Pour un patient déjà pris en charge, il n'est pas possible d'ajouter la mention pendant la prise en charge.
- Les patients ne préviennent pas toujours
- Le médecin traitant peut ne pas être au courant de l'hospitalisation de jour.

La section sociale va se renseigner avec les services pour voir ce qui peut être fait.

Cas des prescriptions non conformes :

Lydie MARIN demande s'il est possible que la responsabilité de la prescription soit imputée aux médecins. La section sociale rappelle que les textes ne permettent pas de se retourner vers la responsabilité du médecin. La responsabilité de la prescription est imputée à l'auxiliaire médical.

Pour information, ce sont les médecins qui ont rédigé la réglementation. Dans le début des années 2000, plus d'un tiers des députés étaient des médecins.

Avec les changements politiques à venir, il est possible que les lois changent.

L'accès direct à l'orthophonie

La CPTS a relancé l'ARS pendant 13 mois. Il y a eu des échanges de mail, puis une réunion technique le 10 avril 2025.

L'ARS demande à ajouter des points qui ne sont pas réalisables, ni réalistes ni conformes à la loi RIST.

La section professionnelle demande à la CGSS d'envoyer les éléments chiffrés aux différentes CPTS.

DONNÉES CHIFFRÉES

Il y a 495 professionnels recensés mais il y a 33 professionnels qui n'ont pas facturé (qui ne travaillent plus mais qui n'ont pas averti la CGSS). **Soit, 462 orthophonistes sur le territoire fin 2024.**

Il y a une diminution des cabinets individuels et une augmentation des cabinets de groupe. Il y a eu une augmentation des cabinets secondaires.

Il n'y a pas eu d'évolution des orthophonistes salariés sur CARTOSANTE.

Au niveau des chiffres, tout s'explique. Il n'y a pas d'anomalie ou d'atypie.

La section professionnelle informe qu'il est compliqué de facturer le forfait post hospitalisation car les orthophonistes ne sont pas contactés dans les délais.

La CGSS va mettre en place le PRADO AVC : les services de la CGSS vont rajouter les orthophonistes sur la liste des professionnels à contacter.

QUESTIONS DIVERSES

La section professionnelle demande ce qu'il en est de la DAP informatisée ?

Les DAP sont traitées par le service médical et la CGSS n'y a pas accès.

La section sociale reconnaît qu'il y a un retard de traitement dans l'informatisation des DAP.

Dans quelques mois, les services médicaux vont être rattachés aux caisses primaires. Ce qui pourrait permettre une DAP informatisée.

PLFSS 2025

La CGSS attend les textes pour les appliquer.

ESCAP

La présentation sera faite lors de la CPR d'octobre 2025. Lydie Marin propose à la section sociale de leur transmettre dès que possible l'article adhoc du magazine « L'orthophoniste » quand il sera disponible en format pdf.

Le forfait FAMI :

Des collègues n'ont pas pu faire leur déclaration à cause du cyclone Garance (derniers jours de déclaration sur AMELI). Malheureusement, il est impératif de valider au plus tôt ses indicateurs sur le site AMELI. Les orthophonistes peuvent réaliser une contestation auprès de la CGSS.

Mais il faudra attendre les consignes nationales (CNAM) qui n'arriveront qu'en fin d'année 2025.

Les courriers ne pourront pas être traités. Une réponse par mail sera faite en ce sens.

Le remplacement

L'orthophoniste remplacé et l'orthophoniste remplacement doivent envoyer un mail pour prévenir la CGSS. Un simple mail à la CGSS suffit.

Requête de la part de la section professionnelle :

Lydie Marin fait la demande suivante à la section sociale :

Lors des différents échanges entre la CGSS et les commissaires paritaires, nos interlocuteurs CGSS ont exprimé le fait que la CGSS rendait service aux professionnels de santé en les payant dans les 5 jours. C'est exact mais il serait important de ne pas évoquer que cette étape car il peut engendrer, par généralisation et automatisation, des erreurs de compréhension et, par extension, des amalgames délétères pour tous (comme "les soins sont gratuits", "les PS sont des salariés de la sécurité sociale et des mutuelles (puisque directement payés par ces derniers)" ... indiquant un rapport de subordination qui n'existe pas ...)

En effet, Lydie Marin souhaiterait que ce raccourci soit évité et, si cela devait être évoqué, il sera important à partir d'aujourd'hui d'informer de la totalité du processus :

Au départ, et encore aujourd'hui, la règle est la suivante : le professionnel de santé (professionnel libéral indépendant) reçoit ses honoraires de l'assuré et c'est ensuite l'assuré qui se fait rembourser ses frais de santé par la sécurité sociale et sa mutuelle. C'est d'abord le PS qui rend service à l'assuré quand il réalise le tiers-payant (partiel ou total) afin d'éviter à l'assuré une avance de ses frais de santé : ces PS font le choix de ce tiers payant avant tout pour les patients. Et ensuite, comme le PS fait le tiers-payant, la sécurité sociale rend service au PS en le réglant sous 5 jours (sinon la sécurité sociale s'engage à régler des pénalités de retard de paiement si le délai excède 5 jours)

La CPR est levée.